



## **FONDAZIONE STELLA MARIS**

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



## **CENTRO DIURNO PSICHIATRICO PER ADOLESCENTI "LA SCALA"**

56028 S. Miniato (PI) – Loc. La Scala - Via S. Pietro alle Fonti Tel. 0571/419868 – 403387 – 050/886681  
Centralino: Tel. 050/400728 – 050/886661 Fax 050/886669 E-mail: [moreno.cerrai@fsm.unipi.it](mailto:moreno.cerrai@fsm.unipi.it)

# **Carta dei Servizi**

R 7.2.3-3a Carta dei Servizi Presidi di San Miniato	Emesso SGQ anno 1998	Rev. 8 del 17/01/2019	Approvato DRG
---	----------------------	-----------------------	---------------

## PRESENTAZIONE

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

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

*Si vuole inoltre informare che il lavoro di tutta la Fondazione Stella Maris e dei nostri operatori ha consentito di ottenere, dal 2007, la certificazione di qualità ISO 9001: 2000 da parte dell'Ente di certificazione Bureau Veritas, in conformità al regolamento SINCERT RT-04, certificazione aggiornata successivamente secondo le norme ISO 9001:2008. Per questo importante riconoscimento si ringrazia la gentile e preziosa partecipazione dei familiari dei nostri ospiti che col loro contributo ci hanno permesso e ci permettono di migliorare la qualità dei servizi offerti.*

Il Direttore

Dr. Moreno Cerrai



# INDICE

1. Organizzazione aziendale	pag. 4
2. Casa Verde	pag. 4
2.1 Il Presidio de La Scala	pag. 4
2.1.1 Come si raggiunge	pag. 5
2.1.2 Organizzazione Interna	pag. 5
2.1.2.1 Il personale	pag. 6
2.1.2.2 Ammissioni	pag. 6
2.1.2.3 Documenti necessari prima dell'accoglienza	pag. 6
2.1.2.4 Prestazioni	pag. 7
2.1.2.5 Attività	pag. 7
2.1.2.6 Dimissioni	pag. 8
3. Norme generali di presidio	pag. 8
3.1 Cartelle Cliniche e certificati	pag. 8
3.2 Supporto amministrativo	pag. 8
3.3 Meccanismi di tutela e verifica	pag. 8
3.4 Tutela della persona e trattamento dei dati personali	pag. 9
3.5 Ufficio relazioni con il pubblico	pag. 9
3.6 Commissione Conciliativa	pag. 9
3.7 Verifica ed adeguamento organizzativo	pag. 9
3.8 Standard di qualità	pag. 10
4. Informazioni generali	pag. 10
5. Gestione rischio clinico	pag. 11
6. Repertorio impegni regionali	pag. 11
Risultati	pag. 14
La Stella Maris su Internet	pag. 19

## 1. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Il Centro Diurno Psichiatrico per adolescenti “La Scala” è un presidio della “Casa Verde” che fa parte della Fondazione Stella Maris.

La Direzione dell'Azienda Stella Maris, ha sede legale a S. Miniato, p.za della Repubblica 13 e sede amministrativa a Calambrone viale del Tirreno 341 angolo via dei frassini.

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

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

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

La Direzione Sanitaria è preposta alla programmazione e al coordinamento dell'assistenza erogata dall'Istituto, nonché del personale ad essa dedicato al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti.

## 2. CASA VERDE

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

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

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

### 2.1 IL PRESIDIO DE LA SCALA

Il “Centro Diurno La Scala” opera in stretta collaborazione con gli operatori del Servizio di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza dell'A.S.L. 11, è situato nei pressi di San Miniato (Pisa) in Via San Pietro alle Fonti in località La Scala tel. 050/886681, e con sede Amministrativa presso la Fondazione Stella Maris in Viale del Tirreno, 331 56018 Calambrone (Pisa) tel. 050/886111

Il Centro Diurno “La Scala” nasce dall'esperienza riabilitativa di Casa Verde.

Il Centro ha come finalità, la presa in carico terapeutica, la riabilitazione e la reintegrazione sociale di soggetti di entrambi i sessi, affetti da disturbi di personalità, da disturbi della condotta, da disturbi del tono dell'umore, da disturbi ossessivo-compulsivi, da disturbi fobici, con esclusione delle patologie quali le psicosi precoci, l'autismo, il ritardo mentale, le patologie neuromotorie e le sensoriali, a partire dall'età di latenza, preadolescenza e in fase adolescenziale.

Il Centro svolge la sua attività a degenza diurna fino a 20 posti di sesso maschile e femminile, con



funzionalità dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 18.00.

L'obiettivo principale e fondamentale, del Centro è l'intervento riabilitativo attraverso un percorso individualizzato verso il massimo possibile di integrazione sociale.

### 2.1.1 COME SI RAGGIUNGE

Il Centro Diurno Psichiatrico si trova su una collina alla periferia di San Miniato, in provincia di Pisa, situato in via S. Pietro alle Fonti in località "La Scala", di fronte alla Chiesa omonima, a duecento metri dal centro abitato.

- **Dall'Autostrada del sole A1:**

uscire al casello Firenze Signa e immettersi sulla strada di grande comunicazione Firenze-Pisa-Livorno. Uscita San Miniato seguendo le indicazioni per Empoli arrivare alla località "La Scala" e lì girare verso San Miniato Alto, dopo poche centinaia di metri salire a sinistra verso la chiesa.

- **Dall'autostrada A 12:**

a) per *chi proviene da sud*, uscire al casello di Collesalveti e immettersi sulla strada di grande comunicazione Firenze-Pisa-Livorno;

b) per *chi proviene da nord*, uscire al casello di Pisa-centro immettersi dopo breve raccordo sulla strada di grande comunicazione Firenze-Pisa-Livorno;

uscita San Miniato seguendo le indicazioni per Empoli, arrivare alla località "La Scala" e al semaforo girare a destra, verso San Miniato Alto, dopo trecento metri salire a sinistra verso la chiesa.

- **Chi viaggia in treno:**

San Miniato è servito da una linea ferroviaria *Firenze-Pisa*

Informazioni sugli orari delle linee toscane sono disponibili al seguente numero telefonico: 055/288480

oppure al seguente indirizzo internet: *Orario ufficiale delle Ferrovie dello Stato S.p.A.*

- **Chi viaggia in aereo:**

*Aeroporto Amerigo Vespucci di Firenze (km. 34)*

*Aeroporto toscano Galileo Galilei di Pisa (km 37)*

Informazioni orari voli aeroporto Firenze: tel. 055 - 061.700

Informazioni orari voli aeroporto Pisa: tel. 050 - 500.706

### 2.1.2 ORGANIZZAZIONE INTERNA

#### 2.1.2.1 Il personale

Il Direttore Medico responsabile del Centro Diurno è lo stesso del centro di Casa Verde; egli si

avvale della collaborazione dell'équipe formata da un Neuropsichiatra Infantile, da uno psicologo e dai tecnici della riabilitazione.

L'Organizzazione del Centro Diurno prevede uno stretto rapporto interdisciplinare tra i vari membri dell'équipe. Tali rapporti si concretizzano nel passaggio continuo di informazioni tramite comunicazioni verbali e con relazioni scritte, attraverso soprattutto riunioni, in cui si delineano e si verificano le linee operative riguardanti le attività riabilitative e l'organizzazione quotidiana, nonché le linee operative individualizzate per ciascun paziente. Riguardo a queste ultime l'organizzazione del Centro diurno prevede uno stretto rapporto con gli specialisti del Dipartimento per la Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza e con il Servizio Sociale della ASL 11, secondo quanto concordato.

Il personale che opera in questa struttura è rappresentato dalle seguenti figure professionali:

Direttore Medico

Neuropsichiatra Infantile

Psicologo

Tecnici della Riabilitazione

Educatori

Personale servizi generali

Da considerare infine che questa attività prevede un'alta integrazione con i servizi territoriali che curano in particolare la presa in carico terapeutica individuale, se necessaria, il lavoro di rete con la famiglia, la scuola e l'eventuale mondo del lavoro, e offrono una continua supervisione specialistica all'attività del Centro.

#### **2.1.2.2 Ammissioni**

Attualmente le modalità di accesso al Centro sono regolate da una convenzione tra la Fondazione Stella Maris e Azienda U.S.L.11 Empoli.

L'ammissione, di competenza del Direttore Medico, avviene attraverso impegnativa rilasciata, su documentata richiesta, nel rispetto del diritto alla libera scelta dell'interessato, dai competenti uffici della A.S.L., ove ha la residenza anagrafica l'assistito.

La proposta d'inserimento, da parte dei servizi territoriali, deve essere corredata da una relazione clinica completa di:

- diagnosi clinica secondo il D.S.M. IV o ICD10
- profilo funzionale che specifichi le aree di deficit, di funzionamento ed i bisogni del soggetto
- motivazioni al trattamento, anamnesi, terapie pregresse, obiettivi attesi del percorso riabilitativo, durata del progetto.

#### **2.1.2.3 Documenti necessari prima dell'accoglienza:**

- Documento di riconoscimento
- Certificato di vaccinazione
- Certificato di assenza di malattie in atto
- Regolare impegnativa A.S.L. competente.

*Secondo le "buone pratiche per la sicurezza" emanate dalla Regione Toscana, viene seguita una procedura per la corretta identificazione del paziente. Vista la patologia dei nostri pazienti, non viene applicato il braccialetto di riconoscimento (ritenuto pericoloso), pertanto è stata prevista una procedura attraverso l'esibizione del documento di riconoscimento.*

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

- Regolamento Interno dell'Istituto
- Carta dei Servizi

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

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

#### **2.1.2.4 Prestazioni**

Il Centro funziona dalle h. 14.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì.

Il Centro Diurno garantisce i seguenti servizi:

- utilizzazione degli spazi comunitari;
- pulizia ed igiene di tutti gli ambienti;
- manutenzione;
- merenda;
- assistenza medico specialistica
- osservazione neuropsichiatrica, psicologica, educativa generale;
- assistenza psicologica e psicoterapeutica di gruppo;
- interventi educativo-riabilitativi;
- cura dei rapporti con la famiglia;
- cura dei rapporti con la scuola (se necessario);
- cura di eventuali inserimenti lavorativi in collaborazione con i servizi territoriali;
- interventi per favorire la socializzazione.

In caso di urgenza- emergenza, salvo manovre salvavita, vengono utilizzati i servizi pubblici territoriali.

*La qualità e la sicurezza delle cure è assicurata implementando tutte le buone pratiche regionali e le raccomandazioni ministeriali pubblicate e di pertinenza.*

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

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

#### **2.1.2.5 Attività:**

- gruppi terapeutici di dinamica;
- attività scolastica;
- attività psicomotoria;
- terapia occupazionale (découpage, giardinaggio, gesso, mosaico, cuoio);
- attività musicale;
- attività di drammatizzazione;
- attività con il computer;
- attività volte a conseguire l'autonomia personale;
- riabilitazione sociale e attività di socializzazione.

Il Centro Diurno si avvale inoltre di tutte quelle attività "accessorie" descritte nella presentazione di Casa Verde.

R 7.2.3-3a Carta dei Servizi Presidi di San Miniato	Emesso SGQ anno 1998	Rev. 8 del 17/01/2019	Approvato DRG
---	----------------------	-----------------------	---------------

### 2.1.2.6 Dimissioni

La dimissione dell'utente può avvenire in seguito a:

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

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

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

Al termine del ricovero il medico rilascia una "relazione di sintesi di dimissione" che riporta la diagnosi funzionale e le principali indicazioni terapeutico-riabilitative, da consegnare al proprio Medico curante.

## 3. NORME GENERALI

### 3.1 Cartelle cliniche e certificati

Ogni certificazione può essere richiesta presso l'ufficio di segreteria. All'atto della dimissione (o successivamente) può essere richiesta presso la Segreteria copia della cartella clinica (verrà consegnata entro 60 giorni dalla richiesta) o di altra documentazione.

E' possibile richiedere al Medico, il rilascio delle certificazioni necessarie.

Il medico responsabile può rilasciare attestati di presenza nella struttura.

### 3.2 Supporto Amministrativo

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

### 3.3 Meccanismi di tutela e di verifica

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

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

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

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

Non saranno esaminate le segnalazioni anonime.

Per facilitare la comunicazione tra familiari e l'Istituto è stata attivata una procedura che prevede che



venga raccolto anche il reclamo verbale o telefonico.

In caso di segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione l'Assistente Sociale può fornire immediata risposta all'utente, altrimenti invia la segnalazione al Responsabile della struttura che provvederà a fornire lettera di risposta all'utente dopo aver provveduto alle opportune ricerche informative.

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

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

### **3.4 Tutela della persona e del trattamento dei dati personali (l.196/2003)**

La raccolta e la elaborazione dei dati personali e tutela della privacy fornite, ai sensi delle vigenti normative sanitarie, al momento della accettazione, sono gestiti nel rispetto della Legge 196/2003 e comunque nel rispetto e tutela del segreto professionale e della tutela del diritto alla riservatezza.

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

### **3.5 Ufficio relazioni con il pubblico**

I rapporti con gli utenti e i loro familiari sono tenuti dal Neuropsichiatra Infantile e/o dalla Psicologa e/o terapeuta della riabilitazione psichiatrica. Per concordare l'incontro l'interessato può utilizzare il seguente n° telefonico: 050/886681 nelle ore di apertura (dalle 14.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì).

Per tutte le informazioni il servizio di centralino è attivo dalle ore 8.30 alle ore 18.00 dei giorni feriali ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00: 050/311070 o 050/886661.

Il servizio telefonico, per urgenze, è comunque in funzione 24 ore su 24.

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

L'équipe del Centro, inoltre, si incontra con i genitori sia su richiesta degli stessi per avere tutte le informazioni sul percorso riabilitativo sia su indicazione dell'équipe nei casi in cui si renda necessario uno spazio di riflessione sul ruolo genitoriale e il rapporto con il figlio, la famiglia o con il contesto sociale.

#### **Numeri telefonici utili:**

Centro Diurno tel. 050/886681 (dalle ore 14.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

Segreteria tel. 050/886661 (Casa Verde)

Assistente Sociale tel. 050/886661 (Casa Verde)

Coordinatore tel. 050/886663 (Casa Verde)

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

Direttore tel. 050/886662 (servizio con segreteria telefonica)

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

### **3.6 Commissione conciliativa**

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

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

### **3.7 Verifica degli impegni ed adeguamento organizzativo**

Il Centro, al termine dell'anno solare, provvede con apposita relazione della Direzione Sanitaria, a sottolineare gli obiettivi raggiunti, le disfunzioni verificate ed i suggerimenti per adeguare la struttura

R 7.2.3-3a Carta dei Servizi Presidi di San Miniato	Emesso SGQ anno 1998	Rev. 8 del 17/01/2019	Approvato DRG
---	----------------------	-----------------------	---------------

e l'organizzazione del personale alle esigenze di una efficace attività in favore degli utenti. Inoltre ogni anno a settembre viene redatto il programma delle attività con l'organizzazione dei servizi prestati.

### **3.8 Standard di qualità**

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

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

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

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

Vengono individuati come indicatori di qualità dei servizi:

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

Gli strumenti di rilevazione e verifica dei suddetti indici sono:

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

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

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

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

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

## **4. INFORMAZIONI GENERALI**

### ***Cosa portare per il ricovero***

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

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

E' consigliabile portare con sé solo gli effetti personali indispensabili, evitando di portare oggetti di valore che potrebbero essere suscettibili di furto o smarrimento: la Direzione non risponde di perdite o di furti che, in un luogo affollato comunitario, sono purtroppo possibili.

### ***I fumatori***

E' assolutamente vietato fumare nell'ambito interno della struttura, questo oltre che per disposizione di legge anche e soprattutto per rispetto della salute propria e altrui. Il fumo è consentito all'esterno nella zona parcheggio (con attenzione a non gettare le cicche per terra, un contenitore è collocato all'ingresso).

### ***Visite***

E' possibile ricevere visita da parte dei familiari o amici concordando con la direzione.  
Le visite non devono essere di ostacolo alle attività riabilitative e non devono recare disturbo al riposo e alla privacy degli altri pazienti.

#### ***I pasti***

I pasti si limitano alla merenda.

#### ***Pulizia e ordine***

La pulizia degli ambienti viene effettuata dal personale dedicato, tuttavia gli ospiti sono anch'essi coinvolti in alcune piccole mansioni di riordino e pulizia dei propri spazi (laboratori).

#### ***Silenzio e tranquillità***

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

#### ***Come contattare i medici***

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

## **5. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

La gestione del rischio clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica attraverso modalità organizzative in grado di individuare e tenere sotto controllo i rischi, di ridurre al minimo il verificarsi degli errori e di garantire la sicurezza dei pazienti, per quanto possibile, in tutte le fasi dei percorsi assistenziali. Il processo di gestione del rischio clinico deve basarsi non sulla ricerca della colpa, ma sulla opportunità di apprendere dagli errori. Si avvale dal punto di vista organizzativo di un Referente per la gestione del rischio, "IL CLINICAL RISK MANAGER", di un "Gruppo di Lavoro Aziendale" per la gestione del rischio clinico, di un "Comitato per la Sicurezza", di un "Facilitatore" per ogni presidio e di un programma condiviso.

Per ognuna di queste fasi sono stati adottati strumenti specifici: "Incident reporting" e "giri per la sicurezza" per l'identificazione dei rischi, "audit clinici" e "rassegne di morbilità o mortalità" (M&M) per la valutazione dei rischi, formazione del personale, eventi avversi o potenzialmente avversi .

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

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

#### **Aspetti Relazionali:**

1. Per facilitare la possibilità della identificazione del proprio personale da parte degli utenti esterni, gli operatori del presidio portano il cartellino identificativo.
2. Coerentemente con quelli che possono essere considerati i valori fondanti dell'Istituzione l'approccio che viene seguito dai professionisti che operano all'interno della Fondazione Stella Maris si caratterizza e si qualifica per due tratti distintivi: a) l'atteggiamento del

prendersi cura piuttosto che curare, con lo spirito di carità che della Fondazione è sostanza; b) la priorità che viene data alla dimensione relazionale dell'individuo considerandone i comportamenti non solo espressione di effetti organicistici, ma come frutto della reciproca interazione con il contesto familiare, scolastico e sociale. Il bambino ed i suoi familiari che si rivolgono alla struttura vengono accolti con amore non solo dallo specialista in neuropsichiatria infantile e dallo psicologo, ma da un'intera équipe integrata di specialisti, portatori ciascuno di strumenti specifici di valutazione, di diagnosi e terapia. In coerenza con questi principi tutto il personale partecipa a riunioni di équipe per la discussione degli aspetti clinici e relazionali dei degenti e delle loro famiglie, questa metodologia di lavoro mantiene vivo negli operatori l'attenzione ai rapporti con l'utenza ed alle sue particolari fragilità.

Umanizzazione:

3. Le figure genitoriali sono entrambe coinvolte nel percorso diagnostico-riabilitativo-terapeutico.
4. La presenza obbligatoria di almeno uno dei due genitori accanto al bambino per tutto il tempo della degenza: non idonea.
5. Tutto il personale è impegnato a rispettare i diritti della persona malata e degente, in particolare tutti i diritti dei bambini che sono ben riassunti nella "carta dei diritti del bambino in ospedale".
6. In caso di cittadini stranieri o di diversa religione è previsto l'intervento del mediatore culturale che viene attivato immediatamente dalla prima fase di ingresso del paziente al Centro (in linea con quanto effettuato da tutta la Fondazione Stella Maris).
7. L'umanizzazione del momento della morte non è garantita da apposite procedure riguardanti il non accanimento terapeutico, la terapia del dolore, contatti con centri ospedalieri ad hoc, ecc. E' stata inserita la pratica sulla misura e gestione del dolore.

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

8. Il Centro Diurno può essere contattato nelle ore di apertura (14.00-18.00 dal lunedì al venerdì) al n° 050 886681. Casa Verde può essere contattata attraverso il numero della segreteria 050 886661, attivo tutti i giorni con orario 8.30-17.30 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle 9.00 alle 13.00. A questo numero risponde la segretaria o l'assistente sociale della struttura, personale che è in grado di rispondere ai vari quesiti, o comunque in grado di mettere in collegamento telefonico il cittadino che presenta una specifica richiesta, con i vari professionisti. E' in ogni caso attivo il numero telefonico 050 886111 che è il centralino della Fondazione Stella Maris e che ha la funzione di garantire sempre nei giorni feriali (per almeno 8 ore al giorno) la presenza di un operatore in grado di fornire le principali informazioni sulle varie strutture.
9. E' presente un ufficio informazioni e relazione con il pubblico, la stessa direzione sanitaria garantisce la funzione di sostegno ed informazione ai vari utenti esterni o ai degenti che vi si rivolgono per qualunque problema organizzativo.
10. Viene garantita la consegna di una brochure all'atto del ricovero.
11. La consegna della stessa brochure ai vari servizi territoriali è un processo che è stato avviato. Comunque le principali informazioni per accedere alla struttura ed alle prestazioni che vi vengono erogate, sono riportate nel sito della Stella Maris <http://www.inpe.unipi.it/>, sono presentate nella carta dei servizi ed in una brochure che al momento del ricovero è consegnata ai genitori dei degenti.
12. Presso Casa Verde operano varie organizzazioni di tutela dei cittadini e di volontariato (Gruppo Volontari Casa Verde-ONLUS, associazione Amici della Fondazione Stella Stella

R 7.2.3-3a Carta dei Servizi Presidi di San Miniato	Emesso SGQ anno 1998	Rev. 8 del 17/01/2019	Approvato DRG
---	----------------------	-----------------------	---------------

Maris-ONLUS, Associazione Genitori Ospiti Stella Maris acronimo AGOSM) che garantiscono per quanto di loro competenza attività di informazione su aspetti normativi e sociali, forniscono inoltre sostegno, contribuiscono a finanziare e ad organizzare eventi ludico ricreativi.

13. Tutte le prestazioni sono erogate solo dopo che il paziente ed entrambi i genitori hanno espresso il consenso informato alle cure che viene debitamente firmato. I moduli di consenso sono vari in relazione alle valutazioni ed alle cure previste; i moduli sono tutti parte integrante della cartella clinica. Qualora non potessero essere presenti entrambi i genitori si raccomanda che il genitore accompagnatore, abbia con sé l'autorizzazione al ricovero del genitore assente, debitamente firmata, con allegata fotocopia del documento di riconoscimento. In caso di difficoltà ad esibire questi documenti per problemi di natura legale è sempre necessario portare con sé la delibera del tribunale per i minori che autorizza il ricovero e le cure in vicarianza di uno dei genitori che non ha fornito l'autorizzazione pur essendo sempre in possesso della patria potestà.
14. Come da norma di legge tutti i dipendenti sono impegnati a tutelare la privacy dei degenti e delle loro famiglie. Nei punti di ingresso alla struttura sono esposti i cartelli informativi sulle norme e sugli obblighi di rispetto alla privacy. Le informazioni alle famiglie dei degenti sono garantite durante i contatti con i membri dell'équipe. Ad ogni ospite viene affidato come referente un educatore. L'équipe effettua minimo due colloqui durante la fase dell'osservazione (uno conoscitivo anamnestico ed uno alla stesura del PARG, di restituzione e comunicazione di quanto rilevato durante la fase osservativa).
15. Tutti i degenti alla dimissione ricevono la lettera di dimissione dove sono trascritti i principali dati clinici risultanti dalla valutazione. La relazione clinica finale è completa dei dati anagrafici, diagnosi, sintesi anamnestica, profilo funzionale, esami effettuati, terapia farmacologica, percorso riabilitativo effettuato con le indicazioni relative alle varie possibilità di inserimento futuro (familiare, sociale, lavorativo, centro diurno, socio-terapeutico, ecc.), servendosi delle osservazioni e di altro materiale clinico presente in cartella. La relazione è consegnata alla famiglia e può essere utilizzata dai genitori come strumento di informazione sia per il medico di base che per gli operatori della riabilitazione territoriale e/o per gli insegnanti della scuola.
16. La struttura garantisce che tutta la documentazione sanitaria venga redatta in forma chiara e comprensibile nel rispetto delle norme di legge. Per questi aspetti qualitativi la documentazione sanitaria viene controllata: tutta quella prodotta nel corso di un mese indice così come previsto dal sistema di accreditamento, le cartelle di tutti i ricoveri. Infine come caratteristica del nostro istituto, si ricorda che la cartella clinica contiene tra l'altro il piano di lavoro riabilitativo e le indicazioni di intervento pedagogico. Se ritenuto utile i genitori possono richiedere copia della cartella secondo le modalità indicate nell'opuscolo informativo o in questa carta dei servizi. La struttura si impegna ad inviare copia della cartella clinica entro 60 gg. calcolati dalla data della richiesta.

#### Tempi ed accessibilità:

17. La struttura è impegnata a garantire l'accesso a tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche: non idoneo.
18. Consegna dei referti: non idoneo.
19. Mancata effettuazione: non idoneo.
20. Disservizio con fruizione entro 72 ore: non idoneo.
21. Numero ambulatori: non idoneo.
22. Integrazione dei CUP: non idoneo.

R 7.2.3-3a Carta dei Servizi Presidi di San Miniato	Emesso SGQ anno 1998	Rev. 8 del 17/01/2019	Approvato DRG
---	----------------------	-----------------------	---------------

23. Disdetta telefonica: non idoneo.
24. La fotocopia della cartella clinica viene consegnata all'avente diritto entro 60 gg. dalla data in cui la cartella è stata richiesta, nel paziente ancora degente al momento della richiesta si deve far riferimento alla data di dimissione.
25. Percorsi protetti: tutte le dimissioni vengono considerate difficili.

Aspetti alberghieri e comfort:

26. Camere di degenza: non idoneo.
27. Camere dotate di bagno: non idoneo.
28. Il servizio mensa: non idoneo.

Struttura Logistica:

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

Aspetti burocratico-amministrativi:

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

Tutela, ascolto e verifica:

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

## Aspetti relazionali

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

## Umanizzazione

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

## Informazione e comunicazione

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



delle notizie cliniche da parte del ricoverato e/o persona di riferimento nel rispetto della privacy e delle sue volontà	struttura di informative con indicato: medico di riferimento, ubicazione stanza in cui il medico riceve i familiari, l'orario di ricevimento	delle strutture di ricovero di un cartello informativo con le indicazioni stabilite	segnalazioni e/o reclami cartello informativo	<b>Raggiunto</b>
15. Garantire la consegna ad ogni utente ricoverato, al momento della dimissione, della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta	N. dimessi a cui viene consegnata la relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta/N. totale dimessi	Consegna della relazione a tutti i pazienti dimessi	10/10 Assenza segnalazioni e/o reclami	<b>Raggiunto</b>
16. Garantire criteri di accuratezza, completezza, leggibilità e identificabilità dell'operatore nella documentazione clinica	% casi documentazione sanitaria conformi ai criteri/totale documentazione	Incremento documentazione conforme	Documentazione conforme	<b>Raggiunto</b>

## Tempi e accessibilità

<b>IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA')</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>VERIFICA</b>	<b>RISULTATI</b>
17. Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali				Non idoneo
18. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max				Non idoneo
19. Garantire il rilascio all'assistito, nel caso di mancata prestazione nei tempi previsti, di un bonus				Non idoneo
20. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche, escluso quelle particolari per cui si rende necessaria la visione della richiesta				Non idoneo
21. Graduale aumento degli ambulatori				Non idoneo
22. Garantire modalità di				Non idoneo

integrazione dei CUP con le aziende ospedaliere				
23. Garantire al cittadino la prenotazione e la disdetta				Non idoneo
24. Garantire pubblicità sulle modalità di consegna copia e l'informazione sulle modalità di richiesta della copia cartella clinica e il contenimento dei giorni di consegna	a) Informazioni riportate su brochure b) N. giorni entro i quali viene consegnata la cartella clinica al paziente dal giorno della richiesta	a) Consegna opuscolo informativo al 100% dei ricoverati b) 60 GG	a) Informazioni riportate su brochure b) Monitoraggio tempi di consegna	<b>Raggiunto</b>
25. Garantire l'esistenza di un protocollo per l'attivazione della "dimissione difficile" che preveda il coinvolgimento dei servizi territoriali	Esistenza di protocolli di dimissioni difficili che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali	Adozione di procedure per le dimissioni difficili nel 100% dei casi conformi	Monitoraggio dell'applicazione del protocollo  Assenza di segnalazioni e/o reclami	<b>Raggiunto</b>

## Aspetti alberghieri e comfort

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

## Struttura e logistica

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA')	INDICATORE	STANDARD	VERIFICA	
29. Garantire facilità di accesso alle strutture	Idonea segnaletica	Presenza di idonea segnaletica	Monitoraggio adeguamento	<b>Raggiunto</b>

attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile			e/o incremento segnaletica esterna e interna	
<b>30.</b> Garantire la predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse	Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse	Possibilità per i cittadini di ricevere fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse	Verifiche aziendali	<b>Non raggiunto</b>

## Tutela, ascolto e verifica

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	VERIFICA	RISULTATI
<b>31.</b> Garantire ai cittadini che hanno presentato un reclamo, la risposta in un tempo non superiore a 30 giorni, salvo casi che presentano caratteristiche di complessità	Esistenza di procedura per la gestione dei reclami	Risposta al 100% degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura	- Monitoraggio tempi di risposta	<b>Raggiunto</b>
<b>32.</b> Effettuare annualmente, in modo sistematico, rilevazioni della soddisfazione/gradimento degli utenti	Effettuazioni delle rilevazioni della soddisfazione degli utenti	Tasso risposta almeno al 50%	- Monitoraggio cadenza annuale	<b>Raggiunto</b>

Impegni Tot. Reg. Toscana	Impegni idonei	Impegni secondo standard richiesti	In miglioramento	
32	21	17 (81%)	4	

### **La "Stella Maris" su internet**

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