

CARTA DEI SERVIZI

PRECEDENTE REVISIONE EFFETTUATA IN DATA 24.07.2019
ULTIMA REVISIONE EFFETTUATA IN DATA 16.11.2021

matrice di revisione				
Rev.	Data	Oggetto	Redatto	Verificato e Approvato
4	16/11/2021	4 emissione	RQ	AU

Sommario

INTRODUZIONE.....	3
CAP. 1 VALORI DELL'ORGANIZZAZIONE	4
CAP.2 MISSION E VISION	5
CAP. 3 DIRITTI ED INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI	6
CAP. 4 POLITICHE E GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE	8
CAP. 5 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE	18
CAP. 6 LA DIMISSIONE	21
CAP. 7 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	25
CAP. 8 GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI.....	25
CAP. 9 COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI	26
CAP. 10 GESTIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	27
CAP.11 ATTIVITÀ E RISULTATI.....	29

INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

CAP. 1 VALORI DELL'ORGANIZZAZIONE

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

Uguaglianza: nel rispetto dell'Art. 3 della Costituzione, i servizi devono essere erogati secondo il principio d'uguaglianza dei diritti degli utenti. Villa Elisa si impegna a garantire ad ogni Utente il rispetto della dignità della persona ed uguaglianza di trattamento nell'erogazione dei servizi, senza distinzione di etnia, sesso, identità di genere, orientamento sessuale, nazionalità, religione, lingua ed opinioni politiche.

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

Continuità: Villa Elisa si impegna nell'erogazione dei servizi d'assistenza e cura alla persona continua, integrata, regolare e senza interruzioni.

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

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

Efficacia ed Efficienza: il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire efficacia ed efficienza. Villa Elisa, in quanto struttura accreditata, fa propri i suddetti principi verificando periodicamente il raggiungimento o meno degli obiettivi riabilitativi di ogni Utente e l'efficienza

attraverso la valutazione del miglior utilizzo delle risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

CAP.2 MISSION E VISION

La S.R.T.R. “Villa Elisa” è struttura autorizzata con DGR 389/94, provvisoriamente accreditata dalla Regione Lazio con DGR 146/2005 e definitivamente accreditata con Decreto Commissariale U0090/2010 e successive modificazioni. In data 12.03.2013 è stato notificato il Decreto del Commissario ad Acta n. U00085: “Provvedimento di conferma dell’autorizzazione all’esercizio e rilascio dell’accreditamento istituzionale definitivo in favore del presidio sanitario S.R.T.R. Estensiva Villa Elisa, gestito dalla Società “3D di Rischia Mariella e Maugliani Elisa S.n.c.” (P.IVA 01856791007), con sede in Via Tiburtina Valeria, 258 – 00012 Setteville di Guidonia (RM).”

La SRTRe “Villa Elisa” opera dal 1994 come struttura terapeutica e riabilitativa per persone con problematiche psichiatriche, con l’obiettivo di migliorare la qualità della loro vita attraverso una presa in carico globale da parte della nostra équipe multidisciplinare.

2.1 Mission

La *mission* di Villa Elisa, coerentemente con il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 Novembre 1999), è *migliorare la qualità della vita* dei soggetti con disturbi psichici attraverso l’accoglienza presso le Strutture Estensive.

Villa Elisa raccoglie pazienti psichiatriche, in accordo con il CSM di competenza territoriale, che abbiano un’età compresa tra i 18 ed i 64 anni.

L’inserimento del paziente nella SRTR viene realizzato seguendo le indicazioni della normativa vigente (DCA 188 del 14 maggio 2015), al fine di poter offrire una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, ad un corretto rapporto con gli enti erogatori accreditati. L’intervento viene realizzato attraverso la formulazione di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRP) coerente con il progetto terapeutico individualizzato (PTI) formulato dal Servizio inviante, integrato con l’apporto dell’équipe multidisciplinare, dell’utente stesso e dei familiari ove presenti. La realizzazione del progetto si attua, dunque, attraverso il coinvolgimento dell’utente in attività terapeutico-riabilitative individuali e/o di gruppo, all’interno e/o all’esterno della struttura. Il raggiungimento degli obiettivi concordati nel progetto individuale sono oggetto di valutazione e

verifica periodica (a breve, medio e lungo termine). La presa in carico avviene previo consenso volontario dell'utente, ovvero talvolta su ordinanza da parte dei tribunali. L'obiettivo finale è la salute e benessere del soggetto, la riduzione del livello assistenziale attraverso il rientro a casa, una condizione abitativa autonoma e/o inserimento in una struttura a minore livello assistenziale.

2.2 La vision

La *vision* aziendale si esplicita nel ricercare e promuovere integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute mentale, in un'ottica di uguali opportunità e di propensione continua al miglioramento delle prestazioni e dei risultati; sviluppare e qualificare il capitale professionale degli operatori e sostenere il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza ed in linea con quanto previsto dalla conferenza delle regioni e delle province autonome 13/054/CR7A/C7 in merito alle strutture residenziali. L'organizzazione del lavoro, pertanto, presso le SRTR Villa Elisa si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali la struttura si impegna per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati. In coerenza con quanto sopra esposto, la SRTR Villa Elisa si propone di:

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

CAP. 3 DIRITTI ED INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI

I diritti del paziente relativamente al rispetto della dignità umana, all'informazione, al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla tutela della privacy sono una priorità per la nostra

struttura, la quale adotta una Carta dei Diritti del Paziente. Tutti gli operatori sono informati sull'esistenza della Carta dei Diritti del Paziente e sono tenuti a prenderne visione attraverso i regolamenti interni alla comunità e/o la modulistica di servizio; nelle riunioni il personale viene formato circa le modalità operative per garantire il rispetto dei diritti dei pazienti, e nell'attività di autovalutazione è contemplato tale ambito. I pazienti, all'ingresso in comunità, vengono informati circa l'esistenza di tale carta e nelle schede di accettazione sottoscrivono consapevolmente diritti e doveri in relazione alla loro permanenza in comunità. In particolare, l'organizzazione tiene conto dei valori e delle abitudini dei pazienti, al bisogno offre la possibilità di scelta dei pasti nel rispetto del credo religioso e viene prestata la dovuta assistenza religiosa. Sono ridotte le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possano ostacolare l'accesso alla comunità ed i pazienti che si trovino in situazioni di fragilità, anche temporanea, vengono tutelati attraverso la loro individuazione precoce ed adeguati interventi di supporto; tale lavoro è reso possibile grazie al continuo confronto che si attua nelle riunioni d'équipe ed a scelte di intervento personalizzate condivise con la molteplicità dei soggetti coinvolti, ivi incluse eventuali organizzazioni di volontariato o l'intervento, laddove necessario, del servizio sociale. Al suo ingresso in comunità, il paziente viene accolto e gli viene assegnato un *tutor* o "operatore di riferimento", che lo seguirà in tutto il suo percorso comunitario, ed al quale potrà rivolgersi preferenzialmente in caso di necessità di ordine quotidiano. Parallelamente, gli viene assegnato uno psicoterapeuta che lo seguirà individualmente nel percorso di psicoterapia individuale. Tutti i pazienti sono seguiti dal medico specialista psichiatra della struttura. Viene informato sul suo stato di salute e sui possibili interventi e decorsi clinici; sottoscrive il consenso informato al trattamento dei suoi dati personali e sensibili; riceve informazioni scritte circa l'esistenza di organi di tutela dei pazienti, come ad esempio il Tribunale dei Diritti del Malato, o l'eventuale presenza di associazioni di volontariato attive nella struttura. Successivamente viene inserito nei gruppi terapeutici e riabilitativi e con gradualità in tutte le altre attività della comunità, sulla base delle proprie inclinazioni, dei propri tempi e delle proprie risorse.

La comunità garantisce, inoltre, che il personale esponga il proprio cartellino identificativo con le qualifiche professionali e che i nominativi dei responsabili dell'assistenza medica e dei coordinatori siano consultabili sul sito internet aziendale.

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

CAP. 4 POLITICHE E GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE

La comunità “Villa Elisa” è una Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa (SRTR) per trattamenti comunitari estensivi; è, dunque, una struttura sanitaria di tipo comunitario per il trattamento volontario globale –psichiatrico, psicoterapeutico, psicofarmacologico, relazionale, sociale – di pazienti, con disturbi in fase di sub-acuzie, non trattabili a domicilio, che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero e che necessitano di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale; la comunità, quale mediatore della relazione terapeutica, ha la finalità di far superare la fase di sub-acuzie e di favorire l’acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale. Viene garantita un’assistenza 24 ore/24 e la permanenza massima è orientativamente di 2 anni, con successivo reinserimento nell’abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minor impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa.

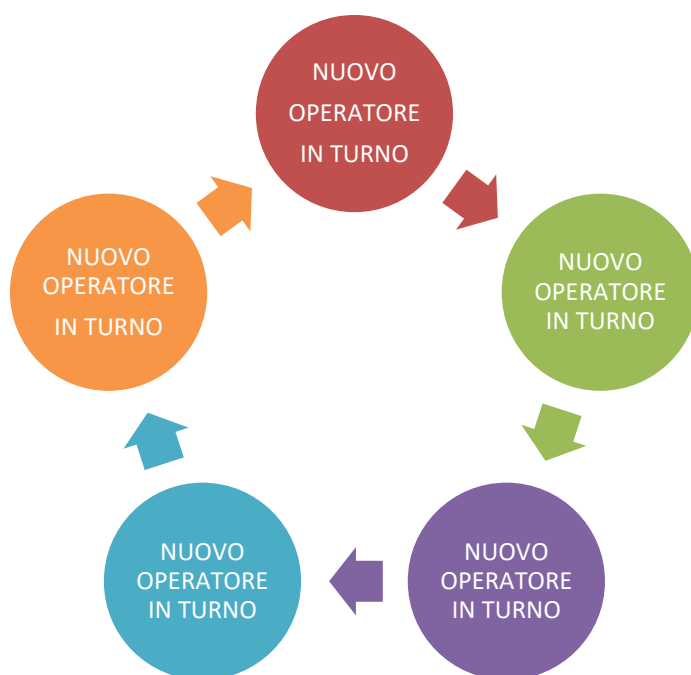
Si costruisce e condivide, dunque, il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato in accordo con l’interessato, con la famiglia, qualora presente, ed il Servizio Inviante, che resta comunque parte attiva nel raggiungimento degli obiettivi iniziali, intermedi e finali. Periodicamente l’équipe provvede alla valutazione, attraverso verifiche strutturate e/o standardizzate, dell’andamento del progetto e, se necessario, procede all’eventuale rimodulazione. Almeno ogni tre mesi viene effettuato un confronto con il Servizio Inviante, attraverso incontri organizzati, relazioni periodiche o contatti volti a monitorare congiuntamente l’andamento del progetto. La cura di sé e dei propri spazi, sono oggetto quotidiano di attenzione del lavoro educativo e riabilitativo.

Le attività terapeutiche (colloqui psichiatrici, psicoterapie individuali a cadenza settimanale e psicoterapie di gruppo a cadenza quotidiana) vengono svolte all’interno della struttura, mentre le attività riabilitative vengono svolte sia all’interno della struttura attraverso gruppi e laboratori, sia all’esterno della struttura, provvedendo soprattutto alla costruzione di una rete intorno alla persona, in grado di supportare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi. Vengono inoltre svolti interventi in ambito sociale attraverso il lavoro di rete con i servizi territoriali, il terzo settore ed enti di volontariato, promuovono inserimenti lavorativi in cooperative di tipo B, borse lavoro, tirocini formativi, corsi di informatica, ecc. Queste rappresentano un aspetto importante del lavoro svolto

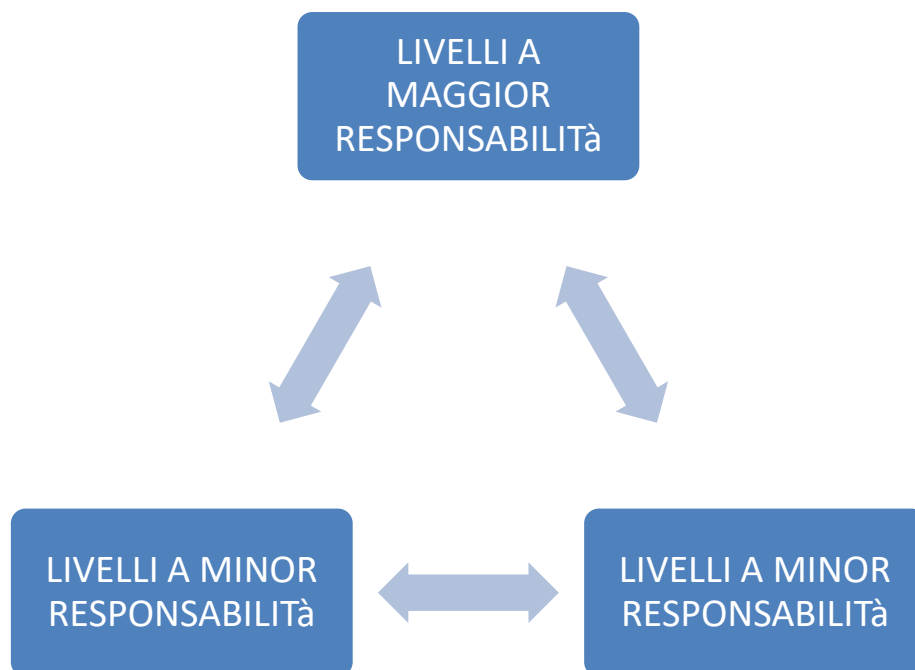
presso la S.R.T.R.. Vengono promosse e sostenute attività di socializzazione, basate sulla creazione di rapporti sociali, ricchi di scambi relazionali e comunicativi. Nel dettaglio si realizzano iniziative culturali, sociali e sportive nell'ambito del territorio, rivolte sia al gruppo, sia al singolo rispetto al proprio percorso individuale. Tra le attività previste si organizzano: visite a musei, mostre, manifestazioni culturali in generale ed, in particolare, si promuove la partecipazione a quelle organizzate dal territorio di appartenenza. Il ricorso all'attività sportiva è sempre proposto e incentivato.

Il lavoro con le famiglie ha lo scopo di mantenere e/o ricostruire i rapporti con le figure affettive di riferimento del paziente stesso, attraverso periodici incontri diretti e/o telefonici. A cadenza mensile si svolge il Gruppo Multifamiliare.

Sono previste riunioni di équipe finalizzate alla cura della comunicazione tra gli operatori e i responsabili della struttura, utili ad una efficiente rimodulazione delle strategie riabilitative da perseguire, come pure incontri dell'intero staff a carattere formativo. Il funzionamento dell'équipe è di tipo gerarchico e circolare, con feedback bidirezionale rispetto ai processi comunicativi; il passaggio delle informazioni avviene principalmente in sede di riunione d'équipe, con modalità sia ascendente che discendente, e circolare fra tutti gli operatori. Vengono adeguatamente informati, ad ogni inizio turno, tutti gli operatori rispetto alla situazione generale dei pazienti ed eventuali necessità o urgenze. Ciascuno è tenuto a leggere con attenzione il quaderno delle consegne all'inizio del proprio turno lavorativo; l'operatore uscente è tenuto a registrare per iscritto gli eventi più significativi avvenuti durante il proprio turno nel libro delle consegne, oltre che darne comunicazione verbale all'operatore che subentra.

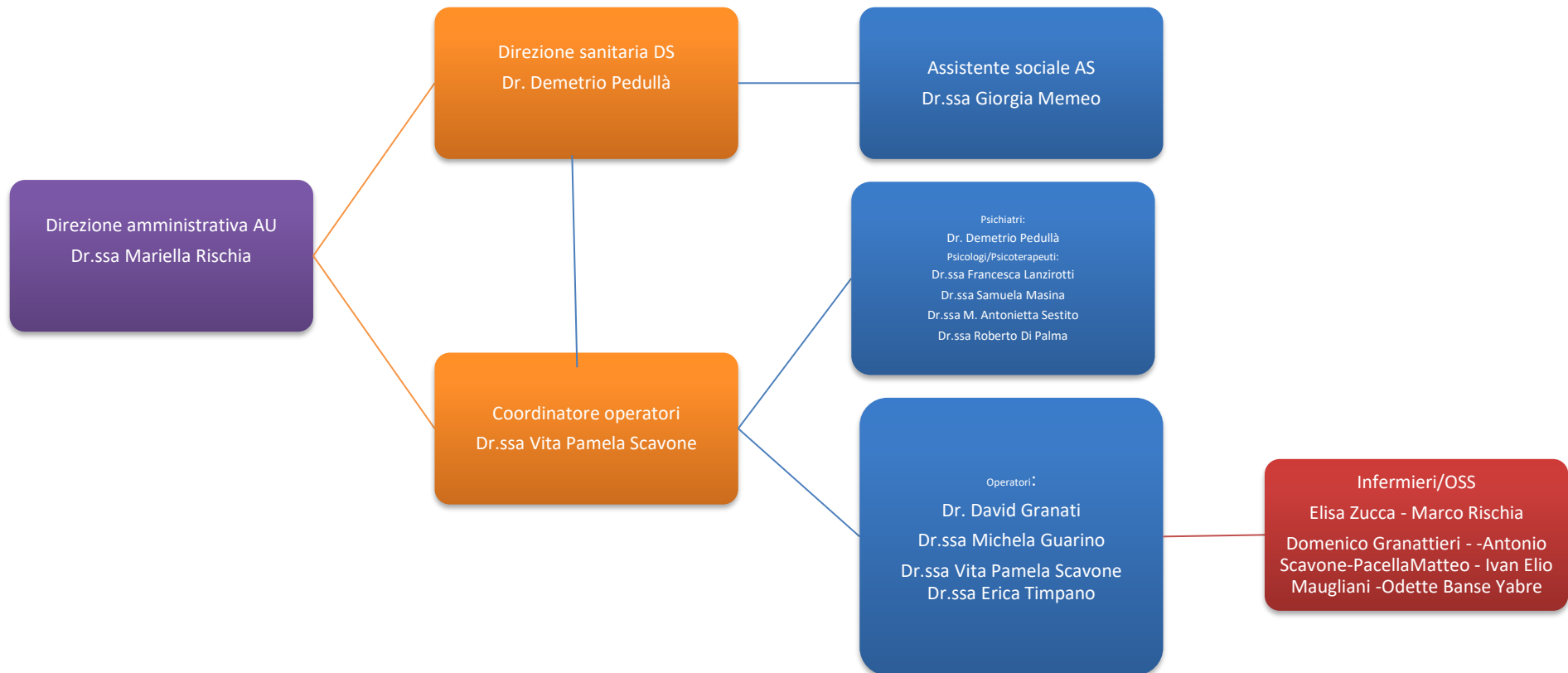


Ciascun operatore è tenuto a ricoprire le proprie presenze concordate, senza mai lasciare gli utenti incustoditi; qualora si verificassero ritardi o assenze nei cambio-turni, l'operatore smontante è tenuto ad aspettare comunque il proprio cambio, così da garantire la continuità assistenziale, segnalando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



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

L'organigramma è il seguente, per il numero al completo di posti letto autorizzati (17):



Ruoli e funzioni dell'équipe sono definiti anche nei regolamenti interni alla struttura.

Medico Chirurgo Specialista Psichiatra/ Responsabile Sanitario:

Si occupa della direzione e coordinamento dell'équipe clinica, della valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti, del monitoraggio delle farmacoterapie.

Svolge attività di selezione e formazione di tutto il personale

Svolge funzioni di indirizzo e coordinamento, operative di supporto, attività di vigilanza e funzioni istruttorie, così come previsto dalla normativa vigente.

Tali funzioni comprendono, tra le altre cose, le seguenti: direzione e coordinamento dei servizi sanitari ai fini igienico-organizzativi (tutela e sorveglianza dell'igiene ambientale, gestione dei rifiuti, prevenzione delle infezioni, etc.); vigilanza e cura della tenuta dell'archivio sanitario e della relativa conservazione; rilascio agli aventi diritto di copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente; vigilanza sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari; vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro; vigilanza sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta di magazzino dei medicinali e dei prodotti terapeutici; responsabilità della farmacovigilanza.

In qualità di psichiatra, effettua colloqui clinici, prescrive la terapia farmacologica ed indica gli eventuali cambiamenti in relazione allo stato clinico.

Valuta le richieste di inserimento ed effettua i primi colloqui di conoscenza del paziente, presiede agli incontri periodici con i CSM invianti, firma le relazioni periodiche e la documentazione in uscita dalla struttura.

Assolve alle funzioni mediche di accettazione e dimissione dei pazienti, nonchè al loro inserimento in lista d'attesa.

Verifica il regolare svolgimento delle attività terapeutico-riabilitative e ne valuta l'andamento, cura il clima di lavoro ed è di supporto al personale nella gestione del rapporto con pazienti e colleghi.

Gli Psicologi/Psicoterapeuti

Si distinguono psicoterapeuti con ruoli e funzioni diverse:

Responsabile del rapporto con le famiglie: è il principale punto di riferimento dei familiari dal momento dell'ingresso del paziente in poi, per tutto il percorso di cura. Al momento dell'ingresso del paziente in comunità raccoglie, con l'ausilio dei familiari, le notizie anamnestiche. Fornisce spazi di accoglienza anche telefonica, contatta, se necessario, le famiglie a nome dell'intera équipe, segue il lavoro con le famiglie con incontri singoli di supporto al percorso comunitario a cadenza trimestrale e conduce il gruppo multifamiliare, a cadenza mensile, con la partecipazione di tutti i pazienti e dei loro familiari contemporaneamente. Partecipa alle riunioni cliniche e di équipe così da condividere con tutto lo staff. E' il Care Manager di struttura relativamente ai rapporti con le famiglie.

Psicoterapeuti individuali/di gruppo: si occupano della gestione degli aspetti clinici relativi ai singoli pazienti attraverso colloqui individuali di psicoterapia e gruppi strutturati a valenza psicoterapeutica. Si occupano della valutazione clinica di ciascun paziente attraverso la somministrazione cadenzata di test di etero-somministrazione, della lettura e della condivisione dei risultati dei questionari di soddisfazione degli utenti, del personale e delle famiglie.

In generale, possono svolgere ruoli di responsabilità in vari ambiti e, in assenza del responsabile sanitario, svolgono funzioni di indirizzo e coordinamento del resto dell'èquipe durante le ore di servizio.

L'Assistente Sociale si occupa dei processi di reinserimento sociale, attivazioni di opportunità sociali e promozione dell'integrazione con la rete delle risorse disponibili sul territorio; fa segretariato sociale ed è un'interfaccia cruciale fra i diversi servizi coinvolti nel progetto individualizzato di ciascun paziente. Può presiedere agli incontri con i CSM inviati. Si occupa delle convenzioni con enti esterni quali tirocini per scuole di specializzazione o accordi con servizi ed enti pubblici e privati di varia natura.

I Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, gli Educatori ed i Tecnici della Psicologia sono l'Io Ausiliario del paziente nell'arco della giornata e lo accompagnano nel potenziamento delle proprie autonomie ed abilità, attraverso la condivisione della quotidianità e mediante attività strutturate (esempio, laboratori, gruppi, ecc.) a valenza socio-riabilitativa, con utilizzo di relativi strumenti di osservazione e valutazione dei miglioramenti *in itinere*. Ciascun operatore è tenuto a presentare formale progetto per le proprie attività, con indicazione di obiettivi, tempi, costi e modalità.

Gli operatori accompagnano i pazienti nelle uscite sul territorio, promuovono gite, escursioni, attività sportiva.

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

L'operatore di riferimento effettua colloqui quindicinali di monitoraggio dell'andamento del percorso riabilitativo e produce relazioni trimestrali di progetto riabilitativo.

Gli Operatori Socio Sanitari (OSS) in accordo con quanto stabilito nel progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato e con le decisioni prese in equipe, sostengono e stimolano il paziente nel quotidiano, accompagnandolo nell'acquisizione di una graduale autonomia, dei seguenti aspetti:

Cura di sé e degli spazi vitali; igiene dell'unità di vita del paziente (comodino, letto, apparecchiature e bagni); preparazione dell'ambiente e del paziente per il pasto ed aiuto nella distribuzione ed assunzione del cibo;

Riordino del materiale e igiene del paziente dopo i pasti; cambio della biancheria; riordino ed igienizzazione degli spazi comuni; comunicazione al personale di eventi osservati durante lo svolgimento della propria attività che potrebbero ripercuotersi negativamente sul paziente e sul suo ambiente. All'interno della comunità si occupano inoltre di: pulizia e manutenzione di utensili, apparecchiature, presidi ed ambienti utilizzati nello svolgimento delle attività assistenziali dai pazienti e dal personale della Struttura (secondo i piani di lavoro stabiliti dalla Direzione)

Gli Infermieri si occupano della corretta conservazione e preparazione dei farmaci prescritti in terapia e in cartella, di eventuali terapie al bisogno, delle primarie esigenze di carattere fisico dei pazienti, collaborando sia con lo psichiatra responsabile della comunità che con il medico di medicina generale. Nello specifico, si occupano sotto indicazione medica del rilevamento dei parametri vitali (da segnalare su apposito registro): peso corporeo; pressione arteriosa e frequenza cardiaca; stick per la glicemia; temperatura corporea, somministrazione di terapie depot. Registrazione dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione. Custodia delle apparecchiature e delle dotazioni di reparto. Somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti curativi disposti dal medico, ovvero vigilanza se farmaci presi in autosomministrazione assistita. Sorveglianza e somministrazione delle diete. Effettuazione degli esami di laboratorio più semplici. Raccolta, conservazione ed invio in

laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche. Disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza diretta al paziente. Interventi d'urgenza (respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico. Medicazioni e bendaggi. Clisteri evacuanti.

Si occupa delle somministrazioni farmacologiche collaborando sia con la Psichiatra Responsabile della struttura terapeutico-riabilitativa, sia con il Medico di Base; si occupa della prenotazione delle analisi cliniche e visite mediche a cui a pazienti vengono sottoposti periodicamente. Si reca presso presidi sanitari esterni, qualora i pazienti necessitano di accompagnamento per visite mediche specialistiche. Registra la scadenza e la giacenza dei medicinali presenti nel magazzino e dei disinfettanti; sorveglia sulla loro custodia e distruzione.

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

L'organigramma è strutturato sulla base della normativa vigente e il numero di personale impiegato è proporzionale al numero dei pazienti ospiti. Nello specifico, la SRTR Villa Elisa è autorizzata per 17 posti letto. I processi decisionali prevedono decisioni prese per responsabilità diretta, dietro confronto con le parti interessate dell'équipe laddove possibile, e nel rispetto dei livelli sovraordinati. Ruoli, funzioni e responsabilità dell'équipe descritti di seguito.

MATRICE delle RESPONSABILITÀ

ATTORI - AZIONI	ACCOGLIENZA	TRATTAMENTI	DIMISSIONI	PROPOSTA RICOVERO
DIRETTORE SANITARIO	R	R	R	R
PSICOLOGI	C	R	C	C
ASSISTENTE SOCIALE	C	R	C	C
INFERMIERE	C	R	C	C

TECNICI RIABILITAZIONE	C	R	C	C
O.S.S.	C	C	C	C

R: RESPONSABILE C: CORRESPONSABILE

I farmaci di ogni paziente sono custoditi in medicheria, all'interno di un armadio chiuso a chiave, suddivisi per appartenenza. La somministrazione della terapia farmacologica è affidata all'infermiere o all'operatore in turno, nella forma dell'auto-somministrazione assistita. Gli obiettivi, le politiche e le attività della Struttura sono pianificati in coerenza con le politiche dei livelli istituzionali sovraordinati (ASL, Regione), e sono sottoposti a verifica ed aggiornamento periodico, almeno annuale. Il modello organizzativo è improntato ai criteri della flessibilità organizzativo-gestionale, dell'integrazione fra competenze diverse, della condivisione delle risorse e dell'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza. La nostra struttura definisce gli obiettivi nell'ottica di garantire, quanto più possibile, l'uniformità di accesso ai servizi, la qualità tecnica degli interventi assistenziali, la qualità organizzativa, la sicurezza degli operatori e degli utenti, la valorizzazione professionale, i diritti e la soddisfazione degli utenti. La struttura garantisce, inoltre, che gli obiettivi siano formulati con l'apporto dei responsabili delle strutture organizzative, mediante il coinvolgimento più ampio possibile del personale e che i tempi per il loro raggiungimento e quelli per la verifica siano negoziati con i responsabili di tutte le strutture coinvolte e, laddove previsto, concertati con le istituzioni locali, definiti attraverso la consultazione delle organizzazioni sindacali, delle rappresentanze degli utenti e degli organismi di volontariato interessati.

Accesso ai servizi

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

Le richieste di inserimento in Lista di Attesa sono attive il mattino (10.00-13.00) e pomeriggio (14.00-18.00), dal lunedì al venerdì.

Le richieste sono accolte dal Direttore Sanitario della struttura ed inserite in Lista di Attesa e rese pubbliche attraverso il sistema informativo della Regione Lazio (SIPC). L'attestazione di avvenuto inserimento in Lista di Attesa (Allegato 5 del DCA U00188/2015) riporterà data, ora e posizione occupata in lista dal paziente. la suddetta attestazione sarà trasmessa al Servizio di Riferimento ed una validità di sei mesi.

Costi

La tariffa giornaliera, pari ad euro 129,00 onnicomprensivi, come previsto per le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi.

Servizi Offerti

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

CAP. 5 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

L'assistenza viene erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi e tutte le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale. La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente e gli interventi sono pianificati sulla base di una valutazione iniziale delle condizioni e dei bisogni del paziente.

5.1 I processi di accettazione

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

1. Il Centro di Salute Mentale, di pertinenza territoriale, dopo aver proceduto all'assessment dei bisogni dell'utente, definisce il PTI (Progetto Terapeutico Individualizzato) contenente gli obiettivi dell'inserimento in una struttura residenziale;
2. Il Centro di Salute Mentale presenta richiesta di idoneità alla U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare), del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di competenza territoriale, per la tipologia assistenziale individuata;
3. L'U.V.M. provvede alla **valutazione e certificazione dell'idoneità** per la tipologia assistenziale individuata (DCA U00188/2015-All.3) e rilascia apposita ricevuta;
4. La struttura ricevuta l'idoneità da parte dell'UVM provvede alla registrazione nel portale web del sistema informativo SIPC, Regione Lazio. Terminata la registrazione, invia **attestazione di inserimento in Lista di Attesa** al Servizio di Riferimento del paziente contenente data, ora e posizione della domanda al momento della registrazione;
5. Il paziente, individuato il livello assistenziale da parte delle strutture preposte, può scegliere la struttura che ritiene più adeguata per sé;

6. La struttura comunica, con almeno dieci giorni lavorativi di anticipo, al DSM curante la diponibilità all'ammissione del paziente in testa alla Lista di Attesa. Dalla comunicazione della struttura, il paziente avrà 48 ore per confermare la propria disponibilità al ricovero. In caso di rinuncia, il paziente, qualora decidesse di mantenere comunque la scelta della struttura, potrà essere inserito nuovamente in Lista di Attesa slittando in coda alla stessa. In caso di accettazione, si procede all'inserimento del paziente nella struttura;
7. L'idoneità, il PTI e l'impegnativa di ricovero va trasmessa all'Amministrazione per le pratiche di competenza, oltre che essere conservata nella cartella clinica del paziente;
8. Il paziente arriva in struttura in maniera autonoma, accompagnato dai familiari, accompagnato dai sanitari inviati, dalla struttura ospitante o dagli operatori della nostra struttura;
9. All'ingresso il paziente e/o il tutore, qualora interdetto:
 - a. Effettua colloquio di accoglienza per valutarne lo status psicologico (riportato in cartella clinica dallo Psichiatra Responsabile)
 - b. Sottoscrive per presa conoscenza ed accettazione carta dei diritti e dei doveri del paziente ricoverato nelle strutture residenziali extra-ospedaliere; se il paziente è interdetto la sottoscrizione deve essere effettuata dal tutore;
 - c. Sottoscrive nota informativa raccolta dei dati e del consenso del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679 e del DGPR UE n. 679/2016
 - d. Sottoscrive il Consenso informato al trattamento nelle strutture residenziali terapeutico-riabilitative;
 - e. Prosegue terapia farmacologica in corso ove presente.

5.2 Il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

I progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati prevedono obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il raggiungimento degli obiettivi è valutato attraverso adeguati strumenti e scale psicometriche, ivi inclusi test e questionari auto ed etero somministrati. È prevista una valutazione della condizione del paziente in fase iniziale, al momento dell'accoglienza, cadenza trimestrale, semestrale ed annuale. La suddetta valutazione permette all'équipe sia l'obiettiva rilevazione dei cambiamenti del quadro clinico generale e delle specifiche aree, sia un eventuale rimodulazione degli obiettivi terapeutico-riabilitativi formulati in fase iniziale. Almeno ogni tre mesi viene effettuato un confronto con il Servizio Inviante, attraverso incontri organizzati, relazioni periodiche o contatti volti a monitorare congiuntamente l'andamento del percorso residenziale.

5.2.1 Il lavoro con le famiglie e di rete

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

Il lavoro con le famiglie si realizza attraverso: incontri programmati di sostegno familiare, volti a supportare il percorso terapeutico-riabilitativo; contatti telefonici e visite domiciliari programmate, laddove vi sia l'impossibilità da parte dei familiari di recarsi presso la struttura. Con cadenza mensile viene effettuato il Gruppo Multifamiliare.

5.2.2 La farmacoterapia

La farmacoterapia orale viene effettuata mediante auto-somministrazione assistita, dietro prescrizione del medico psichiatra della struttura. La terapia intramuscolo viene effettuata dal medico psichiatra o dall'infermiere.

5.2.3 le attività terapeutico-riabilitative

L'intervento è realizzato previa formulazione del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato individualizzato e prevede attività che mirano al miglioramento delle seguenti aree: clinico-psichiatrica, riabilitativa, di risocializzazione e del coordinamento come di seguito elencato:

- Cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- Interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, riabilitativo, ludico o motorio, in sede o fuori sede;
- Specifici interventi ed attività psicosociali (ad esempio, corsi organizzati anche all'esterno della struttura);
- Attività di sostegno psicologico individuali, familiari e di gruppo;
- Attività di psicoterapia individuale e di gruppo;
- Attività psicoeducative individuali, di gruppo e della famiglia;
- Partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede ed autonome raccordate con la rete sociale;
- Altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, terapia farmacologica, riunioni periodiche con i servizi invianti e ridefinizione del progetto individuale concordato in fase iniziale;

- In generale, il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato individuale mirerà alla stabilizzazione e monitoraggio del trattamento farmacologico, al recupero delle competenze personali e sociali.

5.2.4 Organizzazione della giornata e delle attività

- Ore 7.30: sveglia
- Ore 8.15-8.45 colazione
- Ore 8.45-9.00 terapia
- Ore 9.00-9.30: riordino stanze e cura di sé
- Ore 9.30-9.45: gruppo buongiorno e rassegna stampa
- Ore 10.00-11.00: uscite libere sul territorio
- Ore 11.15-12.00: gruppo terapeutico
- Ore 12.15-13.15: pranzo, riordino e terapia
- Ore 13.15-15.00: riposo-spazio autogestito
- Ore 15.00: ritrovo caffè
- Ore 15.20-15.50: uscite libere sul territorio
- Ore 16.00-17.00: gruppo riabilitativo/laboratori/assemblea
- Ore 17.00-19.00: spazio autogestito con possibilità di uscite sul territorio
- Ore 19.15- 20.00: cena, riordino e gruppo buona notte
- Ore 20.15: terapia serale
- Ore 21.00-21.20: momento relax con possibilità di tisane.

CAP. 6 LA DIMISSIONE

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

A. Dimissione per raggiungimento degli obiettivi:

1. Il paziente in fase conclusiva del percorso residenziale procederà ad graduale inserimento nel nuovo contesto: struttura a minore intensità assistenziale, gruppo appartamento, rientro in famiglia e condizione abitativa autonoma;
2. La dimissione deve essere concordata con il paziente, il servizio inviante, i familiari, oltre che con l'intera équipe della struttura anche attraverso protocolli, in cui vengono definiti tempi, modalità e compiti da svolgere per sostenere il paziente;

3. L'équipe ed il paziente, nei mesi che precedono la dimissione, lavoreranno affinché possa essere costruita una rete di sostegno che lo supporti nel nuovo contesto;
4. Effettuerà più visite finalizzate a familiarizzare con il nuovo ambiente e con le persone che lo sosterranno fuori dalla struttura;
5. Tutti i servizi coinvolti lavoreranno congiuntamente per favorire l'articolazione di risorse adeguate nel nuovo contesto abitativo, come ad esempio un lavoro o la partecipazione a gruppi di sostegno sociale, oppure l'eventuale presenza di assistenza domiciliare e farmacoterapia ambulatoriale, o altro;
6. Nell'ottica della continuità assistenziale vengono favoriti i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti socio-riabilitativi individualizzati, in integrazione con le azioni del CSM, ed all'occorrenza vengono attivati specifici protocolli;
7. In caso di contatti con i datori di lavoro dei pazienti, vengono attivati ulteriori protocolli per il sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo, sempre in integrazione con le azioni del CSM.
8. Lo status alla dimissione sarà riportato in cartella clinica dal Direttore Sanitario, Medico Responsabile;
9. Il Direttore Sanitario comunicherà in maniera formale l'avvenuta dimissione alla ASL di competenza;
10. I documenti inviati alla ASL saranno protocollati in apposito registro conservato nell'ufficio della direzione e saranno accessibili agli operatori coinvolti;
11. Il paziente alla dimissione, inoltre, riceve, su richiesta scritta, copia della propria documentazione sanitaria.

B. Dimissione per interruzione volontaria del programma:

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

1. In fase di accoglienza, il paziente viene informato dal Direttore Sanitario attraverso il "consenso informato al trattamento nelle strutture socio-riabilitative" della possibilità di interrompere in qualsiasi momento il trattamento. Al paziente viene richiesto un preavviso di almeno tre giorni, finalizzato alla sintesi del lavoro svolto ed una buona separazione dell'équipe ed ospiti della struttura;

2. Manifestata una simile intenzione, il Direttore Sanitario avvisa nell'immediato, e/o appena possibile i familiari, laddove presenti, ed il Servizio Inviante;
3. Alla dimissione, il paziente torna in carico al Centro di Salute Mentale territorialmente competente e riceve, su richiesta scritta, copia della propria documentazione sanitaria;
4. Lo status alla dimissione sarà riportato in cartella clinica dal Direttore Sanitario, Medico Responsabile;
5. Il Direttore Sanitario comunicherà in maniera formale l'avvenuta dimissione alla ASL di competenza;
6. I documenti inviati alla ASL saranno protocollati in apposito registro conservato nella sala colloqui e accessibile a tutti gli operatori.

C. Dimissione anticipata da parte della struttura

La struttura, in qualunque momento, potrà interrompere il trattamento per necessità e/o inadempimenti, quali esigenze relative all'efficacia del trattamento, oppure per il non rispetto protratto o grave da parte del paziente dei propri doveri nella struttura e di cui il paziente prende visione, sottoscrivendola per accettazione, all'ingresso attraverso "la carta dei diritti e doveri del paziente nelle strutture socio-riabilitative":

Dovere di rispettare gli altri utenti ed il personale della struttura;

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

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

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

1. Il Direttore Sanitario avvisa il CSM di appartenenza, i familiari del paziente e tutte le istituzioni coinvolte nel progetto;
2. Seguirà riunione tra le l'équipe curante ed il CSM per concordare l'intervento più opportuno in favore del paziente;
3. L'équipe curante dovrà motivare attraverso documentazione scritta/relazione la necessità di interrompere il trattamento;
4. Il CSM referente si fa carico della richiesta effettuata dalla struttura e provvede ad individuare una collocazione più adatta per il paziente;
5. Il paziente rimane in carico alla SRTR fino all'avvenuta collocazione in una nuova struttura.

6.1 Richiesta Cartella Clinica

Il paziente all'atto della dimissione può richiedere copia della cartella clinica seguendo la procedura ivi riportata:

- La richiesta scritta per ricevere copia della propria documentazione sanitaria deve essere firmata dal paziente o, in caso di interdizione, dal tutore;
- Alla richiesta allegare copia di un documento di identità in corso di validità;
- Consegna al paziente della documentazione sanitaria richiesta;
- Foglio dimissione in cui viene dichiarato lo status alla dimissione;
 - a. Le attività effettuate durante il percorso socio-riabilitativo;
 - b. La terapia farmacologica a cui effettuata firmata e datata dal Direttore Sanitario e/o Medico Responsabile;
 - c. Il paziente sottoscrive al momento della dimissione l'elenco degli effetti personali consegnati dagli operatori della struttura e custoditi dagli stessi.

CAP. 7 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Le risorse umane sono gestite sulla base delle esigenze di servizio e di specifiche modalità organizzative indicate nei regolamenti interni e le attività di formazione sono strutturate e permanenti. La struttura ha definito modalità per l'inserimento del personale di nuova acquisizione, che tengono conto delle necessità di affiancamento; ha definito inoltre modalità per la valutazione della idoneità al ruolo. In particolare ciascun operatore dovrà superare un primo colloquio di valutazione ed effettuare un periodo di prova in affiancamento, così da poter valutare reciprocamente, struttura ed operatore, il grado di compatibilità con il ruolo da ricoprire ed acquisire una prima necessaria conoscenza dei colleghi e degli utenti accolti presso la struttura. Al termine del periodo di affiancamento verrà effettuato un secondo colloquio, con restituzione reciproca degli esiti della prova.

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

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

CAP. 8 GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI

L'acquisizione delle risorse tecnologiche e strumentali è basata quanto più possibile su programmazione, valutazione e modalità predefinite per gli acquisti. L'utilizzo delle risorse tecnologiche quali computer, stampanti, fax, TV, ecc. di nuova acquisizione è preceduto da adeguata formazione sul corretto utilizzo. Per il nostro lavoro adoperiamo quotidianamente strumentazione informatica ed esiste un referente del parco tecnologico. Il Referente del Parco Tecnologico si occupa della manutenzione preventiva con relativa data di attuazione della data di esecuzione dei lavori.

Nello specifico per le nostre strutture è importante effettuare un back-up del computer, pulizia vetro e testine della stampante, verificare sempre la presenza di toner e cartucce stampante e fax, il corretto funzionamento di batterie telefoniche per telefoni cellulari e cordless. Gli interventi proposti nelle SRTR sono prevalentemente di natura relazionale, pertanto, il ricorso ad apparecchiature tecnologiche specifiche è molto scarso. Di maggiore utilizzo sono i più diffusi programmi informatici, internet, test informatizzati, questionari e schede di valutazione, ed una conservazione e gestione dei documenti sanitari in veste informatica. La struttura assicura che tutto il personale definisce l'adeguatezza delle risorse strumentali ed i nuovi acquisti.

CAP. 9 COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

Villa Elisa garantisce una comunicazione efficace con i cittadini mediante l'utilizzo di fogli informativi, guida dei servizi, brochure che forniscono informazioni complete e dettagliate sulla nostra struttura.

9.1 Carta dei Servizi e Guida ai Servizi

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

La Guida ai Servizi contiene informazioni relative a:

- sede e recapiti della struttura;
- orari e modalità di accesso;
- prestazioni erogate;
- tempi di attesa ed eventuali oneri a carico dell'utente.

La Carta dei Servizi e la Guida ai Servizi sono aggiornate annualmente e sono portate a conoscenza dei diversi soggetti interessati, sia interni che esterni. Il programma di attuazione della Carta dei Servizi prevede meccanismi di tutela del cittadino e di verifica degli impegni assunti.

9.2 Sistema informatizzato

E' attivo un Sistema Informatizzato per la comunicazione con le strutture organizzative sovraordinate (Asl, CSM, Regione). Mensilmente, l'Amministrazione trasmette, online alla Regione Lazio,

attraverso specifiche credenziali, sezione “**accordo e pagamenti**”, “**voce costi**”, la fatturazione relativa alle prestazioni erogate in favore dei singoli pazienti.

Alla ASL di riferimento, Unità Valutativa e/o Direzione Amministrativa, vengono trasmessi, tramite fax o posta elettronica, rientri a casa dei pazienti, allontanamenti dalla struttura, ricoveri presso Ospedali, SPDC, Ricoveri in Clinica e ogni pernottato del paziente esterno alla struttura, per dare luogo alle opportune procedure amministrative. Tutti i dati personali e sensibili vengono trattati nel rispetto delle normative vigenti. I documenti e le informazioni personali e sensibili in uscita dalla struttura saranno a firma del Direttore Sanitario e/o del Responsabile Clinico-organizzativo e/o dell'Amministrazione, o anche dell'Assistente Sociale per documenti di natura giudiziaria o sociale. La struttura dispone di procedure per la gestione della documentazione clinica, scientifica e amministrativo-gestionale.

9.3 Gestione delle segnalazioni e dei reclami

Villa Elisa al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte, ha definito procedure per la presentazione di segnalazioni e reclami da parte di chiunque acceda ai servizi:

- Compilare apposito Modulo Reclami messo a disposizione degli Utenti, dei tutori e familiari dalla struttura e consegnarlo a mano presso gli Uffici Amministrativi, oppure inoltrarlo a mezzo fax o email;
- Il Modulo per la segnalazione dei Reclami può essere anche compilato online in apposita sezione dedicata;
- La Direzione Sanitaria e/o Amministrativa provvederanno alla gestione del reclamo e entro 30 giorni dalla presentazione daranno risposta al paziente e/o al tutore;
- Una volta ricevuta la segnalazione, comunque, il Direttore Sanitario o Responsabile Clinico provvedono a contattare il soggetto interessato per fissare un appuntamento in struttura, al fine di analizzare il problema e condividere una soluzione.

9.4 Comunicazione interna

Gli strumenti utilizzati per la comunicazione interna sono:

- riunioni periodiche, supervisioni, bacheche, quaderno delle consegne, passaggio di consegne verbali al cambio turno, cartelle cliniche.

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

Villa Elisa al fine di migliorare la qualità dei Servizi offerti, ha distribuito specifiche responsabilità al personale impiegato presso le strutture.

10.1 Incarichi di responsabilità per la qualità

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

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

Responsabile del sistema informativo: cura le procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza e completezza) dei dati e loro diffusione, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

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

Responsabile della gestione del rischio clinico: controlla frequentemente la documentazione clinica, con particolare riferimento agli eventi sentinella; in caso di urgenza o di emergenza, l'operatore in turno potrà contattarlo telefonicamente. La suddetta responsabilità è affidata al Direttore Sanitario della struttura.

Responsabile della valutazione delle attività: verifica che ci sia una costante attività di valutazione circa le attività svolte nella struttura e promuove l'utilizzo degli strumenti standardizzati necessari a monitorare il percorso clinico dei pazienti.

CARE MANAGER DI STRUTTURA - Responsabile dei rapporti con le famiglie. Cura i rapporti con le famiglie attraverso contatti, colloqui e gruppi multifamiliari. È l'interlocutore privilegiato per ogni contatto con le famiglie e media la comunicazione fra le stesse e la comunità. Si confronta in équipe in merito alle richieste di pazienti e familiari.

CASE MANAGER AZIENDALE – Responsabile del Piano Individualizzato Aziendale

L'assegnazione degli ulteriori specifici ambiti di responsabilità avverrà per mano del responsabile clinico-organizzativo e del direttore sanitario. I nomi dei Responsabili delle varie aree sono specificati e aggiornati nei regolamenti interni della struttura.

CAP.11 ATTIVITÀ E RISULTATI

11.1 Valutazione delle attività

.Tutte le attività sono ispirate ai principi del miglioramento continuo della qualità, ed in particolare viene favorita l'attivazione di azioni preventive, correttive e di miglioramento delle attività clinico-organizzative. Per tutte le attività pianificate sono definiti strumenti, modalità e tempi per la valutazione. La struttura effettua almeno una volta l'anno la valutazione delle attività pianificate.

Attraverso appositi questionari, la struttura assicura il monitoraggio del livello della qualità professionale, percepita e manageriale. La struttura prevede che il personale sia coinvolto nelle attività di valutazione e che i risultati vengano diffusi e condivisi con tutte le parti interessate. Il personale è tenuto a compilare, per quanto di propria competenza, i questionari di valutazione delle attività. La struttura garantisce la diffusione dei risultati delle attività di valutazione ed il confronto con tutte le parti interessate (utente, servizio inviante, attori della rete coinvolti nel progetto e familiari).

11.2 Strumenti di valutazione

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

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

All'ingresso e/o quando si ritiene necessario i Sanitari possono avvalersi di altri strumenti di valutazione specifici.

11.3 Rilevazione della qualità percepita:

La qualità percepita del servizio è valutata, come di seguito indicato, attraverso appositi questionari. Questi ultimi, mirano a misurare la soddisfazione dell'utente, del personale e dei familiari ove presenti. I risultati ottenuti saranno utilizzati per il miglioramento dei servizi resi.