



FONDAZIONE STELLA MARIS

Sede Legale: 56028 S. Miniato (PI) – P/zza della Repubblica, 13 -
Sede Amministrativa: 56018 Calambrone (PI) – V.le del Tirreno, 331 –
Tel. 050/886111 – Fax 050/32214 – Indirizzo Web: www.fsm.unipi.it;
Indirizzi E-mail: Presidenza: presidenza@fsm.unipi.it - Direzione Generale: dirgen@fsm.unipi.it



"CASA VERDE"

CENTRO DI RIABILITAZIONE (CdR)

e

RESIDENZA SANITARIO-ASSISTENZIALE PER DISABILI (RSD)

Sede attuale: 56028 S. Miniato (PI) – Via A. Moro, 18 –
Tel. 050/400728 – 050/886661 Fax 050/886669 E-mail: dircave@fsm.unipi.it

Carta dei Servizi

PRESENTAZIONE

Questa Carta dei Servizi Sanitari è, innanzi tutto, una presentazione del Centro di “Casa Verde”, con le sue Strutture Organizzative, le sue caratteristiche, le sue attività, i servizi e le prestazioni che è in grado di fornire, la sua ispirazione ideale. Ma rappresenta anche un momento di accoglienza e di conoscenza per tutti coloro che si rivolgono alle nostre strutture, fiduciosi di trovarvi un aiuto alle difficoltà di cui sono afflitti.

Il nostro obiettivo è quello di offrire una qualificata assistenza, attraverso la competenza, la professionalità, l’umanità di tutti coloro che a vario titolo, operano nel nostro Istituto.

Si vuole inoltre informare che il lavoro di tutta la Fondazione Stella Maris e dei nostri operatori ha consentito di ottenere, dal 2007, la certificazione di qualità ISO 9001: 2000 da parte dell’Ente di certificazione Bureau Veritas, in conformità al regolamento SINCERT RT-04, certificazione aggiornata successivamente fino ad oggi. Per questo importante riconoscimento si ringrazia la gentile e preziosa partecipazione dei familiari dei nostri ospiti che col loro contributo ci hanno permesso e ci permettono di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Si segnala un altro evento importante nella storia della “Casa Verde”: nel 2018, dopo il trasferimento temporaneo a Marina di Pisa, dopo 4 anni, i ragazzi sono tornati a S. Miniato ad abitare nella nuova struttura studiata appositamente per loro. Per questo si ringrazia la Direzione Aziendale che ha voluto offrire ai nostri ospiti un ambiente confortevole e moderno.

La Direzione

INDICE

| | |
|---|---------|
| 1. Organizzazione aziendale | pag. 4 |
| 2. Casa Verde | pag. 4 |
| 2.1 Il Presidio di S. Miniato | pag. 4 |
| 2.1.1 a Il Centro di Riabilitazione | pag. 5 |
| 2.1.1 b La Residenza Sanitaria (RSD) | pag. 5 |
| 2.1.2 Come si raggiunge | pag. 5 |
| 2.1.3 Organizzazione Interna | pag. 6 |
| 2.1.3.1 Il personale | pag. 6 |
| 2.1.3.2 Ammissioni | pag. 6 |
| 2.1.3.3 La documentazione da inoltrare all'Istituto | pag. 6 |
| 2.1.3.4 Prestazioni | pag. 7 |
| 2.1.3.5 Attività collaterali | pag. 8 |
| 2.1.3.6 Servizi complementari | pag. 9 |
| 2.1.3.7 Dimissioni | pag. 9 |
| 3. Norme generali di presidio | pag. 9 |
| 3.1 Cartelle Cliniche e certificati | pag. 9 |
| 3.2 Supporto amministrativo | pag. 9 |
| 3.3 Meccanismi di tutela e verifica | pag. 9 |
| 3.4 Tutela della persona e trattamento dei dati personali | pag. 10 |
| 3.5 Ufficio relazioni con il pubblico | pag. 10 |
| 3.6 Commissione Conciliativa | pag. 10 |
| 3.7 Verifica ed adeguamento organizzativo | pag. 11 |
| 3.8 Standard di qualità | pag. 11 |
| 4. Informazioni generali | pag. 11 |
| 5. Gestione rischio clinico | pag. 13 |
| 6. Repertorio impegni regionali | pag. 14 |
| Risultati | pag. 17 |
| La Stella Maris su Internet | pag. 22 |

1. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La “Casa Verde” fa parte della Fondazione Stella Maris.

La Direzione dell'Azienda Stella Maris, ha sede legale a San Miniato, in Piazza della Repubblica 13 e sede amministrativa a Calambrone viale del Tirreno 341, angolo Via dei Frassini.

Il Presidente della Fondazione è nominato da S.E. il Vescovo di S. Miniato, vi è un Direttore Generale che presiede e guida l'intera Azienda, sia la parte Ospedaliera che la parte extraospedaliera, coadiuvato dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dalle Direzioni Mediche dei singoli presidi e Strutture.

Alla Direzione Generale competono le definizioni delle politiche e degli indirizzi aziendali, la programmazione e l'emanazione delle direttive, e la verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali, il tutto in conformità con le Linee guida del Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

La Direzione Scientifica coordina l'attività dei Servizi Generali della Ricerca, ha diretta responsabilità dell'indirizzo generale della ricerca, e ne garantisce l'esecuzione specie nei confronti del Ministero della Sanità.

2. CASA VERDE

La “Casa Verde” fa parte del dipartimento socio-assistenziale della Fondazione Stella Maris-Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Alla luce delle normative vigenti, la “Casa Verde” si suddivide in due Presidi, uno con sede a S. Miniato e l'altro a La Scala (S. Miniato), ed è costituita da tre strutture Organizzative:

- a) nel Presidio di S. Miniato, troviamo il CENTRO DI RIABILITAZIONE e la RESIDENZA SANITARIO-ASSISTENZIALE PER DISABILI (RSD)
- b) nel presidio che sorge in località La Scala a S. Miniato troviamo il CENTRO DIURNO PSICHIATRICO per adolescenti.

IL PRESIDIO DI S. Miniato

Il Centro di Riabilitazione (CdR) e la Residenza Sanitario-Assistenziale per Disabili del Presidio di San Miniato sono regolati da una convenzione con l'Azienda USL Toscana centro. Entrambe si trovano all'interno del Presidio che è situato a S. Miniato (Pisa) in Via Aldo Moro, 18 tel. 0571/400728 o 050/886661, e con sede Amministrativa presso la Fondazione Stella Maris in Viale del Tirreno, 331 56018 Calambrone (Pisa) tel. 050/886111.

2.1a II CENTRO DI RIABILITAZIONE

Convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, ai sensi dell'art. 26 della legge 833/78 e della più recente Legge 51/2009, Casa Verde è una struttura, come indicato dal Regolamento n. 79/r, a “trattamento riabilitativo extraospedaliero che richiede, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) e nelle 12 ore (regime diurno)”.

L'Istituto di Riabilitazione ha come finalità l'erogazione di prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a soggetti di entrambi i sessi, pre-adolescenti ed adolescenti con quadri di disabilità intellettiva, disturbi del comportamento, della relazione e della socializzazione, disturbi dello spettro autistico e quadri misti.

Il periodo di ricovero è della durata di tre anni (riabilitazione intensiva), eventualmente prorogabili, fino al raggiungimento degli obiettivi preposti e/o alla stabilizzazione del quadro clinico, in accordo con le Asl di residenza del paziente e con i familiari.

Svolge la sua attività con modalità di erogazione dei trattamenti nella forma di:

- a) Riabilitazione intensiva ed estensiva a degenza diurna, per un massimo di 8 utenti di sesso maschile e femminile, erogata nei giorni feriali dalle ore 9.00 alle ore 16.30.
- b) Riabilitazione intensiva a degenza residenziale, per un massimo di 6 utenti di sesso maschile e femminile.

L'obiettivo primario è l'abilitazione-riabilitazione di ogni utente in vista di un possibile rientro in famiglia e/o di un percorso che garantisca il massimo della integrazione sociale.

2.1 b La Residenza Sanitario-Assistenziale per Disabili (RSD)

Convenzionata con l'Azienda USL Toscana Centro, ai sensi dell'art. 26 della legge 833/78, della L.R. 41, secondo la modifica del DPGR n. 2/R, la natura giuridica della residenza è quella della "struttura residenziale per persone disabili prevalentemente gravi, con attestazione di gravità, che eroga prestazioni socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria".

I pazienti che vi vengono accolti sono adolescenti e giovani-adulti, con quadri di disabilità nell'area cognitiva, disturbi del comportamento, della comunicazione, della relazione, della socializzazione, disturbi dello spettro autistico, stabilizzati (riabilitazione estensiva), non autosufficienti, non assistibili a domicilio o in strutture intermedie.

Questa struttura eroga trattamenti nella forma di degenza a tempo pieno "residenziale", fino a 22 posti letto di entrambi i sessi.

2.2 COME SI RAGGIUNGE

Il Presidio "Casa Verde" si trova in periferia di S. Miniato, in provincia di Pisa (Toscana), su una collinetta, in via A. Moro, 18 a poche centinaia di metri dal paese.

- Dall'Autostrada del sole A1:

uscire al casello Firenze Signa e immettersi sulla strada di grande comunicazione Firenze-Pisa-Livorno, con direzione Pisa, uscita di S. Miniato.

- Dall'autostrada A 12:

uscire al casello di Pisa aeroporto e seguire la Fi-Pi-Li direzione Firenze.

- Chi viaggia in treno:

la stazione di S. Miniato è sulla linea Firenze-Pisa.

- Chi viaggia in aereo:

Aeroporto toscano Galileo Galilei di Pisa (km 12) poi col treno direzione Firenze.

Informazioni orari voli aeroporto Pisa: tel. 050 - 500.706

2.3 ORGANIZZAZIONE INTERNA

2.3.1 Il personale

Il Direttore di Presidio è un Educatore Professionale con Master in Coordinamento delle professioni sanitarie. È anche Coordinatore delle attività riabilitative erogate dalla struttura.

Il Direttore Sanitario è un Medico specialista in Neurologia e in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa. È anche Responsabile di Branca riabilitativa per le attività erogate dalla struttura.

Il Direttore di Presidio e il Direttore sanitario si avvalgono della collaborazione di una équipe multidisciplinare formata da una neuropsichiatra infantile, una psicologa e dalla segretaria amministrativa.

L'Organizzazione dell'Istituto prevede uno stretto rapporto interdisciplinare tra i vari membri dell'équipe e dell'équipe con tutto il personale che direttamente opera con i pazienti. Tali rapporti si

concretizzano nel passaggio continuo di informazioni tramite comunicazioni verbali e scritte, e soprattutto attraverso riunioni settimanali, in cui si delineano e si verificano le linee operative riguardanti le attività riabilitative e l'organizzazione quotidiana, nonché le linee operative individualizzate per ciascun paziente.

Il personale del Presidio, che opera nelle 2 strutture organizzative, CdR e RSD, è così composto:

- Direttore di Presidio e Coordinatore delle attività riabilitative
- Direttore Sanitario e Medico Responsabile di Branca Riabilitativa
- Medico specialista Neuropsichiatra infantile
- Psicologo
- Segretario amministrativo
- Infermieri
- Tecnici della riabilitazione (logopedista, psicomotricista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale)
- Educatori professionali
- Operatori socio-sanitari
- Addetti ai servizi generali
- Operaio-manutentore.

2.3.2 Ammissioni

Attualmente le modalità di accesso al presidio sono regolate dalla convenzione tra la Fondazione Stella Maris e l'Azienda USL Toscana Centro operante in accordo alle modalità ex art. 26 della legge 833/78.

L'ammissione, di competenza del Direttore Sanitario e del Direttore di Presidio, avviene attraverso impegnativa rilasciata, su documentata richiesta conforme alle indicazioni della Delibera del Consiglio Regionale N° 221 e nel rispetto del diritto alla libera scelta dell'interessato, dai competenti uffici dell'A.S.L., ove ha la residenza anagrafica l'assistito.

2.3.3 La documentazione da inoltrare all'Istituto

La documentazione richiesta prima dell'ingresso in struttura non può prescindere da una dettagliata relazione da parte dei Servizi Territoriali riguardanti gli aspetti neuropsichiatrici, psicologici e sociali dell'utente (diagnosi, terapia, situazione sociale). Tale documentazione si compone anche di un modulo di Handover redatto dal Neuropsichiatra/Psichiatra inviante.

Dopo un incontro con l'utente, i familiari ed i Servizi territoriali competenti, viene valutata l'idoneità all'inserimento da parte dell'équipe dell'Istituto, che informa i servizi della Azienda USL tramite relativa documentazione.

Per il ricovero in struttura è prevista l'acquisizione dei seguenti documenti:

- ◆ Documento di riconoscimento
- ◆ Tessera sanitaria
- ◆ Certificato di vaccinazioni effettuate
- ◆ Attestato di invalidità (fotocopia)
- ◆ Riconoscimento di Handicap (fotocopia)
- ◆ Sufficiente corredo personale per il ricovero in residenziale
- ◆ Piano di Trattamento firmato dalla Azienda U.S.L. competente
- ◆ Scheda di Handover
- ◆ Certificato medico di assenza di malattie infettive e diffuse in atto
- ◆ Esami ematici (almeno: emocromo +formula, elettroliti, AST, ALT, GGT, ammonio, amilasi, lipasi, creatinina, fT3, fT4, TSH, glicemia, colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi, profilo coagulativo, esame urine, HIV, HBV e HCV)

- ◆ Certificato di vaccinazione per CoVid-19 e/o esito di tampone negativo
 - ◆ Il paziente o i suoi genitori/tutori degli utenti ricoverati in regime residenziale, inoltre, dovranno dichiarare di avere diritto all'Indennità di accompagnamento ai fini della compartecipazione alla retta (secondo D.R.T. 776/2008 e come da convenzione vigente art. 8)
 - ◆ N° tre foto recenti di cui due formato tessera ed una formato 20x20.
- Secondo le "buone pratiche per la sicurezza" emanate dalla Regione Toscana, viene seguita una procedura per la corretta identificazione del paziente. Vista la patologia dei nostri pazienti, non viene applicato il braccialetto di riconoscimento (ritenuto pericoloso), pertanto è stata prevista una procedura attraverso l'applicazione di fotografie del paziente da inserire nella cartella clinica e nel materiale di distribuzione dei farmaci (blister).*

All'utente o ai familiari inoltre viene consegnata la seguente documentazione:

- Regolamento Interno dell'Istituto
- Carta dei Servizi
- Brochure del Presidio
- Modulo di informazione e consenso al trattamento dei dati personali per la tutela della privacy (da firmare)
- Modulo di consenso informato per ogni tipo di prestazione effettuata (da firmare)
- All'atto del ritiro della carta dei servizi e del regolamento interno il genitore/tutore appone una firma di avvenuta consegna.

L'organizzazione ha predisposto all'ammissione una modalità informativa finalizzata a condividere e a coinvolgere il paziente ed i suoi familiari nell'intero processo di cura compresa la fase di dimissione.

2.3.4 Prestazioni

Il Centro garantisce la seguente tipologia di interventi:

- Consulenza psicofarmacologica
- Valutazione della diagnosi
- Presa in carico psicologica individuale e/o di gruppo
- Counseling psicologico alla famiglia
- Intervento logopedico-scolastico
- Attività psicomotoria
- Attività volte a conseguire l'autonomia personale
- Attività educativo-pedagogiche
- Laboratorio cognitivo
- Attività musicali
- Stimolazione basale
- Globalità dei linguaggi
- Terapia occupazionale
- Attività di animazione
- Riabilitazione sociale e attività di integrazione socio-comunitaria

Il modello di lavoro seguito e consolidato nel tempo è costituito da:

- Fase di osservazione di 30-45 giorni, stesura di un progetto abilitativo-riabilitativo definitivo (PRI);
- intervento riabilitativo-abilitativo-terapeutico-assistenziale secondo i protocolli in uso nella struttura;
- verifiche semestrali del PRI;

- lettura degli avvenimenti in chiave psicodinamica;
- assistenza medica specialistica espletata dagli Specialisti della struttura

I pazienti usufruiscono del Servizio Sanitario Nazionale e, per gli utenti ricoverati in regime residenziale, lo stato di salute è settimanalmente monitorato dal medico di medicina generale del paziente.

I pazienti potranno fruire di pernottamenti presso il proprio nucleo familiare o per gite e vacanze comunitarie, con diritto alla conservazione del posto, come da PRI validato dalla competente A.S.L. di appartenenza.

L'Istituto si impegna a riqualificare e/o ad aggiornare il personale operante nella struttura, sui vari tipi e metodi riabilitativi necessari.

L'Istituto conferma la disponibilità ad ulteriori correzioni sul piano qualitativo e quantitativo degli operatori sulla base di richieste specifiche della Azienda U.S.L. Toscana Centro, al fine di ottimizzare l'intervento riabilitativo.

L'Istituto garantisce inoltre i seguenti servizi:

- alloggio e utilizzo degli spazi comunitari
- vitto comprendente: prima colazione, pranzo, merenda, cena, secondo quanto stabilito dalle tabelle dietetiche autorizzate dal competente servizio sanitario pubblico, con la possibilità di soddisfare anche particolari esigenze alimentari
- pulizia ed igiene di tutti gli ambienti
- manutenzione, lavaggio e sanificazione della biancheria comunitaria e trattamento di pulizia di quella individuale e del vestiario
- ogni utente ha il proprio spazio armadio
- è permessa la personalizzazione degli ambienti di vita compatibilmente con i programmi assistenziali individuali e di comunità

La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata mediante l'attuazione di tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza.

Sono previste attività ricreative ed è sviluppato il comfort ambientale al fine di migliorare la qualità della permanenza.

Il personale medico è sensibilizzato ad utilizzare nei colloqui con le famiglie un linguaggio semplice e comprensibile anche per i "non addetti ai lavori"; in caso di difficoltà a comprendere, i genitori potranno richiedere il sostegno di una persona di loro fiducia, tutti i colloqui avverranno sempre nel più rigoroso rispetto della privacy di ciascuno.

2.3.5 Attività collaterali

Vengono organizzate annualmente attività esterne con progetti specifici (piscina, ippoterapia, teatro, musicoterapia, arteterapia, ecc.).

L'Istituto, tenuto conto delle esigenze individuali degli utenti, garantisce l'accesso all'istruzione scolastica, all'orientamento, alla riqualificazione professionale degli assistiti, secondo le normative nazionali e regionali ai fini del possibile inserimento nell'attività lavorativa anche in forma di cooperativa.

L'Istituto svolge attività culturali e ricreative al fine di permettere agli utenti ricoverati e al personale di vivere in un ambiente più possibile aperto e socializzante.

L'Istituto è aperto a gruppi per incontri sportivi e ricreativi a favore dei ricoverati.

Collabora con la Direzione Didattica per ogni attività che si riferisca agli studenti delle scuole elementari, medie sia inferiori che superiori.

Collabora con le istituzioni del territorio per inserimenti lavorativi terapeutici.

Offre ospitalità a gruppi vari per incontri di studio e di preghiera.

Organizza concerti vocali e musicali ed attività ricreative a vantaggio dei ricoverati.

Un gruppo di volontariato si è costituito in associazione e collabora con l'équipe nei programmi di socializzazione degli ospiti ("Gruppo volontari della Casa Verde").

Un gruppo di genitori si è costituito in associazione, A.G.O.S.M. (Associazione Genitori Ospiti Stella Maris APS) come rappresentanza degli utenti.

2.3.6 Servizi complementari

SERVIZIO RELIGIOSO

Viene garantito il servizio religioso ad opera del sacerdote della parrocchia, di confessione cattolica, nel rispetto delle personali pratiche religiose. I fedeli di altre confessioni hanno comunque la possibilità di essere assistiti rivolgendosi al Direttore di Presidio che provvederà a invitare i ministri della confessione richiesta.

PICCOLO RISTORO

È disponibile al piano inferiore un distributore di bevande fredde e un distributore di bevande calde, caffè, cappuccino, thé e cioccolata. Per gli ospiti la distribuzione è gestita dagli educatori.

Gli utenti possono avere uno spuntino tra i pasti, gestito dagli educatori.

TELEVISIONE

Ogni reparto è dotato di un televisore situato presso le sale soggiorno.

TELEFONO

Le telefonate dall'esterno sono disciplinate dalla Direzione e gestite dall'educatore di riferimento. Le telefonate in uscita sono gestite dall'educatore o dall'infermiere secondo quanto stabilito con la Direzione.

POSTA

È possibile ricevere e inviare corrispondenza secondo quanto concordato con la Direzione.

PARCHEGGIO

In prossimità dell'ingresso principale alla struttura è presente un ampio parcheggio con posto riservato ai portatori di handicap.

2.3.7 Dimissioni

La dimissione dell'utente può avvenire in seguito a:

- termine del percorso riabilitativo per raggiungimento degli obiettivi prefissati dal programma di intervento e trattamento
- dimissione volontaria richiesta dall'utente o dalla famiglia
- trasferimento dell'utente in altra struttura individuata dal Servizio territoriale competente, per proseguimento dell'intervento
- per incompatibilità (ad esempio rifiuto dell'ambiente Istituzionale da parte dell'utente e/o della famiglia) con l'ambiente della struttura
- per gravi problematiche di gestione comportamentale in ambito dell'Istituto
- per assenze ingiustificate e/o frequenti rispetto a quanto previsto nel PRI

In ogni caso, le modalità della dimissione avvengono, a meno di esigenze particolari individuali, sempre concordate con l'équipe competente per territorio dell'utente (con il coinvolgimento della famiglia).

Alla fine del percorso riabilitativo intensivo, della durata di 3 anni rinnovabile in caso di non raggiunta stabilizzazione delle condizioni cliniche, l'équipe del centro può decidere, in accordo coi servizi territoriali e con la famiglia, la dimissione e l'inserimento in regime di riabilitazione estensiva (RSD).

Viene attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato anche alla buona gestione della dimissione.

Al termine del ricovero il Medico specialista ed il Direttore Sanitario rilasciano una "relazione di sintesi di dimissione" che riporta la diagnosi funzionale e le principali indicazioni terapeutico-

riabilitative, da consegnare al proprio Medico curante.

3. NORME GENERALI

3.1 Cartelle cliniche e certificati

Ogni certificazione può essere richiesta presso l'ufficio di segreteria che provvederà ad inoltrare la richiesta alla sede competente. All'atto della dimissione (o successivamente) può essere richiesta al Direttore Sanitario copia della cartella clinica o di altra documentazione.

È possibile richiedere al Medico, il rilascio delle certificazioni necessarie.

Il Direttore di Presidio può rilasciare attestati di presenza nella struttura.

3.2 Supporto Amministrativo

A disposizione dell'utente è presente, oltre alla segreteria del Presidio, presso la sede amministrativa della Fondazione Stella Maris (Viale del Tirreno 331, Calambrone PI) personale predisposto. Si può telefonare al centralino al numero 050 886111.

3.3 Meccanismi di tutela e di verifica

Il Centro si impegna a rispettare gli standard relativi ai tempi di accesso alle prestazioni in accordo con la convenzione e con le leggi ed i regolamenti vigenti in materia.

L'Istituto riconosce come suo impegno la verifica delle prestazioni offerte ed il miglioramento dei livelli qualitativi delle stesse, avvalendosi anche della collaborazione degli utenti e dei loro familiari o tutori (attraverso la periodica rilevazione con questionari).

L'Istituto garantisce la tutela nei confronti dell'utente dei suoi servizi anche attraverso la possibilità per quest'ultimo e/o per i suoi familiari o tutori, di sporgere reclamo a seguito del disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

L'utente o i familiari, a seguito di disservizi o di mancata fruizione dei servizi per negligenza e responsabilità del personale in servizio, od anche della struttura, potrà sporgere reclamo alla Direzione del Centro, utilizzando apposito modulo presente all'ingresso.

Non saranno esaminate le segnalazioni anonime.

Per facilitare la comunicazione tra familiari e l'Istituto è stata attivata una procedura che prevede che venga raccolto anche il reclamo verbale o telefonico.

In caso di segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione il Direttore del Presidio può fornire immediata risposta all'utente, altrimenti dopo segnalazione scritta il Direttore del Presidio provvede a fornire risposta scritta all'utente dopo aver provveduto alle opportune ricerche informative.

L'Ufficio preposto al ricevimento dei reclami è il protocollo della Segreteria dell'Istituto.

Il gruppo dei genitori si è costituito in associazione (AGOSM).

3.4 Tutela della persona e del trattamento dei dati personali (Reg.UE 679/2016)

La raccolta e la elaborazione dei dati personali e tutela della privacy fornite, ai sensi delle vigenti normative sanitarie, al momento della accettazione, sono gestiti nel rispetto del Regolamento Generale UE 679/2016 e comunque nel rispetto e tutela del segreto professionale e della tutela del diritto alla riservatezza.

Sarà assicurata la massima riservatezza nei colloqui e durante le procedure assistenziali; non saranno inoltre fornite informazioni sanitarie a persone che non siano state autorizzate dai genitori/tutori del paziente.

3.5 Ufficio relazioni con il pubblico

I rapporti con gli utenti e i loro familiari sono tenuti dal Direttore del Presidio, Direttore Sanitario, dal Medico specialista NPI e dallo Psicologo della Casa Verde, ciascuno in base alle proprie competenze. Per concordare l'incontro l'interessato può utilizzare il seguente n° telefonico: 050/886661.

Il servizio telefonico, per urgenze, è comunque in funzione 24 ore su 24, al numero dell'infermeria: 050/886665.

L'équipe del Centro ha un orario di ricevimento che è esposto al pubblico.

Ai familiari che si avvicinano a questo servizio viene offerta, oltre alle informazioni, la possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, e formulare suggerimenti e inoltrare reclami.

Numeri telefonici utili:

Segreteria tel. 050/886661

Infermeria tel. 050/886665 (24 ore al giorno) e tel. cell. 334 697397 (solo per emergenze)

Direttore di Presidio e Direttore Sanitario tel. 050/886662 (servizio con segreteria telefonica)

Neuropsichiatra Infantile/Psicologo 050/886663

FAX. 050/886669 (segreteria) o 050/886668 (infermeria)

3.6 Commissione conciliativa

Per l'esame di eventuali vertenze fra utente ed Istituto deve essere costituita una Commissione mista di conciliazione, composta da: un rappresentante dell'Istituto, un rappresentante della A.S.L. di provenienza, da un rappresentante di una Associazione di volontariato.

Il Presidente viene nominato di comune accordo da parte dei tre rappresentanti, e deve essere esterno alla Amministrazione dell'Istituto.

3.7 Verifica degli impegni ed adeguamento organizzativo

Il Centro, al termine dell'anno solare, provvede con apposita relazione della Direzione di Presidio, a sottolineare gli obiettivi raggiunti, le disfunzioni verificate ed i suggerimenti per adeguare la struttura e l'organizzazione del personale alle esigenze di una efficace attività in favore degli utenti.

Inoltre ogni anno a settembre viene redatto il programma delle attività con l'organizzazione dei servizi prestati.

3.8 Standard di qualità

Il Centro si impegna a rispettare gli standards relativi ai tempi di accesso alle prestazioni in accordo con la seguente convenzione e con le leggi ed i regolamenti vigenti in materia. L'Istituto si fa carico di determinare i fattori di qualità e gli standards di funzionamento degli stessi in accordo con quanto espresso in materia dalla A.S.L. di competenza. A tal fine il Legale Rappresentante ha provveduto alla nomina di un responsabile della qualità.

L'Istituto ha ottenuto il riconoscimento del Sistema Qualità ISO 9001.

Il Centro è dotato di un manuale di qualità dove viene dettagliatamente spiegato ogni aspetto della sua missione istituzionale.

Il Centro individua come fattori fondamentali della qualità dei servizi erogati la soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie e la soddisfazione degli operatori nello svolgere il loro lavoro.

Vengono individuati come indicatori di qualità dei servizi:

- L'Indice di soddisfazione dell'utenza e delle famiglie
- L'Indice di soddisfazione degli operatori (clima interno)

Gli strumenti di rilevazione e verifica dei suddetti indici sono:

a) - Il questionario di soddisfazione genitori/familiari/tutori predisposto sulla base dei requisiti richiesti dall'accreditamento regionale. *Indicatore*: media-obiettivo punteggio globale, risposte ai singoli items

b) - Questionario di Clima Interno. *Indicatore*: frequenza risposte singolo item.

L'Istituto, per tutti gli indicatori sopraindicati, adotta come baseline di miglioramento gli standard relativi alla prima rilevazione e quelli suggeriti dalla letteratura specifica.

L'Istituto provvede a rendere pubblica la verifica dell'attuazione degli standards, attraverso una relazione annuale dei risultati conseguiti, che viene consegnata agli utenti e/o alle loro famiglie. In questa relazione, vengono parimenti specificati gli interventi e le azioni che si intendono intraprendere, per il miglioramento della qualità, in relazione ai risultati ottenuti.

La presente carta dei servizi viene consegnata in copia agli utenti o alle loro famiglie, al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Azienda Sanitaria contraente.

4. INFORMAZIONI GENERALI

Cosa portare per il ricovero

Oltre agli accertamenti diagnostici di ingresso occorre portare anche eventuali cartelle cliniche di precedenti ricoveri e accertamenti eseguiti nel tempo.

Effetti personali (biancheria intima, vestiario, opportunamente cifrati in modo indelebile).

Non sono ammessi oggetti personali quali radio, stereo, macchine fotografiche, cellulari.

Il denaro personale viene consegnato al Direttore di Presidio che provvederà a conservarlo nel fondo individuale dell'ospite consentendo l'accesso al proprio denaro per acquisti personali che comunque devono essere concordati e resi noti in apposita modulistica.

E' consigliabile portare con sé, durante il ricovero, solo gli effetti personali indispensabili, evitando di portare oggetti di valore che potrebbero essere suscettibili di furto o smarrimento (comunque devono essere consegnati come il danaro alla assistente sociale). La Direzione non risponde di perdite o di furti che, in un luogo affollato comunitario, sono purtroppo possibili.

I fumatori

E' assolutamente vietato fumare nell'ambito interno della struttura, questo oltre che per disposizione di legge anche e soprattutto per rispetto della salute propria e altrui. Il fumo è consentito nel giardino (con attenzione a non gettare le cicche per terra), un contenitore è collocato all'ingresso e sul dietro della struttura (aree riservate ai fumatori).

Visite

E' possibile ricevere visita da parte dei familiari o amici su appuntamento, inviando una mail all'indirizzo dircave@fsm.unipi.it.

L'orario delle visite consigliato è: dalle ore 10.00 alle 12.00 e dalle 16.00 alle 18.00 previo accordo con la Direzione.

Le visite non devono essere di ostacolo alle attività riabilitative e non devono recare disturbo al riposo e alla privacy degli altri pazienti. Le visite ad oggi sono regolamentate in base alle vigenti Ordinanze Regionali in materia di protezione e prevenzione dell'infezione Covid-19.

I pasti

I pasti vengono distribuiti ai seguenti orari:

ore 9.00 colazione

ore 12.30 pranzo
ore 16.00 merenda
ore 19.20 cena

È possibile effettuare una scelta del menù giornaliero con l'educatore di riferimento, mentre non è consentito consumare cibi personali se non preventivamente concordati. Per la notte il personale gestisce piccoli alimenti quali latte, thè, camomilla, merendine, frutta per le necessità.

Pulizia e ordine

La pulizia degli ambienti viene effettuata dal personale dedicato, tuttavia gli ospiti sono anch'essi coinvolti in alcune piccole mansioni di riordino e pulizia dei propri spazi (refettori e camera personale) e chiediamo loro di collaborare mantenendo l'ordine e la pulizia.

Silenzio e tranquillità

Per non arrecare disturbo agli altri pazienti preghiamo di evitare il più possibile i rumori, di parlare a voce bassa e moderare il volume di radio e televisori.

Uscite brevi per i pazienti

Nella nostra struttura, i pazienti, quando le condizioni cliniche lo consentano, possono effettuare brevi uscite con i familiari o altri accompagnatori. Al momento di uscire l'accompagnatore deve compilare l'apposito Registro di Uscita situato all'ingresso, firmando l'assunzione di responsabilità della tutela dell'ospite.

Al momento del rientro deve essere certificata l'ora di rientro controfirmata dall'accompagnatore sullo stesso registro.

Gli ospiti possono effettuare uscite individuali solo con autorizzazione del medico.

Servizio guardaroba

Gli ospiti possono consegnare i loro indumenti al guardaroba della struttura. Provvederà l'educatore o l'assistente di reparto a contattare il personale del guardaroba per quanto concerne i bisogni di vestiario quotidiani. Per le integrazioni eventuali di abbigliamento necessarie il riferimento è il Direttore di Presidio.

Gli operatori del guardaroba richiederanno al momento opportuno nuovi cambi stagionali degli indumenti alla famiglia, provvedendo alla consegna del cambio stagionale precedente.

Servizio lavanderia

Il servizio lavanderia è in appalto esterno. Tale servizio comprende il lavaggio igienizzato con macchinario industriale della biancheria intima dei pazienti, degli asciugamani e accappatoi personali e del vestiario; ogni indumento viene cifrato dalla ditta.

Si consiglia, per i capi colorati, di fornire l'ospite di indumenti resistenti ai lavaggi per evitare danneggiamenti.

Per i capi più delicati è opportuno che le famiglie provvedano autonomamente.

La dotazione della biancheria per il letto, vale a dire le lenzuola, i materassi, i cuscini, le federe, le traverse, le tele cerate, le coperte di lana, i copriletti, gli asciugamani avviene dalla ditta SOGESI che cura il lavaggio.

Come contattare i medici

E' diritto fondamentale degli ospiti e dei loro familiari essere informati sulle proprie condizioni di salute, pertanto i medici sono disponibili per fornire tutti i chiarimenti necessari durante gli orari di ricevimento esposti nella bacheca nel corridoio all'ingresso.

Gli ospiti, al momento dell'ingresso, vengono temporaneamente (per tutta la durata della degenza) assegnati ad un nuovo medico di base. Tale medico svolge l'attività ambulatoriale nell'infermeria interna una volta alla settimana ed effettua visite al bisogno, su chiamata degli infermieri. Per la notte ed i festivi in caso di bisogno viene utilizzato il servizio di Guardia Medica del territorio: il medico specialista è comunque sempre disponibile e può essere chiamato dagli Infermieri in servizio.

5. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica attraverso modalità organizzative in grado di individuare e tenere sotto controllo i rischi, di ridurre al minimo il verificarsi degli errori e di garantire la sicurezza dei pazienti, per quanto possibile, in tutte le fasi dei percorsi assistenziali. Il processo di gestione del rischio clinico deve basarsi non sulla ricerca della colpa, ma sulla opportunità di apprendere dagli errori. Si avvale dal punto di vista organizzativo di un Referente per la gestione del rischio, "IL CLINICAL RISK MANAGER", di un "Gruppo di Lavoro Aziendale" per la gestione del rischio clinico, di un "Comitato per la Sicurezza", di un "Facilitatore" per ogni presidio e di un programma condiviso. Per ognuna di queste fasi sono stati adottati strumenti specifici: "Incident reporting" e "giri per la sicurezza" per l'identificazione dei rischi, "audit clinici" e "rassegne di morbilità o mortalità" (M&M) per la valutazione dei rischi, formazione del personale, eventi avversi o potenzialmente avversi.

6. REPERTORIO DI IMPEGNI CHE CASA VERDE ASSUME CON GLI UTENTI E REQUISITI PRESCRITTI DAL DGR 697/2003 PER IL RISPETTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Rispetto ai 32 impegni individuati dalla regione Toscana, qui di seguito viene descritto l'aggiornamento per quanto previsto da Casa Verde (si elencano anche quelli che per la struttura non sono idonei)

Aspetti Relazionali:

1. Per facilitare la possibilità della identificazione del proprio personale da parte degli utenti esterni, gli operatori del presidio di S. Miniato indossano una divisa dove è impresso il nome e cognome, con una banda di differente colore per ciascuna delle professioni (celeste infermieri, blu gli educatori, arancione gli assistenti, bianco gli addetti ai servizi generali, camice bianco i medici); chi non ha la divisa porta il cartellino.
2. Coerentemente con quelli che possono essere considerati i valori fondanti dell'Istituzione l'approccio che viene seguito dai professionisti che operano all'interno della Fondazione Stella Maris si caratterizza e si qualifica per due tratti distintivi: a) l'atteggiamento del prendersi cura piuttosto che curare, con lo spirito di carità che della Fondazione è sostanza; b) la priorità che viene data alla dimensione relazionale dell'individuo considerandone i comportamenti non solo espressione di effetti organicistici, ma come frutto della reciproca interazione con il contesto familiare, scolastico e sociale. Il bambino ed i suoi familiari che si rivolgono alla struttura vengono accolti con amore non solo dallo specialista in neuropsichiatria infantile e dagli infermieri, ma da un'intera équipe integrata di specialisti, portatori ciascuno di strumenti specifici di valutazione, di diagnosi e terapia: dallo psicologo all'educatore, dal fisioterapista al logopedista che insieme si rapportano al ragazzo e ai suoi genitori, anche attraverso la figura del Direttore di Presidio. In coerenza con questi principi tutto il personale partecipa a riunioni di équipe per la discussione degli aspetti clinici e

relazionali dei degenti e delle loro famiglie, questa metodologia di lavoro mantiene vivo negli operatori l'attenzione ai rapporti con l'utenza ed alle sue particolari fragilità.

Umanizzazione:

3. Le figure genitoriali sono entrambe coinvolte nel percorso diagnostico-riabilitativo-assistenziale. L'obiettivo nei soggetti in ricovero residenziale è l'incremento dei tempi di contatto coi familiari, coi rientri a casa del fine-settimana e delle grandi festività, compreso il periodo estivo. Per coloro che non hanno la possibilità del rientro in famiglia, si facilitano le visite in struttura che vanno concordate con l'équipe.
4. La presenza obbligatoria di almeno uno dei due genitori accanto al bambino per tutto il tempo della degenza: non idonea.
5. Tutto il personale è impegnato a rispettare i diritti della persona malata e degente, in particolare tutti i diritti dei bambini che sono ben riassunti nella "carta dei diritti del bambino in ospedale".
6. In caso di cittadini stranieri o di diversa religione è previsto l'intervento del mediatore culturale che viene attivato immediatamente dalla prima fase di ingresso del paziente al Centro (in linea con quanto effettuato da tutta la Fondazione Stella Maris).
7. L'umanizzazione del momento della morte non è garantita da apposite procedure riguardanti il non accanimento terapeutico, la terapia del dolore, contatti con centri ospedalieri ad hoc, ecc. È stata inserita la pratica sulla misura e gestione del dolore.

Per garantire l'Informazione e la Comunicazione la struttura si è dotata di alcuni supporti organizzativi:

8. Casa Verde può essere contattata direttamente attraverso il numero della segreteria 050 886661, attivo tutti i giorni con orario 8.30-17.30 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle 9.00 alle 13.00. A questo numero risponde la segretaria o la Responsabile della struttura, personale che è in grado di rispondere ai vari quesiti, o comunque in grado di mettere in collegamento telefonico il cittadino che presenta una specifica richiesta, con i vari professionisti. E' in ogni caso attivo il numero telefonico 050 886111 che è il centralino della Fondazione Stella Maris e che ha la funzione di garantire sempre nei giorni feriali (per almeno 8 ore al giorno) la presenza di un operatore in grado di fornire le principali informazioni sulle varie strutture.
9. E' presente un ufficio informazioni e relazione con il pubblico, la stessa direzione sanitaria garantisce la funzione di sostegno ed informazione ai vari utenti esterni o ai degenti che vi si rivolgono per qualunque problema organizzativo.
10. Viene garantita la consegna di una brochure all'atto del ricovero.
11. La consegna della stessa brochure ai vari servizi territoriali è un processo che è stato avviato. Comunque le principali informazioni per accedere alla struttura ed alle prestazioni che vi vengono erogate, sono riportate nel sito della Stella Maris <http://www.inpe.unipi.it/>, sono presentate nella carta dei servizi ed in una brochure che al momento del ricovero è consegnata ai genitori dei degenti.
12. Presso Casa Verde operano varie organizzazioni di tutela dei cittadini e di volontariato (Gruppo Volontari Casa Verde-ONLUS, associazione Amici della Fondazione Stella Stella Maris-ONLUS, Associazione Genitori Ospiti Stella Maris acronimo AGOSM) che garantiscono per quanto di loro competenza attività di informazione su aspetti normativi e sociali, forniscono inoltre sostegno, contribuiscono a finanziare ed organizzazione eventi ludico ricreativi allo scopo di umanizzare ed allietare il tempo trascorso in struttura.
13. Tutte le prestazioni sono erogate solo dopo che il paziente (se in grado di comprendere la richiesta) ed entrambi i genitori hanno espresso il consenso informato alle cure che viene debitamente firmato. I moduli di consenso sono vari in relazione alle valutazioni ed alle cure

previste; i moduli sono tutti parte integrante della cartella clinica. Qualora non potessero essere presenti entrambi i genitori si raccomanda che il genitore accompagnatore, abbia con sé l'autorizzazione al ricovero del genitore assente, debitamente firmata, con allegata fotocopia del documento di riconoscimento. In caso di difficoltà ad esibire questi documenti per problemi di natura legale è sempre necessario portare con sé la delibera del tribunale dei minori che autorizza il ricovero e le cure in vicarianza di uno dei genitori che non ha fornito l'autorizzazione pur essendo sempre in possesso della patria potestà.

14. Come da norma di legge tutti i dipendenti sono impegnati a tutelare la privacy dei degenti e delle loro famiglie. Nei punti di ingresso alla struttura sono esposti i cartelli informativi sulle norme e sugli obblighi di rispetto alla privacy. Le informazioni alle famiglie dei degenti sono garantite durante i contatti con i membri dell'équipe. Ad ogni degente viene affidato come referente un educatore. L'équipe effettua minimo due colloqui durante la fase dell'osservazione (uno conoscitivo anamnestico ed uno alla stesura del PRI, di restituzione e comunicazione di quanto rilevato durante la fase osservativa).
15. Tutti i degenti alla dimissione ricevono la lettera di dimissione dove sono trascritti i principali dati clinici risultanti dalla valutazione. La relazione clinica finale è completa dei dati anagrafici, diagnosi, sintesi anamnestica, profilo funzionale, esami effettuati, terapia farmacologica, percorso riabilitativo effettuato con le indicazioni relative alle varie possibilità di inserimento futuro (familiare, sociale, lavorativo, centro diurno, socio-terapeutico, ecc.), servendosi delle osservazioni e di altro materiale clinico presente in cartella. La relazione è consegnata alla famiglia e può essere utilizzata dai genitori come strumento di informazione sia per il medico di base che per gli operatori della riabilitazione territoriale e/o per gli insegnanti della scuola.
16. La struttura garantisce che tutta la documentazione sanitaria venga redatta in forma chiara e comprensibile nel rispetto delle norme di legge. Per questi aspetti qualitativi la documentazione sanitaria viene controllata: tutta quella prodotta nel corso di un mese indice così come previsto dal sistema di accreditamento, le cartelle di tutti i ricoveri. Infine come caratteristica del nostro istituto, si ricorda che la cartella clinica contiene tra l'altro il piano di lavoro riabilitativo e le indicazioni di intervento pedagogico. Se ritenuto utile i genitori possono richiedere copia della cartella secondo le modalità indicate nell'opuscolo informativo o in questa carta dei servizi. La struttura si impegna ad inviare copia della cartella clinica entro 60 gg. calcolati dalla data della richiesta.

Tempi ed accessibilità:

17. La struttura è impegnata a garantire l'accesso a tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche: non idoneo.
18. Consegna dei referti: non idoneo.
19. Mancata effettuazione: non idoneo.
20. Disservizio con fruizione entro 72 ore: non idoneo.
21. Numero ambulatori: non idoneo.
22. Integrazione dei CUP: non idoneo.
23. Disdetta telefonica: non idoneo.
24. La fotocopia della cartella clinica viene consegnata all'avente diritto entro 60 gg. dalla data in cui la cartella è stata richiesta, nel paziente ancora degente al momento della richiesta si deve far riferimento alla data di dimissione.
25. Percorsi protetti: tutte le dimissioni vengono considerate difficili.

Aspetti alberghieri e comfort:

26. Le camere di degenza ospitano fino a 2 utenti.

27. Tutte le camere sono dotate di bagno.
28. Il servizio mensa è appaltato ad una ditta esterna. Il menù è stabilito preliminarmente ai cambi di stagione, ogni giorno esistono minimo due alternative tra le quali si può scegliere quella di proprio gusto, in caso di necessità particolari è possibile far preparare diete speciali anche nel rispetto delle usanze e delle regole imposte delle varie religioni.

Struttura Logistica:

29. La struttura è impegnata a fornire indicazioni e implementare la cartellonistica e le segnalazioni esistenti per migliorare e agevolare l'accesso alla struttura dall'esterno, ma anche per favorire la mobilità interna.

Aspetti burocratico-amministrativi:

30. E' predisposta una modulistica per la richiesta relativa a varie procedure sanitarie più complesse, la modulistica viene consegnata al momento dell'accettazione amministrativa da parte di un impiegato insieme a tutti i fogli informativi. Comunque tutta la modulistica è disponibile sulla rete intranet, per cui qualsiasi operatore che acceda alla rete interna può scaricare i moduli necessari per i pazienti che ne facciano richiesta.

Tutela, ascolto e verifica:

31. La struttura garantisce l'esistenza di una procedura per la gestione ed il monitoraggio dei reclami e si impegna a prendere provvedimenti per migliorare la qualità dei servizi. Le modalità su come presentare i reclami sono descritte in questa carta dei servizi.
32. Tra il materiale fornito all'accettazione, i degenti troveranno un questionario per la rilevazione della soddisfazione sulla qualità delle prestazioni ricevute. Il Questionario è assolutamente anonimo e le informazioni relative al suo utilizzo sono riportate in questa carta dei servizi.

Aspetti relazionali

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA') | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | RISULTATI |
|--|--|--|---|------------------|
| 1. Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico | N. personale dotato del cartellino di riconoscimento o di divisa identificativa/N. totale del personale (*100) | 100 % del personale con elementi di riconoscimento | - 100 % del personale - Nessuna segnalazione | Raggiunto |
| 2. Garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi | N. reclami per aspetti relazionali/N. totale dei reclami | decremento % reclami sugli aspetti relazionali | - Informazione personale - Nessun reclamo | Raggiunto |

Umanizzazione

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA') | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | RISULTATI |
|--|--|--|---|----------------------|
| 3. Le figure genitoriali sono entrambe coinvolte nel percorso riabilitativo. L'obiettivo è l'incremento dei tempi di contatto coi familiari, coi rientri a casa del fine-settimana e delle grandi festività, compreso il periodo estivo. Si facilitano le visite in struttura. | Informazione riportata sulla brochure | a) Presenza informazione sul foglio accoglienza | <ul style="list-style-type: none"> - Cartella clinica - Informazioni e sulla brochure - Informazioni e sulla carta servizi | Raggiunto |
| 4. Consentire la presenza continua di un familiare accanto al bambino ricoverato per tutto il tempo di degenza. | | | | Non idoneo |
| 5. Garantire la continuità scolastica, il mantenimento dello spazio gioco attrezzato per i bambini ricoverati, adozione "Carta dei diritti del Bambino in Ospedale" | <p>N° frequenza scolastica/N° in età scolastica</p> <p>spazio dedicato al gioco</p> <p>"Carta dei diritti del Bambino in Ospedale"</p> | <p>a) frequenza scolastica</p> <p>b) spazio dedicato al gioco</p> <p>c) adozione "Carta dei diritti del Bambino in Ospedale"</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 4/4 - spazio dedicato al gioco | Raggiunto |
| 6. Garantire la mediazione culturale e linguistica per le persone straniere | <p>Disponibilità di mediatori linguistico culturali con n° telefonico</p> <p>Esistenza Procedura Generale Servizio di Mediazione Linguistico Culturale</p> <p>Brochure in lingua</p> | Erogazione servizio secondo Modalità urgente/programmata/in interpretariato telefonico e traduzione testo | <p>Monitoraggio a cura del servizio aziendale Mediazione Linguistica Culturale</p> <p>Assenza segnalazione/reclami</p> | Raggiunto |
| 7. Garantire le cure necessarie per il contenimento della sofferenza | <p>a) terapia del dolore</p> <p>b) procedura terapia</p> <p>c) n° terapie del dolore effettuate</p> | a) presenza procedura per accedere a terapie palliative, terapia del dolore | <p>Procedura</p> <p>Monitoraggio terapie del dolore</p> | Non Raggiunto |

Informazione e comunicazione

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ) | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | RISULTATI |
|---|---|--|---|----------------------|
| 8. Garantire la piena funzionalità e visibilità dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico | a) Esistenza di un numero telefonico dedicato b) presenza sito web con informazioni aggiornate sui servizi e le prestazioni | a) 100% b) presenza sito web contenente informazioni aggiornate | Esistenza numero telefonico Presenza sito web Assenza segnalazioni/reclami | Raggiunto |
| 9. Garantire la presenza di un numero telefonico unico, e la sua visibilità, dedicato all'orientamento del cittadino per l'accesso ai servizi sanitari | a) Esistenza n. telefonico dedicato b) strumenti di pubblicizzazione | a) n. telefonico dedicato all'orientamento del cittadino e garanzia della sua visibilità b) sito web | Esistenza numero telefonico Presenza sito web Informazioni su Carta servizi | Raggiunto |
| 10. Realizzare integrazione URP aziendale con gli URP di altre istituzioni del territorio | Integrazione URP aziendale con gli URP di altre istituzioni del territorio | Avanzamento progetto "URP interistituzionale" | Monitoraggio avanzamento progetto "URP interistituzionale" | Non raggiunto |
| 11. Garantire la presenza di materiale contenente informazioni sia nell'ospedale che nei servizi territoriali | a) Presenza di moduli informativi sia nell'ospedale che nei servizi territoriali b) Presenza di sito internet aziendale con informazioni aggiornate | a) Distribuzione del 100% dei moduli informativi realizzati o aggiornati b) Presenza di sito internet aziendale con informazioni aggiornate | Monitoraggio realizzazione e distribuzione di materiali informativi | Non raggiunto |
| 12. Mettere a disposizione delle Associazioni di Volontariato e Tutela, che hanno stipulato protocollo di intesa, nei limiti delle possibilità, spazi dedicati per attività di informazione | Presenza di spazi dedicati per Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa | Presenza di spazi dedicati | Presenza di spazi dedicati e informative per Associazioni di Volontariato e Tutela | Raggiunto |
| 13. Garantire una comprensibile informazione per le pratiche sanitarie per la corretta acquisizione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso | a) Esistenza di una procedura relativa al consenso informato del paziente b) brochure | Consegna della modulistica al 100% dei pazienti con le modalità previste dalla procedura | Procedura consenso informato brochure assenza di segnalazioni/reclami | Raggiunto |
| 14. Garantire l'ottenimento delle notizie cliniche da parte del ricoverato e/o persona di riferimento nel rispetto della privacy e delle sue volontà | Affissione nella struttura di informative con indicato: medico di riferimento, ubicazione stanza in cui il medico riceve i familiari, l'orario di ricevimento | Presenza nel 100% delle strutture di ricovero di un cartello informativo con le indicazioni stabilite | Assenza segnalazioni e/o reclami cartello informativo | Raggiunto |

| | | | | |
|---|--|---|---|------------------|
| 15. Garantire la consegna ad ogni utente ricoverato, al momento della dimissione, della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta | N. dimessi a cui viene consegnata la relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta/N. totale dimessi | Consegna della relazione a tutti i pazienti dimessi | 10/10 Assenza segnalazioni e/o reclami | Raggiunto |
| 16. Garantire criteri di accuratezza, completezza, leggibilità e identificabilità dell'operatore nella documentazione clinica | % casi documentazione sanitaria conformi ai criteri/totale documentazione | Incremento documentazione conforme | Documentazione conforme | Raggiunto |

Tempi e accessibilità

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ) | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | RISULTATI |
|--|---|--|--|------------------|
| 17. Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali | | | | Non idoneo |
| 18. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max | | | | Non idoneo |
| 19. Garantire il rilascio all'assistito, nel caso di mancata prestazione nei tempi previsti, di un bonus | | | | Non idoneo |
| 20. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche, escluso quelle particolari per cui si rende necessaria la visione della richiesta | | | | Non idoneo |
| 21. Graduale aumento degli ambulatori | | | | Non idoneo |
| 22. Garantire modalità di integrazione dei CUP con le aziende ospedaliere | | | | Non idoneo |
| 23. Garantire al cittadino la prenotazione e la disdetta | | | | Non idoneo |
| 24. Garantire pubblicità sulle modalità di consegna copia e l'informazione sulle modalità di richiesta della copia cartella clinica e il contenimento dei giorni di consegna | a) Informazioni riportate su brochure b) N. giorni entro i quali viene consegnata la cartella clinica al paziente dal giorno della richiesta | a) Consegna opuscolo informativo al 100% dei ricoverati b) 60 GG | a) Informazioni riportate su brochure b) Monitoraggio tempi di consegna | Raggiunto |
| 25. Garantire l'esistenza di un protocollo per l'attivazione della "dimissione difficile" che preveda il coinvolgimento dei servizi territoriali | Esistenza di protocolli di dimissioni difficili che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali | Adozione di procedure per le dimissioni difficili nel 100% dei casi conformi | Monitoraggio dell'applicazione del protocollo Assenza di segnalazioni e/o reclami | Raggiunto |

Aspetti alberghieri e comfort

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA') | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | |
|---|---|--|--------------------------------------|------------------|
| 26. Garantire la riduzione delle camere con oltre 4 posti letto | n. camere con non oltre 4 letti/n. totale camere (*100) | entro il 2013 100% (trasferimento nuova sede) | Camere a 1-2 letti | Raggiunto |
| 27. Incremento delle camere con servizi igienici | n. camere con bagno dedicato ai pazienti della stanza/n. totale camere (*100) | entro il 2013 100% (trasferimento nuova sede) | Tutte le camere con servizi igienici | Raggiunto |
| 28. Garantire la possibilità, per chi segue una dieta libera, di scegliere tra due o più menù | Presenza di procedura | 100% | Monitoraggio direzione | Raggiunto |

Struttura e logistica

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA') | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | |
|--|---|--|---|----------------------|
| 29. Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile | Idonea segnaletica | Presenza di idonea segnaletica | Monitoraggio adeguamento e/o incremento segnaletica esterna e interna | Non raggiunto |
| 30. Garantire la predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse | Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse | Possibilità per i cittadini di ricevere fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse | Verifiche aziendali | Non raggiunto |

Tutela, ascolto e verifica

| IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA') | INDICATORE | STANDARD | VERIFICA | RISULTATI |
|--|--|---|----------------------------------|------------------|
| | Esistenza di procedura per la gestione dei reclami | Risposta al 100% degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura | - Monitoraggio tempi di risposta | Raggiunto |
| 32. Effettuare annualmente, in modo sistematico, rilevazioni della soddisfazione/gradimento degli utenti | Effettuazioni delle rilevazioni della soddisfazione degli utenti | Tasso risposta almeno al 50% | - Monitoraggio cadenza annuale | Raggiunto |

| | | | | |
|---------------------------|----------------|------------------------------------|------------------|--|
| Impegni Tot. Reg. Toscana | Impegni idonei | Impegni secondo standard richiesti | In miglioramento | |
| 32 | 24 | 19 (79,16%) | 5 | |

Gli impegni di Casa Verde 2021

| | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|--|
| 29. Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile | Idonea segnaletica (v. richiesta) | Presenza di idonea segnaletica esterna a distanza Presenza di idonea segnaletica esterna in vicinanza Presenza idonea segnaletica interna | 1. Monitoraggio incremento segnaletica esterna 2. Monitoraggio incremento segnaletica interna | |
|--|-----------------------------------|---|--|--|

La "Stella Maris" su internet

Collegandosi su INTERNET utilizzando l'indirizzo [http:// www.inpe.unipi.it](http://www.inpe.unipi.it) è possibile visionare il WEB dell'Istituto Stella Maris nel quale trovare numerose informazioni e servizi di pubblica utilità.