

Carta dei Servizi

Koinon Cooperativa Sociale Onlus

Di “Casa de Angelis” struttura psichiatrica residenziale

Ed. 2023



Struttura psichiatrica residenziale “Casa de Angelis”

**Via Porta dei Santi n. 7
83013 Mercogliano, Avellino**

Indice

La Carta dei Servizi di "Casa de Angelis" struttura psichiatrica residenziale	4
Normativa di Riferimento per la Realizzazione della Carta dei Servizi.....	5
Il Diritto alla Salute.....	6
Principi fondamentali.....	7
Mission	8
SEZIONE PRIMA	9
PRESENTAZIONE	9
La nostra storia	10
Capacità Operativa.....	11
SEZIONE SECONDA	12
INFORMAZIONI SUI SERVIZI E SULLA STRUTTURA	12
Prestazioni erogabili.....	13
Regolamento dei Diritti e Doveri dell'Utente.....	14
Come si arriva.....	15
Orari della Struttura.....	16
Costi	16
Definizione dei Compiti e Responsabilità del Personale.....	17
Attrezzature del Centro	23
SEZIONE TERZA	25
STANDARD DI QUALITÀ E IMPEGNI ASSUNTI.....	25
Programmi.....	26
Standard di Qualità	26
Politica per la qualità.....	28
SEZIONE QUARTA.....	30
INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE.....	30
Regolamento dei Diritti e dei Doveri del Paziente.....	33
Il paziente impossibilitato a ricevere il trattamento per motivi personali è tenuto a dare congruo avviso alla Struttura.Informazione e Privacy	34
Modalità di pubblicizzazione e diffusione della carta dei servizi	35
Piano di verifica e aggiornamento.....	35
SEZIONE QUINTA.....	36
INDICAZIONI DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA	36

SECONDO IL PIANO REGIONALE.....	36
Governo della domanda e criteri di priorità.....	37
Criteri di priorità di accesso	37

La Carta dei Servizi di "Casa de Angelis" struttura psichiatrica residenziale

La carta dei servizi è uno strumento di informazione e dialogo trasparente sui servizi e sull'organizzazione che la struttura offre in campo sanitario.

Istituita, come doveroso adempimento in capo a tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, dalla legge 11 luglio 1995 n. 273 che convertiva il decreto legge n. 163 del 12 maggio 1995, essa permette l'incontro preliminare tra gli utenti e l'azienda con la finalità di dare concretezza operativa e funzionale al servizio erogato sia in termini di qualità che di quantità.

Essa, in particolare, tende a soddisfare alcune caratteristiche fondamentali:

- Consentire all'utente di orientarsi nell'accesso al servizio in maniera appropriata ed efficace;
- Consentire alla struttura di aggiornare costantemente la capacità di risposta ai bisogni dell'utenza;
- Consentire l'analisi e la verifica della corrispondenza degli impegni assunti al fine di migliorare il servizio in termini di efficacia e di efficienza.

Tutto ciò testimonia anche un rapporto con il territorio e con i suoi abitanti aperto e soprattutto attento al corretto e costruttivo dialogo con cui coniugare efficacemente domanda e offerta.

Questa carta dunque si pone come mezzo di confronto istituzionale con tutte le realtà locali pubbliche e private e concorre ad assicurare al meglio la tutela dei diritti del cittadino mediante la possibilità di controllo sulla qualità dei servizi erogati.

La carta dei servizi non esaurisce i mezzi informativi che l'azienda mette a disposizione dei propri utenti, dato che i rapporti vengono assicurati anche attraverso altri strumenti, alcuni già in essere e altri in via di realizzazione.

Nella presente carta dei servizi, che si propone quale mappa di riferimento per conoscere e misurare la nostra qualità di lavoro e gli sforzi profusi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, saranno esposti i principi e le finalità della Struttura.

Chi avrà modo, a vario titolo, di leggerlo troverà in questo documento tutte le notizie necessarie sulla struttura e le sue attività; in particolare potrà apprezzare i vantaggi offerti, valutare i tempi e i modi di erogazione dei servizi e sperimentare lo spirito che informa i comportamenti e le azioni del personale. Potrà così verificare come ogni attività svolta dagli operatori sia mirata ad instaurare un rapporto duale con il paziente nel pieno rispetto della sua dignità, ponendo la salute del cittadino quale obiettivo primario.

In particolare la Carta dei servizi:

- Adotta gli standard di qualità del servizio;
- Pubblicizza gli standard adottati e informa il cittadino;
- Garantisce il rispetto degli standard adottati;
- Verifica il rispetto degli standard e misura il grado di soddisfazione degli utenti.

Normativa di Riferimento per la Realizzazione della Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi, quale strumento di tutela dei cittadini, nella sua formulazione, al fine di offrire tutte le informazioni utili ad un agevole godimento dei servizi sanitari forniti, tiene conto della seguente normativa di riferimento:

- Art. 32 della Costituzione "la Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti";
- Legge 7 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- Presidente del Consiglio dei Ministri, Direttiva del 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" (cf G.U. n. 43 del 22 febbraio 1994);
- Presidente del Consiglio dei Ministri, Direttiva dell'11 ottobre 1994 "Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico" (cf G.U. n. 261 dell'8 novembre 1994);
- Decreto legge 12 maggio 1995 n. 163, convertito con Legge 11 luglio 1995 n. 273 "Adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici di proprie carte dei servizi";
- Presidente del Consiglio dei Ministri, Direttiva del 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento per il settore sanitario della carta dei servizi";
- Ministero della sanità, Linee guida n. 2/95 del 31 agosto 1995 "Attuazione della carta dei servizi nel Sistema sanitario nazionale" (cf suppl. ord. G.U. n. 108 del 31 agosto 1995);
- Ministero della sanità, Circolare del 30 settembre 1995 prot. n. 100/SCPS/21.12833.
- Decreto Giunta Regionale Campania n. 2100 del 31.12.2008 "Osservatorio Regionale per la promozione della carta dei servizi - Costituzione del comitato tecnico",
- Decreto Legge 286 del 2008 Art. 2 comma 461 (Legge finanziaria 2008) ha previsto l'obbligo per il soggetto gestore di emanare una «Carta della qualità dei servizi»;
- Decreto Giunta Regionale Campania n. 369 del 23 marzo 2010 "Linee Guida Per La Carta Dei Servizi Sanitari"
- DGRC N. 6 del 4 febbraio 2010 Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da RSA e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003;
- "Linee Guida Per La Carta Dei Servizi Sanitari" DGRC n. 369 del 23 marzo 2010, con cui la Regione Campania ha previsto la consultazione obbligatoria delle associazioni dei consumatori; la verifica periodica, con la partecipazione delle associazioni dei consumatori, e di un sistema di monitoraggio permanente del rispetto dei parametri fissati nel contratto di servizio e di quanto stabilito nelle Carte della qualità dei servizi, istituzione di una sessione annuale di verifica;
- DECRETO N. 64 del 26.09.2011 Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010;
- DECRETO N. 88 del 23.12.2011 Modifiche ed integrazioni al decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 recante "Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010";
- DCA 51/2019 "Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private";
- DGRC 269/2023 "Requisiti ulteriori specifici per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie della regione Campania. modifiche alla DGRC. n. 169 del 4 aprile 2023".

Il Diritto alla Salute

a) Generalità

L'Articolo 32 della Costituzione afferma che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

b) L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 si è fatto un importante passo per l'attuazione del precetto sancito dall'Articolo 32 istituendo il Servizio Sanitario Nazionale e colmando finalmente una lacuna molto grave del nostro ordinamento.

Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione" (art. 1 della Legge 833).

Gli obiettivi e le finalità (citati nell'art. 2 della Legge 833 cui il servizio nazionale mira) sono i più disparati e tendono alla:

1. formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
2. prevenzione delle malattie e degli infortuni;
3. diagnosi e cura delle malattie;
4. riabilitazione degli invalidi;
5. salvaguardia dell'ambiente naturale (di vita, di lavoro);
6. igiene degli alimenti e bevande e la difesa sanitaria degli allevamenti;
7. disciplina dell'informazione scientifica e del commercio dei farmaci;
8. formazione e aggiornamento del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Le funzioni in materia di Servizio Sanitario Nazionale sono ripartite fra:

- I. lo Stato che, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina gli obiettivi della programmazione sanitaria (art. 3) e detta le norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale (art. 4).
Nello svolgimento di tali attività lo Stato si avvale della collaborazione di:
 - a. Consiglio Sanitario Nazionale (organo consultivo);
 - b. Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ISPESL (art. 23);
 - c. Prefetto (che può emettere ordinanze cautelari ed urgenti in materia sanitaria nell'ambito della provincia);
 - d. Sindaco, in veste di ufficiale di governo (può emettere identiche ordinanze nel comune).
- II. le Regioni in materia sono titolari di funzioni proprie (art. 11 Legge 833/78) e delegate (art. 7 Legge 833/78);
- III. le Provincie ed i Comuni (art. 12 e ss. Legge 833/78).

Organo basilare del Servizio Sanitario Nazionale è l'Azienda Sanitaria Locale, cioè il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi che in ambito territoriale assolvono ai compiti del sistema sanitario nazionale.

Tali unità costituiscono delle strutture operative dotate di vaste competenze (art. 14 Legge 833/78).

Principi fondamentali

Tutti i servizi offerti da "Casa de Angelis" struttura psichiatrica residenziale sono erogati nel rispetto dei principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi per l'erogazione dei servizi pubblici".

In particolare, per la Struttura assumono rilevanza primaria nello svolgimento dell'attività i principi di:

1. Eguaglianza

Nel rispetto di questo principio, l'azienda garantisce i servizi a chiunque ne faccia richiesta, senza distinzione di età, sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni economiche e sociali.

2. Imparzialità

Tale principio, complementare al precedente ed integrativo di esso, viene garantito dall'azienda secondo criteri di obiettività e giustizia mediante erogazione delle prestazioni esclusivamente sulla base della gravità del caso e della sua emergenza, adottando, per il resto, il sistema delle liste di prenotazione. Inoltre, nel rispetto di questo principio, l'azienda si obbliga ed obbliga i propri dipendenti e collaboratori ad astenersi da qualsiasi atto o fatto che ravvisi il carattere della personalità e dell'interesse privato; coinvolge, al contempo, il personale all'osservanza più stretta circa i doveri d'ufficio e deontologici durante lo svolgimento dell'attività lavorativa. È affermato il divieto assoluto di accettare somme di denaro da chiunque e a qualunque titolo elargite.

3. Continuità

L'azienda, nell'espletare i propri servizi assicura che essi vengano assolti secondo il criterio di continuità e regolarità. Ciò sia come erogazione nel tempo della prestazione, sia come livello di qualità tecnica della stessa.

L'azienda, nel rispetto di tale principio, si impegna altresì ad adottare misure volte ad eludere il più possibile, situazioni di disagio a carico dei pazienti anche in caso di contingenti difficoltà operative nell'erogazione del servizio.

Inoltre, la struttura garantisce ai propri utenti i seguenti diritti:

4. Diritto di scelta

L'azienda favorisce, nei limiti della propria organizzazione, il diritto di scelta dell'assistito, tanto per ciò che riguarda l'individuazione dell'equipe sanitaria preposta alla sua cura, quanto per ciò che attiene alle possibili alternative terapeutiche che vengono normalmente rappresentate al paziente dal medico e dal personale preposto nel rispetto del *consenso informato*.

5. Diritto alla riservatezza

L'azienda garantisce agli assistiti il diritto alla riservatezza secondo i principi stabiliti dal D.lgs n. 196/2003, così come modificato dal Reg. UE 2016/679. A tal fine la Struttura orienta e sviluppa ogni attività coinvolgendo i propri operatori al rispetto del principio sia all'interno della propria organizzazione sia nei rapporti con gli organismi esterni.

La Struttura, in ottemperanza alla normativa vigente adotta le relative procedure sul trattamento dei dati personali definite dal *Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza*.

6. Diritto all'informazione e partecipazione

"Casa de Angelis" struttura psichiatrica residenziale garantisce ogni assistito circa il diritto all'informazione sul suo stato di salute e sulle prestazioni che vengono somministrate.

L'utente, attraverso suggerimenti e indicazioni, può collaborare per il miglioramento del servizio.

L'azienda, poi, mediante procedure di rilevamento del gradimento e della qualità, misurate sulla base degli standards indicati dalle normative vigenti e in armonia con altre fonti significative – quali,

ad esempio, la presente carta – prenderà particolarmente in esame il livello qualitativo dei rapporti col personale e il grado di confort offerto.

Il controllo della qualità sarà eseguito durante tutte le varie fasi di erogazione del servizio (prenotazione, somministrazione, dimissione) avendo cura di tenere in considerazione i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (utenti e operatori).

Infine, la Struttura organizza tutta la propria attività tenendo presente i seguenti valori:

7. Centralità dell'utente

Tale obiettivo viene perseguito avendo il paziente come costante punto di riferimento. In tale ottica, basilare attenzione è riservata alla relazione da instaurare con il paziente e i familiari, relazione improntata col fine della promozione umana mediante la salvaguardia dei diritti e il rispetto della dignità;

8. Valorizzazione delle risorse

Il personale viene coinvolto nella vita della Struttura valorizzandone il lavoro e la professionalità, rafforzando il senso di appartenenza aziendale, stimolando le forme di collaborazione e di intervento per il raggiungimento di obiettivi comuni;

9. Efficacia delle prestazioni

Il servizio è effettivamente orientato alla tutela della salute e calibrato alla congruità degli obiettivi sanitari e sociali prefissati;

10. Efficienza delle prestazioni

L'obiettivo viene ricercato razionalizzando l'organizzazione delle risorse disponibili ed ottimizzandone l'impiego;

11. Miglioramento della qualità

È fondamentale per la struttura concentrare l'interesse all'evoluzione organizzativa e funzionale e alle nuove eventuali esigenze degli utenti;

12. Etica professionale

La Struttura, attraverso i propri operatori, interpreta il suo ruolo compendiando i fattori di competenza, onestà, immagine e rispettando la congruenza dei confini tra deontologia professionale e finalità aziendali.

In questo modo, la struttura psichiatrica residenziale, nello svolgimento della sua funzione, si propone di contribuire alla salvaguardia della salute di coloro che, in condizioni di bisogno, richiedono assistenza assicurando l'accesso ai servizi di cui dispone.

Mission

“Migliorare la qualità di vita di persone in condizione di disabilità psichica realizzando interventi psico-socio-riabilitativi; attraverso l'attuazione di programmi riabilitativi individualizzati si persegue l'obiettivo di favorire l'autonomia e l'integrazione delle persone, in relazione alle “possibilità” delle stesse, nel tessuto sociale”.

Pertanto, si ritiene indispensabile creare le condizioni adatte a favorire un'attenzione al monitoraggio e all'implementazione dei processi gestionali per il continuo miglioramento della performance e ottimizzazione delle risorse, motivando il personale sanitario mediante coinvolgimento e condivisione degli obiettivi aziendali, la valorizzazione delle singole professionalità, la gratificazione personale, la flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari e assistenziali del cittadino; inoltre, massima accessibilità e libertà di scelta dell'assistenza per i cittadini, equità delle prestazioni per gli utenti, e, infine, integrazione e raccordo istituzionale con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e di volontariato.

SEZIONE PRIMA

PRESENTAZIONE

La nostra storia

Nel **1996** si rendeva disponibile una struttura della Diocesi ubicata nel Comune di Mercogliano. Veniva elaborato un Progetto per la Riabilitazione residenziale di pazienti psichiatrici da ospitare nella struttura. Il Progetto fu presentato alla CARITAS Italiana per ottenere un finanziamento dai fondi della Conferenza Episcopale Italiana dell'otto per mille destinati a progetti di particolare rilevanza. A seguito della concessione del finanziamento, fu costituita la Cooperativa Koinòn per gestire il progetto e fu avviato l'adeguamento della struttura alle normative e alle leggi del settore. Furono altresì avviati contatti con l'Azienda Sanitaria Locale Avellino 2 per la stipula di una convenzione che permettesse l'attuazione del Progetto. Da allora Koinòn è un **Organismo Diocesano Socio-Assistenziale**.

La Cooperativa sociale Koinòn è stata costituita nel 1996 da un gruppo di persone che già dal 1993 avevano avviato, nell'ambito della CARITAS Diocesana di Avellino una iniziativa di volontariato nel campo della salute mentale. L'attività consisteva nella gestione di un Centro Diurno per pazienti psichiatrici messo a disposizione dalla CARITAS dove operavano volontari appositamente formati per questo tipo di servizio.

I pazienti venivano inviati dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Unità Sanitaria Locale n. 4 di Avellino col quale era stato avviato un rapporto di collaborazione.

Dal mese di giugno 1995 venivano impiegati nel Centro gli obiettori di coscienza in servizio presso la CARITAS di Avellino.

Nel **Febbraio 2000**, dopo aver superato vari ostacoli e difficoltà, si giunse alla stipula di una convenzione tra l'Azienda Sanitaria Locale Avellino 2, l'Ente Diocesi di Avellino e la Cooperativa Koinòn per la sperimentazione di un "Progetto di Riabilitazione per pazienti psichiatrici nella Casa Famiglia – **Casa De Angelis** – Mercogliano (AV)".

Nel **2000** Koinòn, insieme ad altre realtà del settore non profit regionale, fonda il **Consorzio di Cooperative Sociali "Proodos"**, tuttora operante a Napoli e provincia.

Nel **2001** Koinòn raggiunge il traguardo della certificazione del proprio sistema di gestione qualità secondo la norma UNI EN ISO 9002:1994.

A **Marzo 2003** Koinòn apre le comunità educative di tipo familiare "**Piccolo Albero**" e "**Castello Ogliara**", destinate ad accogliere e sostenere il percorso di crescita di minori a rischio.

Nel **2003** fonda, insieme a varie organizzazioni del settore, il Consorzio di Cooperative Sociali "**Percorsi**", operante ad Avellino e provincia.

Nella visita ispettiva di certificazione del **Novembre 2003** il sistema di gestione qualità della cooperativa viene certificato come conforme alla nuova norma **UNI EN ISO 9001:2000**.

A **Gennaio 2004** Koinòn entra a partecipare al **Coordinamento Nazionale della Salute Mentale** della Caritas Italiana.

Da **Luglio 2005** ha costituito Il Gruppo Appartamento Capo Castello, promosso dal Progetto "Mattone Solidale" del Consorzio Comunità Solidali – Brescia.

Nel **dicembre 2005** è stato attivato il Centro San Francesco, struttura per il reinserimento sociale, la formazione e l'inserimento lavorativo di persone con svantaggio psicosociale.

Da **Gennaio 2007** La **Koinòn Cooperativa Sociale – ONLUS** gestisce i servizi del "**Centro Diurno**" per pazienti psichiatrici avendo stipulato un protocollo d'intesa con l'Azienda **Sanitaria Locale Av2 - Unita Operativa di Salute Mentale Avellino**, attraverso il quale si propone di offrire agli ospiti attività giornaliere all'interno delle quali sviluppare e sostenere specifiche abilità intrapsichiche, interpersonali, sociali e lavorative.

Collabora da **Gennaio 2008** al Progetto Assistenza Domiciliare di Sostegno delle madri di famiglie con disagio psichiatrico del Piano di Zona A/3 Comune di Avellino. Il Progetto è stato assegnato all' ASL AV2 - UOSM di Avellino ente titolato all'incarico; L'ASL Av2 ha affidato il servizio a Koinòn vista la fattiva collaborazione sviluppatasi tra il DSM nella gestione di Progetti riabilitativi residenziali (Casa De Angelis) e semi-residenziali (Centro Diurno) per l'indispensabile continuità e integrazione degli interventi rispetto ai percorsi riabilitativi.

Nel **2016** ha ottenuto l'accreditamento istituzionale definitivo con decreto n. 87 del 08.08.2016, ai sensi dell'art. 1, comma 237-quater della L.R. n. 4/2011 e ss.mm.ii. Accredito Istituzionale definitivo per

"Koinon Soc. Cooperativa Sociale – Onlus per la Residenza Sanitaria Psichiatrica denominata Casa de Angelis Struttura Psichiatrica residenziale" dell'A.S.L. Avellino, per n.°10 posti letto.

Dal **2016**, con successivo rinnovo fino al 2023, ha sottoscritto con l'ASL di Avellino, Contratto per prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla Macroarea della salute mentale.

Nel **2017** con decreto n. 175 del 03.03.2017 la "KOINON SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE – ONLUS" veniva iscritta all' Albo delle Cooperative Sociali nella sezione A.

La cooperativa Koinòn collabora in rete, attraverso specifico protocollo d'intesa, con "**Ala di Riserva-ODV**" Associazione di Volontariato per la stesura della Carta dei servizi, del documento programmatico e per i piani di miglioramento aziendale.

Capacità Operativa

Il territorio di riferimento, per sua conformazione orografica, richiede una diversificata gestione delle risorse ed una più dinamica operatività esplicata mediante l'offerta di servizi di supporto erogati secondo piani di assistenza programmata.

In tale ottica, operando con estrema *ratio* e duttilità è possibile garantire costantemente una buona qualità del servizio nei confronti di una domanda in continua evoluzione.

La nostra struttura ad oggi è in grado di accogliere in forma residenziale dieci utenti.

In linea con gli obiettivi strategici individuati dalla nostra Struttura viene riservata particolare attenzione allo sviluppo di tecniche e metodiche scientifiche aggiornate, in grado di dare risposte adeguate alle richieste dell'utenza e intervenire in modo puntuale, affidabile ed esaustivo.

SEZIONE SECONDA

INFORMAZIONI SUI SERVIZI E SULLA STRUTTURA

Prestazioni erogabili

La Struttura ha come finalità principale l'accoglienza di cittadini affetti da patologie psichiatriche, non curabili a domicilio, con prestazioni residenziali di assistenza sanitaria, di medicina generale e psichiatrica, di assistenza infermieristica, tutelare, di animazione e socializzazione nonché di sostegno all'abitare. La Struttura eroga quindi prestazioni assistenziali in continuità di cura, previste da programmi a forte integrazione sanitaria e sociale, di tipo terapeutico - riabilitativo.

In particolare assicura:

Prestazioni sanitarie in forma di:

- Assistenza medica garantita dal Medico della struttura;
- Assistenza psicologica e psicoterapeutica;
- Nursing infermieristico professionale;
- Visite specialistiche esterne alla struttura.

Prestazioni socio-sanitarie ed assistenziali consistenti in:

- Nursing tutelare;
- Attività di socializzazione.

Prestazioni riabilitative consistenti in:

- Attività di salvaguardia personale;
- Attività culturali;
- Attività educative;
- Attività sociali;
- Attività ergoterapiche.

Oggetti personali

La direzione non si assume responsabilità circa la custodia di oggetti personali. Si consiglia quindi di portare solo effetti personali strettamente necessari: spazzolino da denti, dentifricio, sapone, deodorante, vestiti, biancheria personale, pigiama, pantofole, asciugamani.

Documenti

I pazienti, al momento dell'accettazione, devono consegnare al personale addetto i sotto elencati documenti:

- Tessera sanitaria;
- Esenzione dal pagamento del ticket sanitario;
- Eventuale certificazione di invalidità civile;
- Documento di identità;
- Codice fiscale;
- Esami clinici, fotocopie di cartelle cliniche ed ogni altra documentazione relativa ad interventi e trattamenti sanitari in corso o pregressi;
- Documentazione clinica (esami, analisi, certificati attestanti eventuali intolleranze/allergie alimentari);
- Elenco medicinali di cui fanno uso con segnalazione di eventuali effetti collaterali da farmaci;
- Autorizzazione ASL.

Regolamento dei Diritti e Doveri dell'Utente

Diritti

Il paziente ricoverato ha diritto al rispetto della propria dignità e alla garanzia della privacy; ha inoltre il diritto ad essere informato su ogni tipo di prestazione e di terapia sanitaria e a sottoporsi al trattamento previo consenso scritto.

Ha anche il diritto ad essere informato circa altri eventuali tipi di trattamenti alternativi anche se eseguibili altrove.

Al paziente è altresì riconosciuto il diritto alla segretezza dei dati relativi alle proprie patologie.

Infine, il paziente ha diritto ad esporre reclamo per eventuali carenze della struttura e/o anomalie nei comportamenti del personale.

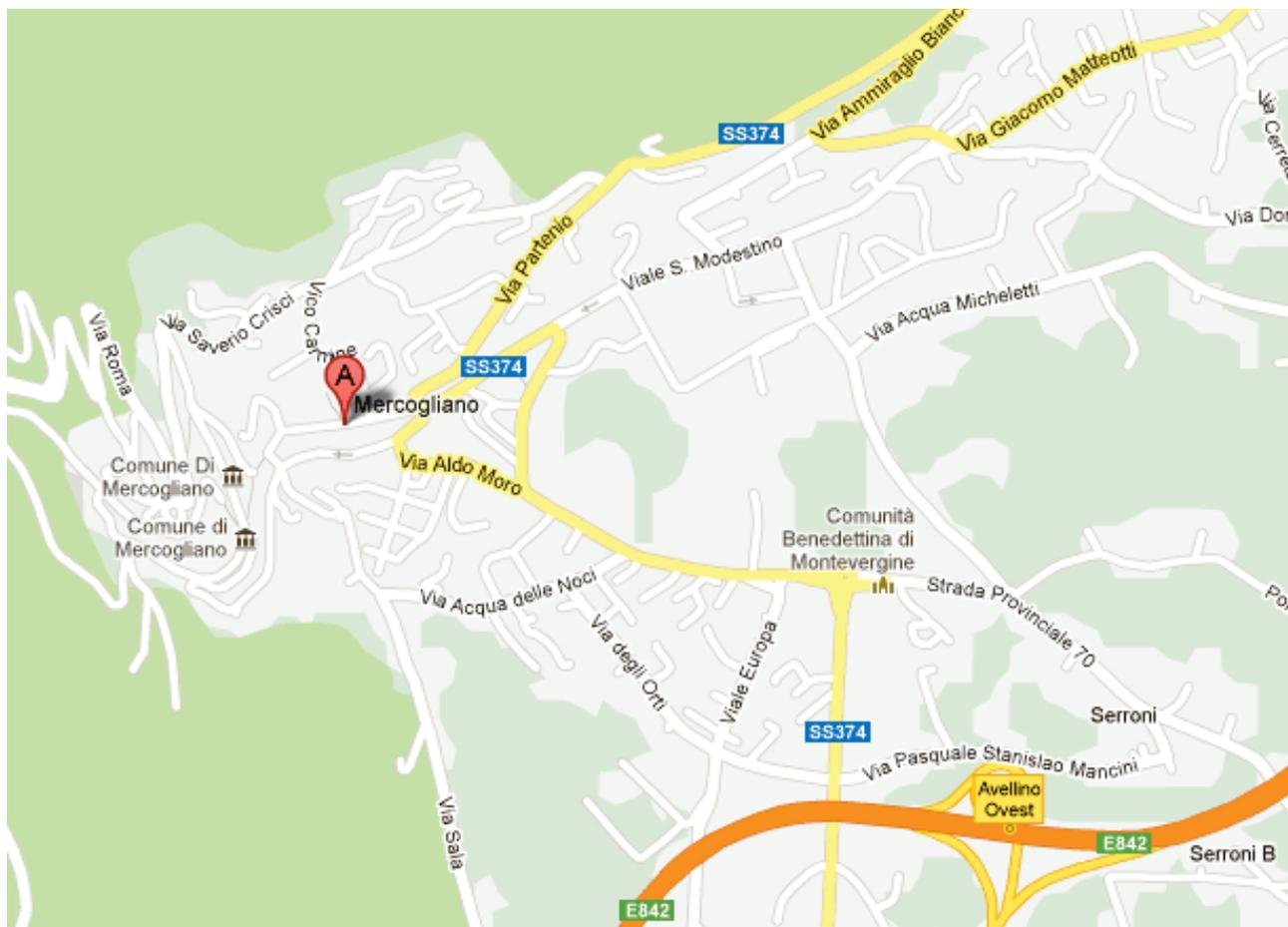
Ai fini di un corretto rapporto con gli utenti, la Struttura opera secondo criteri che agevolino il rispetto dei diritti assicurati. Tali criteri sono:

- Gli operatori sono identificabili mediante apposito cartellino di riconoscimento;
- Il diritto all'informazione sul proprio stato di salute, sugli accertamenti e sulle cure praticate, sugli eventuali rischi e sugli eventuali trattamenti alternativi, nonché sulle attività assistenziali previste viene assicurato dal personale sanitario ciascuno per le proprie competenze;
- Al paziente sarà sottoposto il modulo consenso-accordo con cui fornisce il proprio consenso o diniego alla realizzazione del programma terapeutico-riabilitativo individualizzato, fermo restando il diritto alla richiesta di ulteriori spiegazioni e chiarimenti al personale medico.
- Al paziente è riservata la facoltà di rifiutare determinati trattamenti o cure, nonché quella di rinunciare al ricovero previa decisione certificata da attestazione scritta.
- Il paziente o un proprio familiare ha facoltà di presentare reclami, apprezzamenti e suggerimenti rispetto all'esperienza di ricovero, mediante moduli disponibili presso gli uffici della Struttura.
- Al momento delle dimissioni il paziente o un suo delegato ha diritto a ritirare la documentazione sanitaria che lo riguarda secondo modalità da concordare con la segreteria della Struttura.

Doveri

Al fine di una ordinata conduzione del lavoro e di una serena convivenza, i pazienti sono tenuti a tenere un comportamento responsabile, rispettare gli ambienti e le attrezzature, rispettare gli orari e le regole della struttura; evitare disagi, comportamenti disagiati per gli altri; rispettare i tempi e le sedi opportune per la richiesta di informazioni; attenersi alle disposizioni dei responsabili del servizio. È severamente vietato fumare nei locali della struttura.

Come si arriva



- **Da Napoli, Benevento, Caserta:**
all'uscita di Avellino ovest, proseguire verso Mercogliano e seguire l'indicazione "Municipio", arrivati in piazza prendere le scale di Via Porta dei Santi e arrivare al civico numero 7.
- **Da Salerno:** alla fine del raccordo Sa-Av continuare in direzione Avellino percorrendo la SS7 Bis, proseguire per Torrette di Mercogliano, poi per Mercogliano seguendo l'indicazione "Municipio", arrivati in piazza prendere le scale di Via Porta dei Santi e arrivare al civico numero 7.
- **Da Avellino:** giungere a Mercogliano nella piazza del Municipio e prendere le scale di Via Porta dei Santi e arrivare al civico numero 7.

Il personale della Struttura è a disposizione per tutte le informazioni necessarie.

Orari della Struttura

"Casa de Angelis" in quanto struttura psichiatrica residenziale è operativa tutto il giorno, tutti i giorni.

La struttura rispetta i seguenti orari di apertura al pubblico:

Orari di accesso per le visite dei familiari:

tutti i giorni dalle 11:00 alle 12:00 e dalle 18:00 alle 19:00.

Orari per il rilascio di eventuali referti all'interessato o al familiare delegato:

dalle 11:00 alle 12:00 dal lunedì al venerdì.

Recapiti

"Casa de Angelis" struttura psichiatrica residenziale può essere contattata tramite:

- Telefono: 0825 788316
- Fax: 0825 788316
- E-mail: koinon_onlus@inwind.it

Costi

Costi non a carico dell'utente

- Vitto, alloggio e il servizio di lavanderia;
- Presa in carico globale dell'utente attraverso le procedure e le risorse previste dal Programma individuale;
- Tutte le attività previste all'interno del Programma individuale.

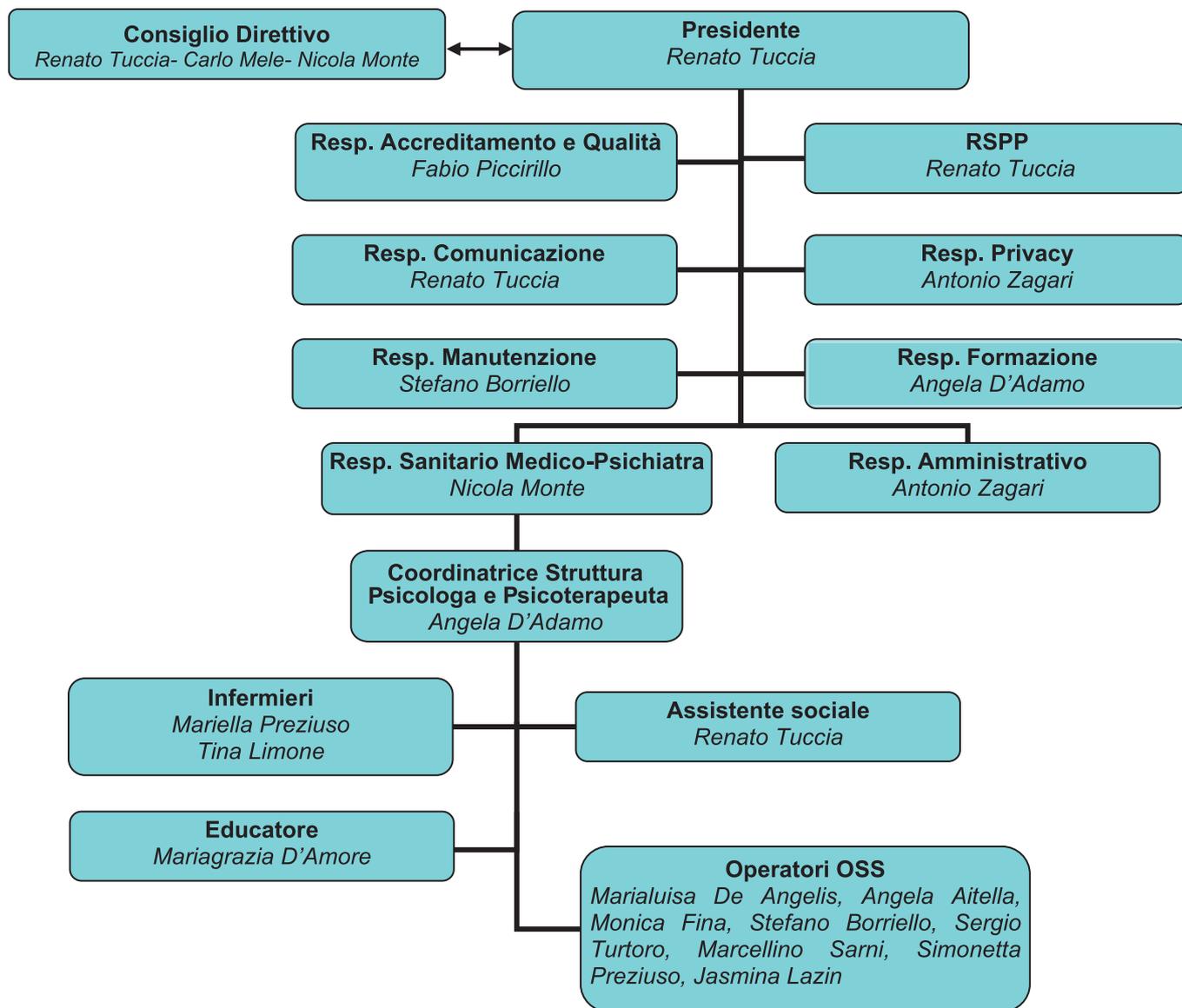
La Struttura ospitante provvede a stipulare un'assicurazione per la copertura della responsabilità civile.

Costi a carico dell'utente:

- Spese relative all'abbigliamento;
- Spese personali per la vita quotidiana (sigarette, bar ed altri generi di conforto personale);
- Farmaci, ausili medici e protesici non erogati dal S.S.N.;
- Eventuali ticket per farmaci, visite mediche specialistiche, accertamenti ed esami;
- Soggiorni di vacanza.

Definizione dei Compiti e Responsabilità del Personale

La struttura organizzativa di "Casa de Angelis" si fonda sul seguente organigramma funzionale:



Il Presidente ha il compito di amministrare la società secondo quanto dettato dallo statuto e deliberato dall'assemblea. Egli è solidalmente responsabile verso la società dei danni derivanti dall'inosservanza di tali doveri.

Sono funzioni il Presidente, la redazione del bilancio e la relazione sulla gestione nella quale andranno evidenziati i criteri seguiti per il raggiungimento degli scopi sociali in conformità con la natura mutualistica della società cooperativa nonché la convocazione del Consiglio Direttivo e dell'assemblea.

Oltre a tali obblighi imposti dalla legge, il Presidente provvederà a tutti gli atti necessari per l'ordinaria amministrazione e gestione della società cooperativa.

Il **Responsabile Gestione Qualità** svolge le seguenti mansioni:

- Coordinare e supportare l'attività dei vari operatori al fine di garantire l'applicazione delle procedure previste dal Sistema Qualità
- Mantenere aggiornati manuale, procedure e documenti del Sistema Qualità
- Pianificare ed eseguire i programmi di audit del Sistema Qualità
- Garantire la formazione e sensibilizzazione del personale sulle tematiche della Qualità
- Gestire i rapporti con gli Enti esterni coinvolti nelle attività del Sistema Qualità (fornitori, Enti di Certificazione, etc.)
- Relazionare periodicamente alla Direzione sull'andamento del Sistema Qualità aziendale
- Analizzare e rielaborare periodicamente i dati del Sistema Qualità al fine di individuare potenziali aree di miglioramento
- Definire/proporre azioni correttive e/o preventive
- Preparare la documentazione di supporto per il riesame della Direzione
- Formazione/informazione inerente il sistema di gestione per la qualità applicato e della diffusione dei principi della qualità ai responsabili di funzione.

Il **Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (o RSPP)** svolge i seguenti compiti e si assume le responsabilità che il D.Lgs. 81/08 gli assegna:

- individuare i fattori di rischio e le misure di sicurezza, ai fini della stesura del D.V.R. (documento di valutazione dei rischi), nel rispetto delle normative vigenti
- elaborare le misure preventive
- elaborare le procedure di sicurezza
- proporre programmi di informazione e formazione del personale
- partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza
- fornire formazione e informazione ai lavoratori.

Il **Responsabile Accredimento** gestisce e verifica la corretta applicazione del Sistema Accredimento e coordina le attività di organizzazione dello stesso. Supporta la Direzione nei rapporti con i soggetti esterni preposti alla Certificazione e all'Accredimento. Aree di attività:

- redige e mantiene aggiornato il sistema documentale per l'accREDITamento
- assicura che i processi e le interazioni definite nel sistema accREDITamento siano messi in atto e aggiornati
- determina gli standard-obiettivi di qualità dei servizi offerti e del funzionamento interno
- comunica alla Direzione l'andamento e le esigenze di miglioramento e di riesame del sistema qualità/accREDITamento
- mantiene rapporti con gli Enti preposti alle verifiche sul Sistema
- concorre all'informazione del personale sulle tematiche della qualità e dell'accREDITamento
- controlla il rispetto delle modalità operative, procedure ed istruzioni di lavoro per l'accREDITamento
- controlla il tasso di qualità conseguito, attraverso l'impiego di standard e metodologie di monitoraggio predefiniti ed oggettivi (indicatori)

Il **Responsabile Privacy** è la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo a cui sono affidate le seguenti responsabilità e compiti:

- garantire che tutte le misure di sicurezza dati personali previste siano applicate
- redigere ed aggiornare ad ogni variazione l'elenco delle sedi in cui vengono trattati i dati
- redigere ed aggiornare ad ogni variazione l'elenco degli uffici in cui vengono trattati i dati

- redigere ed aggiornare ad ogni variazione l'elenco delle banche dati oggetto di trattamento.
- se il trattamento è effettuato con mezzi informatici, redigere ed aggiornare ad ogni variazione l'elenco dei sistemi di elaborazione.
- redigere e di aggiornare ad ogni variazione l'elenco delle sedi e degli uffici in cui viene effettuato il trattamento dei dati
- nominare per ciascun ufficio in cui viene effettuato il trattamento dei dati, un incaricato con il compito di controllare i sistemi, le apparecchiature, e se previsti, i registri di accesso ai locali allo scopo di impedire intrusioni o danneggiamenti
- definire e verificare periodicamente le modalità di accesso ai locali e le misure da adottare per la protezione delle aree e dei locali, rilevanti ai fini della loro custodia e accessibilità
- decidere se affidare il trattamento dei dati in tutto o in parte all'esterno
- qualora il trattamento dei dati sia stato affidato in tutto o in parte all'esterno della struttura del titolare controllare e garantire che tutte le misure di sicurezza riguardanti i dati personali siano applicate
- se il trattamento è effettuato con mezzi informatici, individuare, nominare e incaricare per iscritto, uno o più Responsabili della gestione e della manutenzione degli strumenti elettronici
- se il trattamento è effettuato con mezzi informatici, individuare, nominare e incaricare per iscritto, uno o più Incaricati della custodia delle copie delle credenziali qualora vi sia più di un incaricato del trattamento
- se il trattamento è effettuato con mezzi informatici, individuare, nominare e incaricare per iscritto, uno o più Incaricati delle copie di sicurezza delle banche dati
- custodire e conservare i supporti utilizzati per le copie dei dati

Il **Responsabile della manutenzione** ha il compito di:

- definire l'elenco degli impianti, degli elettromedicali e le relative documentazioni;
- accertare la presenza di eventuali guasti o malfunzionamenti degli impianti, informando il il Direttore e la Direzione Medica della struttura e inviando a mezzo fax la comunicazione alla ditta di manutenzione esterna;
- segnalare il guasto con un cartello di fuori uso indicando la data di riparazione;
- redigere periodicamente, in collaborazione con il Direttore e la Direzione Medica, un documento (Piano di manutenzione) che preveda:
- indicazioni relative alla sicurezza
- indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità
- manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi
- controllare che la ditta esterna di manutenzione effettui ad intervalli regolari, prestabiliti da contratto, gli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, verifica di corretto funzionamento e sicurezza;
- verificare mensilmente la corretta gestione del defibrillatore

Il **Responsabile della comunicazione** ha il compito di:

- Predisporre un luogo di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- Assicurare un'efficiente ed efficace modalità di comunicazione esterna;
- Assicurarsi che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire ed il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- Curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino-utente;
- Verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione;
- Accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;

- Raccogliere suggerimenti, favorire incontri per analizzare le criticità e proporre iniziative di miglioramento della qualità (efficacia ed efficienza) delle prestazioni dei servizi erogati;
- Verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale;
- Valutare la soddisfazione degli utenti e il clima esterno mediante lo studio degli esiti dei questionari.

Il Responsabile della formazione:

- ha la responsabilità di assicurarsi che per il personale del centro a cui è preposto comprenda i compiti da svolgere, gli obiettivi da perseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- individuare le esigenze formative del personale
- determinare le risorse umane e strumentali per soddisfare tali esigenze
- prefissare le priorità di intervento formativo sulla base delle linee strategiche della Direzione;
- selezionare i criteri per il personale d'aggiornare e formare:
 - a. Criterio A: come da CCNL
 - b. Criterio B: anzianità di servizio (da valutare al momento)
 - c. Criterio C: a discrezione della Direzione
- verificare l'adeguata assimilazione degli interventi formativi
- verifica i risultati delle iniziative di miglioramento e si attiva a darne evidenza a tutto il personale;
- monitoraggio dei crediti ECM;
- raccogliere suggerimenti, favorire incontri per analizzare le criticità e proporre iniziative di miglioramento delle prestazioni dei servizi erogati.

Il Responsabile Sanitario (medico psichiatra):

- dirige i servizi sanitari del Centro;
- valuta, attraverso l'audit clinico, la pratica riabilitativa basata sull'evidenza, e il monitoraggio dei reclami degli utenti, l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi e assistenziali;
- garantisce che il servizio sia sempre erogato in accordo ai principi fondamentali e generali indicati nella mission del Centro;
- contribuisce alla redazione, condivide e si attiene ai documenti del Sistema Qualità;
- salvaguarda la presa in carico di ogni paziente e sovrintende all'elaborazione in equipe multidisciplinare del programma di trattamento terapeutico/riabilitativo di ciascun paziente;
- partecipa alla programmazione, discussione e definizione delle attività del centro;
- favorisce la ricerca e l'introduzione di nuove tecnologie nell'ottica dell'affidabilità e della sicurezza del servizio offerto;
- rileva, in collaborazione del RGQ il grado di soddisfazione dei Pazienti/Utenti in merito alla qualità del servizio offerto;
- realizza la compilazione, approvazione e sottoscrizione della modulistica pertinente;
- sovrintende ai rapporti con le AA.SS.LL. in stretta collaborazione con il coordinatore struttura;
- dirige verifica e controlla l'attività del personale sanitario e tecnico;
- sovrintende all'erogazione, identificazione, rintracciabilità e verifica del servizio fornito;
- definisce le procedure per l'archiviazione, la consultazione e il rilascio di ogni documentazione sanitaria;

La **Segreteria Amministrativa** mantiene i rapporti con gli enti, con i pazienti e gestisce la documentazione.

La Coordinatrice struttura (psicologa e psicoterapeuta):

- coordina l'organizzazione della vita comunitaria;
- redige sotto la supervisione del responsabile sanitario le istruzioni operative che descrivono le norme di comportamento per operatori e utenti e la procedura per lo svolgimento delle attività che scandiscono la vita del centro;
- contribuisce alla redazione, condivide e si attiene ai documenti del sistema qualità di propria competenza;
- redige e verifica all'interno dell'equipe multidisciplinare, il programma terapeutico riabilitativo di ciascun utente;
- redige all'interno dell'equipe multidisciplinare le relazioni sul monitoraggio dei programmi terapeutico riabilitativi, su richiesta degli enti invianti;
- controlla che tutto il personale rispetti le norme di comportamento e le regole relazionali ed organizzative della struttura;
- collabora con il responsabile sanitario, nel favorire l'inserimento dell'utente nella vita comunitaria
- assegna funzioni di tutor agli operatori;
- collabora nell'attuare e nel favorire interventi organizzativi, clinici, terapeutici e riabilitativi conformi all'impostazione metodologica e scientifica, consolidatasi nel tempo, della comunità;
- promuove in collaborazione con il Presidente e con il responsabile sanitario, azioni di miglioramento rispetto all'erogazione del servizio;
- redige sotto la supervisione del responsabile sanitario il piano delle attività comunitarie;
- redige e sottoscrive le aree di propria competenza della cartella clinica di cui conserva tutta la documentazione allegata di provenienza interna ed esterna alla struttura;
- effettua colloqui di sostegno psicologico e psicoterapeutici individuali e di gruppo rivolti agli utenti del servizio;
- effettua colloqui di sostegno psicologico rivolti alle famiglie degli utenti del servizio;
- conduce la riunione con gli operatori centrata sulla gestione dei vissuti personali e delle dinamiche relazionali;
- coordina gli aspetti organizzativi concernenti le attività di vita quotidiana sotto la supervisione del responsabile sanitario;
- controlla che gli interventi degli operatori sugli utenti siano congruenti con i singoli programmi riabilitativi;
- coordina il lavoro del personale ad essa subordinato;
- collabora nell'attività didattica rivolta al personale;
- tutor di psicologi per tirocinio post laurea e tutor per tirocinio in psicoterapia di allievi provenienti da scuole di specializzazione;
- responsabile della comunicazione interna;
- opera in stretta collaborazione con il responsabile sanitario rispetto ai rapporti con gli enti invianti;
- predispone i piani di lavoro ed i carichi del personale.

L' Infermiere Professionale ha compiti organizzativi e assistenziali:

Compiti organizzativi:

- programmazione piani di lavoro, presentazione alla Resp. Area Sanitaria e successiva attuazione;
- aggiornamento delle Cartelle Cliniche con le annotazioni richieste;
- conservazione della documentazione clinica;
- registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio;
- tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente;
- compilazione dei dati sul movimento degli assistiti

- registrazione del carico e scarico dei medicinali e disinfettanti, loro custodia e sorveglianza;
- custodia delle apparecchiature e delle dotazioni del reparto;
- controllo sulla pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento dei locali;
- sorveglianza sulle attività dei pazienti affinché vengano rispettate le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni;
- partecipazione alle riunioni di gruppo;
- promozione di tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del paziente e mantenere buone relazioni umane con i pazienti e i loro familiari.

Compiti assistenziali:

- assistenza completa del paziente;
- somministrazione dei medicinali ed esecuzione dei trattamenti curativi secondo le prescrizioni mediche;
- sorveglianza e somministrazione delle diete;
- assistenza al medico nelle varie attività di Reparto;
- rilevamento delle condizioni generali del paziente;
- disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza al paziente;
- opera di educazione sanitaria del paziente e dei familiari;
- interventi d'urgenza seguiti da immediata richiesta di intervento medico;
- predisporre le attività per i controlli periodici da parte del Resp. Area Sanitaria.

L'Assistente Sociale:

- svolge attività di accoglienza alle famiglie dei pazienti, informando sui servizi erogati, sulle norme che tutelano l'utenza;
- svolge pratiche di indennità di frequenza, invalidità, legge 104/92: il servizio descritto viene presentato a tutti i pazienti e/o alle famiglie che lo richiedono;
- distribuisce il "Questionario di Gradimento" del Centro disponibile, anche in distribuzione libera al banco;
- cura le pubbliche relazioni con i referenti delle ASL competenti, collaborando al controllo, all'organizzazione e alla programmazione delle visite specialistiche, contratti terapeutici, gruppi tecnici, aggiornamenti obiettivi terapeutici in collaborazione con il responsabile sanitario.

L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) svolge la sua attività in collaborazione con altri operatori preposti all'assistenza; in particolare egli svolge le seguenti attività:

- assistenza diretta ed aiuto domestico-alberghiero: assistenza alla persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; collaborazione ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, al recupero funzionale; attività di animazione, socializzazione di singoli e di gruppi; aiuto nell'assistenza al malato; cura della pulizia e dell'ambiente del malato;
- pulizia e manutenzione di utensili, apparecchi, presidi usati dal paziente e dal personale medico ed infermieristico per l'assistenza al malato;
- atti di accudimento semplici al malato (in collaborazione con l'infermiere e/o con il terapeuta);
- trasporto utenti in carrozzella e/o loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà;
- raccolta e stoccaggio corretto dei rifiuti; trasporto del materiale biologico e sanitario e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti;
- rifacimento del letto non occupato e igiene dell'unità di vita del paziente;
- preparazione dell'ambiente e dell'utente per il pasto e aiuto nella distribuzione e nell'assunzione dello stesso;
- riordino del materiale e pulizia del malato dopo il pasto;
- aiuto al paziente nel cambio della biancheria, del pannolone e nelle operazioni fisiologiche;

- controllo e sorveglianza ospiti allettati;
- mette in atto tutte le iniziative di competenza per soddisfare e mantenere buone relazioni umane con i pazienti e i loro familiari;
- Compilazione della modulistica operativa di propria competenza;
- Svolge la funzione di tutor di utenti assegnati.

In collaborazione o su indicazione del personale preposto, provvede a:

- effettuazione di semplici medicazioni, interventi di primo soccorso, aiuto per la corretta assunzione dei farmaci e per il corretto uso di apparecchi medicali di semplice uso.
- posizionamento e mantenimento delle posizioni terapeutiche; aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali.
- attuare interventi di primo soccorso; effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- controllo e sorveglianza del riposo notturno con richiesta di intervento medico di urgenza se necessario.

L'Educatore

L'Educatore è l'operatore socio-sanitario che svolge la propria attività mediante la collaborazione nella formulazione e realizzazione di programmi terapeutico-riabilitativi all'interno dell'equipe multi professionale.

I suoi compiti sono:

- realizzare interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà;
- operare all'interno di servizi socio-sanitari e delle strutture riabilitative in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture (assistenti sociali, medici, psicologi);
- operare in stretta relazione con l'utente, condividendone sia la quotidianità sia i momenti importanti.
- contribuire a programmare, attuare e verificare interventi educativi mirati al recupero ed allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;
- identificare i bisogni educativi della persona e della collettività di cui fa parte;
- collaborare alla valutazione del disagio psicosociale e delle potenzialità del soggetto;
- collaborare alla stesura dello specifico programma d'intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
- condurre gli interventi relativi alla cura di sé, all'adesione alle prescrizioni sanitarie, alle relazioni interpersonali, all'attività lavorativa e all'autonomia abitativa coinvolgendo, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nella struttura, le risorse territoriali;
- stabilire e mantenere, in collaborazione con l'equipe multidisciplinare, relazioni d'aiuto con la persona e con la sua famiglia favorendo il reinserimento dei soggetti nella comunità;
- utilizzare strumenti e metodologie di valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti in relazione agli obiettivi prefissati e al contesto sociale;
- partecipare ad attività di studio, di ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

Caratteristiche della struttura

La Struttura garantisce l'accesso e la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti gli Utenti disabili grazie all'assenza di barriere architettoniche.

Nella Struttura sono presenti una sala d'attesa ed un'area per l'accoglienza e l'informazione dell'Utenza.

Attrezzature del Centro

Le attrezzature del Centro sono qualitativamente e quantitativamente adeguate ai bisogni dell'utenza e garantiscono un corretto ed efficace svolgimento dei trattamenti richiesti.

Servizio di trasporto persone

È disponibile un servizio di trasporto per consentire visite specialistiche esterne, uscite organizzate o altro.

Dotazioni della struttura

- Sistemi di sicurezza ottemperanti alle normative ministeriali
- Servizi igienici adeguati alle esigenze di tutte le tipologie di utenza, ovvero privi di barriere architettoniche - come per legge.

Accesso alla Struttura

Contatto

I committenti degli inserimenti in struttura psichiatrica residenziale sono, in maggioranza, i Dipartimenti di Salute Mentale.

I requisiti per l'ammissione prevedono che:

- accedano alla struttura, pazienti nella fase post acuzie con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo (decreto n.5 del 10.01.2011, Regione Campania).
- che l'ente inviante consegni una documentazione contenente: il PAI (piano assistenziale individualizzato redatto in sede U.V.I.) e la storia clinico psichiatrica dell'utente.

Lista di attesa

Qualora non fosse immediatamente disponibile il posto letto, la richiesta verrà inserita in una lista di attesa (tempo medio 24 mesi).

Inserimento

Nel momento in cui il posto letto si rende disponibile si procede alla presa in carico del paziente attraverso una valutazione complessiva: anamnesi, inquadramento diagnostico, somministrazione di strumenti di valutazione e redazione del programma riabilitativo con attuazione degli obiettivi indicati nel PAI. Tutti i dati relativi al paziente vengono raccolti e trattati nella cartella clinica che viene redatta ed aggiornata dal personale sanitario. In questa fase viene anche completata tutta la documentazione amministrativa inerente il ricovero. Seguiranno le fasi di verifica e di conclusione dell'intervento.

Dimissioni

Avvengono di norma alla fine del programma riabilitativo o in caso di rinuncia dell'utente o tutore.

Nel caso la permanenza dell'utente in Struttura possa essere fonte di gravi difficoltà per lo stesso o per altri utenti, la Struttura ospitante sentiti i pareri dell'utente (o tutore) e dell'Ente inviante, proporrà la rivalutazione dell'esistenza delle condizioni e delle risorse necessarie ad elaborare un nuovo programma individuale di presa in carico, finalizzato alla rimozione delle difficoltà sopraggiunte. Nel caso si valuti che non sussistano tali condizioni, la Struttura proporrà le dimissioni del soggetto concordando con l'Ente inviante tempi e modalità.

Archiviazione

La cartella clinica viene chiusa ed archiviata sia in formato digitale che in idoneo locale non accessibile a terzi. Su richiesta vengono rilasciate ai richiedenti copie conformi di cartella clinica, su espressa autorizzazione del Responsabile Area Sanitaria, entro 3 giorni dalla richiesta.

SEZIONE TERZA

STANDARD DI QUALITÀ E IMPEGNI ASSUNTI

Programmi

La politica aziendale è finalizzata al miglioramento continuo delle prestazioni. Pertanto sono stati individuati gli standard di qualità, di seguito elencati, che rappresentano l'impegno che la struttura assume nei riguardi dei propri utenti.

La Carta dei Servizi delle Aziende sanitarie pubbliche e private della Regione Campania adottano e fanno propri i 14 diritti enunciati nella Carta Europea dei diritti del malato:

1. Prevenzione: Sistema Sicurezza aggiornato al D.lgs 81/08, sistema HACCP
2. Accesso garantito per tutti: trasparenza delle liste d'attesa
3. Informazione: pubblicazione e diffusione della Carta dei Servizi e della Guida ai servizi, Bacheche, sito
4. Consenso informato: informazione al paziente riguardo il trattamento
5. Libera scelta tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari
6. Privacy e confidenzialità: impegno degli operatori del Centro alla privacy ed alla confidenzialità nel riguardo del paziente
7. Rispetto del tempo del paziente: adeguamento, per quanto possibile, agli orari del paziente
8. Individuazione di standard di qualità: definizione di standard che definiscono il livello di qualità erogata
9. Sicurezza dei trattamenti sanitari: definizione di protocolli validati, controllo delle attività, formazione e monitoraggio sull'evento avverso
10. Innovazione e costante adeguamento: miglioramento delle prestazioni, delle infrastrutture, delle attrezzature, e della comunicazione da e verso il paziente
11. Iniziative organizzative e procedurali volte ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari: definizione di protocolli validati, controllo delle attività, formazione e monitoraggio sull'evento avverso
12. Personalizzazione del trattamento: definizione di percorsi individualizzati, assegnazione ad operatori qualificati nel settore
13. Sistema del reclamo: definizione di una procedura per la raccolta e risposta ai reclami, analisi delle cause e spunti di miglioramento
14. Procedure di risarcimento adeguato ed in tempi ragionevolmente brevi: individuazione di una procedura per la registrazione dei provvedimenti legali, copertura assicurativa

Standard di Qualità

La politica aziendale è finalizzata al miglioramento continuo delle prestazioni.

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

Accessibilità

Il Paziente ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità d'accesso e alle relative competenze, il Centro ha pertanto predisposto per gli Utenti (Pazienti) e i Clienti (Familiari dei Pazienti), una Carta dei Servizi Sanitari, nella quale sono indicati tra l'altro:

- i servizi offerti dalla struttura;
- l'indirizzo ed i numeri di telefono/fax;
- gli orari e le modalità d'accesso ai servizi;
- l'organigramma aziendale;
- la procedura di gestione dei reclami.

Indicatori	Esito / Risultato / Valore ottenuto
Disponibilità della Carta dei Servizi	Sempre
Numero di Richieste di Documentazione dei Pazienti accordate / Numero totale di Richieste (%)	100 %
Numero di pazienti con cui è stato possibile concordare il trattamento / Numero totale di Pazienti (%)	100 %

Umanizzazione

Il Paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.

Egli chiede la soddisfazione del suo bisogno riabilitativo, inteso come il raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale.

Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle sue dimensioni e di suoi bisogni, è al centro degli interessi della Struttura ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo dell'attività aziendale.

Indicatori	Esito / Risultato / Valore ottenuto
Numero di Schede con consenso scritto al trattamento dei dati e al trattamento / Totale pazienti (%)	100 %
N. di reclami legittimi a cui si è fornita risposta efficace/N. di reclami legittimi pervenuti (%)	100 %

Appropriatezza

L'utente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi e alla malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.

Indicatori	Esito / Risultato / Valore ottenuto
Disponibilità ed aggiornamento delle Cartelle dei Pazienti.	sempre
Esistenza del consenso informato del Paziente alla terapia scelta	sempre

Riduzione dei tempi e liste di attesa

Agli Utenti è garantita la continuità dell'erogazione prestata senza interruzione della stessa nello spazio e nel tempo.

Qualora non fosse immediatamente disponibile il posto letto il paziente viene messo in lista di attesa (tempo medio 24 mesi).

Continuità delle cure

Indicatori	Esito / Risultato / Valore ottenuto
N. eventi avversi verificati	0
N. di interruzioni del servizio per indisponibilità della struttura o del personale	0

Riduzione dei rischi

La Struttura attua un continuo programma per la riduzione dei Rischi, essenzialmente esso viene effettuato attraverso le seguenti modalità:

- garantendo uno spazio per le attese arredato e confortevole anche per gli eventuali accompagnatori;
- garantendo locali puliti con microclima adeguato;
- garantendo servizi igienici adatti anche per i portatori di handicap;
- garantendo percorsi idonei;
- garantendo la salute del personale mediante l'effettuazione delle valutazioni dei rischi ai sensi del D. Lgs. 81/08;
- garantendo la predisposizione di un programma degli interventi migliorativi da attuare

Politica per la qualità

La "Casa De Angelis" fin dalla nascita ha sempre operato in ottica di Qualità con l'obiettivo di garantire al fruitore finale delle prestazioni erogate il massimo soddisfacimento ed all'interlocutore istituzionale (AASSLL, Regione) il massimo supporto e cooperazione.

Per raggiungere tale obiettivo Il Centro assicura che la propria Politica delle Qualità:

- sia appropriata agli scopi dell'organizzazione;
- includa l'impegno al miglioramento continuo;
- sia debitamente illustrata ai vari livelli di pertinenza, e da questi compresa;
- sia riesaminata per conservarne l'adeguatezza.

La Direzione aziendale, infatti, considera la qualità delle prestazioni erogate e la soddisfazione del cliente – paziente obiettivi fondamentali della propria missione

Da allora l'obiettivo prioritario è stato sempre quello di sviluppare all'interno dell'Istituto le competenze più avanzate, considerate le caratteristiche peculiari dei servizi erogati ed il particolare settore di intervento.

Questo orientamento alla qualità dei servizi e del processo è stato guidato oltre che dalle esigenze degli assistiti, dai rapporti con i sempre più numerosi ed eterogenei interlocutori esterni.

L'esigenza garantire attraverso un sistema pianificato di gestione aziendale il mantenimento di definiti standard è oggi più evidente, non potendo più un simile complesso aggregato di operazioni, condotte, risultati, essere affidato alla coscienza o alla buona volontà o alla competenza professionale del singolo.

Infatti occorre orientare tutte le fasi aziendali, dalla presa in carico dell'assistito, all'erogazione dei trattamenti e dei servizi di assistenza, alle sue dimissioni, sia tutte quelle di supporto, focalizzate su servizi interni aziendali o su servizi a rilevanza esterna, verso l'offerta di utilità e benefici che, per le loro caratteristiche, siano considerati soddisfacenti dal Cliente e dall'interlocutore in genere.

Ciò si traduce in una sedimentazione culturale ad opera di ciascun componente dell'organico e di ciascun ufficio o settore aziendale, di orientamento alla qualità: ciascun ufficio o settore deve considerare l'interlocutore "a valle" come un potenziale cliente, esigente quanto il cliente finale; allo stesso modo deve pretendere dall'interlocutore interno che gli sta "a monte" una risposta puntuale alle proprie richieste.

È necessario, quindi, che tutto il personale sia coinvolto in un processo continuo e strutturato di miglioramento della Qualità, che prevede corsi di aggiornamento, seminari informativi e quanto possa contribuire al miglioramento ed alla comprensione del concetto della Qualità.

Per conseguire tali obiettivi l'azienda si è dotata di una struttura organizzativa mettendo a disposizione abbondanti ed adeguate risorse sia umane che tecnologiche e strutturali assicurando un sistema di conduzione aziendale finalizzato all'assicurazione della Qualità in modo da:

- tenere sotto controllo i fattori che determinano il raggiungimento della qualità attesa nell'erogazione delle proprie prestazioni;
- analizzare e valutare i risultati ottenuti al fine di porre in essere azioni correttive, ma soprattutto implementare un piano delle azioni preventive per gli aspetti ritenuti non idonei e per il miglioramento continuo.

L'Azienda è cosciente che l'applicazione delle Norme è strettamente legata ad una sana organizzazione aziendale, che parte dalla gestione amministrativa fino alla soddisfazione dell'utente per il servizio riabilitativo ricevuto, presupposti fondamentali di efficienza e competenza, riconosciuti poi dalla Certificazione.

Gli Obiettivi Generali che il Centro intende garantire sono i seguenti:

- unire professionalità e impegno, migliorare lo stato del deficit, anche attraverso la misura dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate;
- garantire il miglioramento continuo del servizio, mettendo a disposizione risorse professionali diverse e integrate, strutture adeguate, terapie avanzate e continuamente aggiornate;
- analizzare i bisogni e le richieste degli utenti allo scopo di mettere in atto tutte le azioni necessarie al loro soddisfacimento, all'umanizzazione ed alla continuità delle cure;
- assicurare che le attività di tutte le funzioni aziendali, attraverso la Gestione della Qualità, siano in linea con le norme della serie UNI EN ISO 9001:2015, nonché con le procedure interne definite, come requisito essenziale di organizzazione interna, mantenimento dei riconoscimenti attuali e per lo sviluppo di nuovi;
- Assicurare la condivisione degli obiettivi attraverso la esplicitazione dei compiti e delle responsabilità. Assicurare inoltre corrette prassi operative in relazione al D.Lgs. 196/03 (Trattamento dei dati) così come modificato dal Reg. UE 2016/679 e al D.Lgs. 81/08 (Sicurezza negli ambienti di lavoro).

Tali obiettivi generali, tengono conto anche di quelle che sono le indicazioni provenienti dagli strumenti di programmazione sanitaria regionale, e saranno realizzati, attraverso il processo di pianificazione, attuazione e verifica di obiettivi specifici di miglioramento del Sistema di Gestione Aziendale, periodicamente definiti attraverso lo strumento del Riesame e diffusi a tutto il personale.

La Direzione esprime e diffonde tali obiettivi esplicitamente nei confronti dei Clienti e delle strutture interne aziendali, adoperandosi per il loro conseguimento.

SEZIONE QUARTA

INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

*La Struttura promuove ed assicura
la funzione di Tutela dei Diritti degli Utenti del SSN,
affermando il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti
che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni
di assistenza sanitaria e, inoltre, fissa le procedure
di presentazione dei reclami.*

Presentazione delle Osservazioni, Opposizioni, Denunce e Reclami

Art. 1

Gli utenti, parenti o affini, o organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione o presso la ASL possono presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale.

Art. 2

Gli utenti e gli altri soggetti come individuati dall'art.1, esercitano il proprio diritto con:

- lettera in carta semplice indirizzata ed inviata al Direttore Responsabile della Struttura;
- compilazione di apposito modello, sottoscritto dall'utente, distribuito presso la Struttura;
- segnalazione telefonica o via fax alla Struttura;
- colloquio con il Direttore Responsabile della Struttura.

Per le segnalazioni telefoniche o per colloquio sarà compilata un'apposita scheda verbale, annotando sulla stessa quanto segnalato dall'utente, con l'acquisizione di tutti i dati necessari per le comunicazioni di merito. La segnalazione per colloquio sarà acquisita in presenza di un testimone.

Art. 3

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentate, nei modi sopra elencati, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'art.14, comma 5, del Decreto Legislativo 502/92, come modificato dal Decreto Legislativo 517/93. Il reclamo presentato fuori del termine di scadenza sopra indicato non ha, come tale, gli effetti giuridici previsti dal presente Regolamento, tuttavia, il Direttore Responsabile della Struttura si rende disponibile a valutare qualsiasi irregolarità e a darne spiegazione o a prendere adeguati provvedimenti nei confronti del personale responsabile.

Art. 4

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami, comunque presentate o ricevute nei modi sopra indicati, qualora non trovino immediata soluzione, devono essere istruite e trasmesse nel termine massimo di 3 giorni alla Direzione della Struttura.

Art. 5

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

Art. 6

L'utente può eventualmente richiedere il riesame del provvedimento del Direttore Responsabile della Struttura di cui all'articolo 5 con motivata istanza in carta semplice indirizzata allo stesso Direttore Responsabile, che decide in merito nel termine massimo di 15 giorni dalla ricezione dell'istanza.

Art. 7

Il Direttore Responsabile, svolte le opportune indagini acquisite agli atti e sottoposte a controllo ai sensi della Legge 241/90, valuta le eventuali misure disciplinari. Qualora quanto denunciato dall'utente dovesse risultare immotivato e non confortato da prove adeguate riproducibili eventualmente presso il Foro competente per territorio, si riserva di cautelare la propria immagine e credibilità nei tempi e nei modi più opportuni e di sottoporre l'istanza ai propri Legali.

Art. 8

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

Regolamento dei Diritti e dei Doveri del Paziente

La Struttura si attiene ai sottoindicati documenti ed elaborati delle normative di Diritto Internazionale:

1. "Carta dei Diritti del Paziente", approvata nel 1973 dall'American Hospital Association;
2. "Carta dei Diritti del Malato", adottata dalla CEE in Lussemburgo dal 6 al 9 maggio 1979;
3. Art.25 della "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo";
4. Art.11 e 13 della "Carta Sociale Europea del 1961";
5. Art.12 della "Convenzione Internazionale dell'ONU sui Diritti economici, sociali e culturali", 1996;
6. Risoluzione n. 23 dell'OMS, 1970 che trova piena rispondenza nei principi della Carta Costituzionale (Artt. 2; 3; 32).

I Diritti

Art. 1

Il paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.

Art. 2

In particolare, al momento dell'accettazione ha il diritto di essere sempre individuato con nome e cognome ed interpellato con la particella pronominale "Lei".

Art. 3

Il paziente ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso e alle relative competenze. Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente le persone che l'hanno in cura.

Art. 4

Il paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi e alla malattia, alla terapia proposta e alla relativa prognosi.

Art. 5

In particolare, il paziente dovrà essere informato in tempo sulle reali condizioni di salute e, ove il Direttore Responsabile raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità di un'informazione diretta, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del paziente, ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria, salvo i casi di urgenza nei quali il ritardo possa comportare pericolo per la salute verrà avvisato il medico richiedente.

Art. 6

Il paziente ha altresì diritto di essere informato sulla possibilità di indagini e metodiche alternative, anche se eseguibili in altre strutture. Qualora il paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente, le stesse informazioni dovranno essere fornite alle persone di cui all'art. precedente.

Art. 7

Il paziente ha diritto alla segretezza del proprio "Status" di salute.

Art. 8

Il paziente ha il diritto di proporre reclami che devono essere sollecitamente esaminati e di essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.

I Doveri

Art. 1

Il paziente, quando accede nella Struttura è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento e di considerare il rispetto e la comprensione dei diritti degli altri pazienti ivi presenti, nonché con i Professionisti ed il Personale tutto.

Art. 2

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

Art. 3

È un dovere di ogni paziente rifiutare o rinunciare ad accertamenti diagnostici che reputasse incongrui, in tempo utile (massimo 2 ore dall'accettazione) al fine di evitare sprechi di tempo e risorse.

Art. 4

Il paziente è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno della Struttura come forma di rispetto verso sé stessi e per gli altri.

Art. 5

Chiunque usufruisca della Struttura è tenuto a rispettare gli orari stabiliti ed esposti sulla tabella all'ingresso della suddetta Struttura, salvo in casi in cui è stata fatta esplicita richiesta ed avvisato il personale per tempo.

Art. 6

Nella Struttura è severamente vietato fumare.

Art. 7

Il cittadino è tenuto, all'atto della Denuncia o Segnalazione di Irregolarità, Disfunzioni e Comportamenti riscontrati nel Centro, a produrre Motivata e Tangibile Documentazione, mediante Prove da depositare agli Atti dell'Istruttoria.

Art. 8

Il paziente impossibilitato a ricevere il trattamento per motivi personali è tenuto a dare congruo avviso alla Struttura.

Informazione e Privacy

Il diritto alla privacy viene garantito dalle modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali per i quali gli utenti rilasciano il loro consenso informato.

I dati relativi al trattamento di ciascuna persona presa in carico dalla Struttura vengono registrati sia su archivio informatico che su relativa Cartella Clinica, dove vengono riportati i dati anagrafici ed i risultati dei trattamenti; la responsabilità unica della gestione di tali documenti è del Responsabile Area Sanitaria.

Le Cartelle Cliniche sono archiviate sia digitalmente con sistema informatico presso la Struttura che cartacee in appositi contenitori, chiusi a chiave in armadio, la cui responsabilità è del Responsabile Area Sanitaria.

Le Cartelle Cliniche possono essere visionate dai pazienti (o dai tutor) tramite formale richiesta; eventuali copie di documenti ivi collezionati possono essere consegnate solo a seguito di richiesta scritta e consegnate unicamente ai diretti interessati in busta chiusa.

Modalità' di pubblicizzazione e diffusione della carta dei servizi

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

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

Piano di verifica e aggiornamento

La Carta dei servizi è verificata e, se necessario, aggiornata ogni anno in modo da valutare la qualità dell'informazione, mediante:

- partecipazione di referenti responsabili dell'aggiornamento delle informazioni;
- analisi reclami;
- le indagini di soddisfazione e i sistemi di ascolto ed il confronto;
- collaborazione con "Ala di Riserva ODV" Associazione di volontariato.

SEZIONE QUINTA

INDICAZIONI DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

SECONDO IL PIANO REGIONALE

Con Deliberazione N. 170 del 10 febbraio 2007, la Giunta Regionale della Regione Campania ha emanato il "*Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa (PRCTA)*", con l'obiettivo di garantire, mediante tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, il rispetto di fondamentali diritti alla persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Governo della domanda e criteri di priorità

All'allungamento dei tempi di attesa concorrono una molteplicità di fattori complessi, ma per una possibile soluzione del problema delle liste d'attesa bisogna intervenire per modificare l'attuale contesto organizzativo del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli interventi di modifica del contesto richiedono cambiamenti del sistema del governo della domanda e/o dell'offerta, mediante:

- Revisioni periodiche dell'attività prescrittiva, da parte dell'Ente competente;
- Governo clinico orientato alle liste di attesa, su cui deve incidere ogni Azienda adottando tutti gli strumenti per perseguire gli obiettivi di miglioramento.

Criteri di priorità di accesso

Per facilitare l'accesso ai servizi e per promuovere un sistema di gestione dell'offerta che tenga anche conto della gravità del bisogno, la nostra Struttura, come indicato dalla Regione Campania adotta il sistema della classificazione della domanda di prestazioni in base a criteri di priorità clinica. Nel sistema sanitario, infatti, la possibilità di attribuire a singoli utenti tempi di attesa diversi è determinante per l'efficacia e l'efficienza del sistema.

Suddetta procedura, nell'obiettivo di trasparenza e controllo delle liste d'attesa, è stata definita dalla Struttura, sulla base dell'indicazione della Regione Campania, al fine di attribuire al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza comprometterne la prognosi e la qualità della vita.

 <p>RECLAMI</p>	<p>All'interno di "Casa de Angelis" struttura psichiatrica residenziale sono disponibili il modulo per i reclami e suggerimenti e il modulo di questionario di gradimento per l'analisi della soddisfazione dell'Utente. Tali moduli sono scaricabili dal sito www.koinoncasadeangelis.it nonché messi a disposizione dei pazienti/familiari presso la Segreteria Amministrativa.</p>
	<p>La redazione della presente Carta dei Servizi è stata curata da Koinòn Coop. Soc. Onlus In collaborazione secondo il protocollo con l'associazione rappresentativa del collettivo dell'utenza: "Ala di Riserva ODV" Associazione di volontariato</p>
	<p>Orari di apertura "Casa de Angelis" è aperta tutto il giorno, tutti i giorni. La struttura rispetta i seguenti orari di apertura al pubblico: Orari di accesso per le visite dei familiari tutti i giorni dalle 11:00 alle 12:00 e dalle 18:00 alle 19:00. Orari per il rilascio di eventuali referti all'interessato o al familiare delegato dalle 11:00 alle 12:00 dal lunedì al venerdì</p>
	<p>Contatti telefono 0825/788316 fax 0825/788316 Sito web http://www.koinon.it/deangelis.htm e-mail koinon_onlus@inwind.it</p>