



FONDAZIONE STELLA MARIS

Sede Legale: 56028 S. Miniato (PI) – P/zza della Repubblica, 13 -

Sede Amministrativa: 56018 Calambrone (PI) – V.le del Tirreno, 331 –

Tel. 050/886111 – Fax 050/32214 – Indirizzo Web: www.fsm.unipi.it;

Indirizzi E-mail: Presidenza: presidenza@fsm.unipi.it - Direzione Generale: dirgen@fsm.unipi.it



CENTRO DI RIABILITAZIONE "CASA VERDE"

Sede attuale: 56028 S. Miniato (PI) – Via A. Moro, 18 –

Tel. 050/400728 – 050/886661 Fax 050/886669 E-mail: dircave@fsm.unipi.it

Carta dei Servizi

PRESENTAZIONE

La Carta dei Servizi Sanitari rappresenta una presentazione di “Casa Verde”, attraverso le Strutture Organizzative, le caratteristiche peculiari, le attività, i servizi e le prestazioni che è in grado di erogare, nonché la sua matrice ispirativa ideale.

Questa Carta rappresenta anche un momento di accoglienza e di conoscenza per tutti coloro che si rivolgono alle nostre strutture, fiduciosi di trovare un aiuto alle difficoltà da cui sono afflitti.

Il nostro obiettivo è quello di offrire una assistenza qualificata, attraverso la competenza, la professionalità, l’umanità di tutti coloro che, a vario titolo, operano nell’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 preziosa e gentile partecipazione dei familiari dei nostri ospiti che ci ha permesso nel tempo e ci permette quotidianamente di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Si segnala un altro evento importante nella storia di “Casa Verde”: nel 2018, dopo il trasferimento temporaneo a Marina di Pisa, dopo 4 anni, i ragazzi sono tornati a San Miniato ad abitare nella nuova struttura studiata appositamente per loro.

Per questo si ringrazia la Direzione Aziendale che ha voluto offrire ai nostri ospiti un ambiente confortevole e moderno.

*Il Direttore di Presidio
Dott.ssa Michela Franceschini*

*Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Natalia Bartolommei*

Di seguito i numeri telefonici e la mail ai quali potete contattare i nostri professionisti:

- Direttore del Presidio, dott.ssa Michela Franceschini:
michela.franceschini@fsm.unipi.it
tel. 050/886662
Cell. 335/1571356
- Direttore Sanitario, Medico Specialista in Psichiatria, dott.ssa Natalia Bartolommei
natalia.bartolommei@fsm.unipi.it
tel. 050/886666
- Medici Specialisti:
Medico Specialista in Neuropsichiatria Infantile, Dott.ssa Paola Salvadori
paola.salvadori@fsm.unipi.it
tel. 050/886666
- Psicologa e Psicoterapeuta ad orientamento Analitico
elena.zampoli@fsm.unipi.it
tel. 050/886666
- Infermeria:
infermiericave@fsm.unipi.it
tel. 050/886666; cell. (solo per urgenze) 334/6977397
- Segreteria Amministrativa e Centralino, dott.ssa Silvia Acciarresi
silvia.acciarresi@fsm.unipi.it
tel. 050/886661 fax 050/886669

INDICE

1. Organizzazione aziendale	pag. 5
2. Casa Verde	pag. 5
3. Il Presidio di S. Miniato	pag. 5
3.1. Il Centro di Riabilitazione	pag. 5
4. Come si raggiunge	pag. 6
5. Organizzazione Interna	pag. 6
5.1 Il personale	pag. 6
5.2 Ammissioni	pag. 7
5.3 La documentazione da inoltrare all'Istituto	pag. 7
5.4 Prestazioni	pag. 8
5.5 Attività collaterali	pag. 9
5.6 Servizi complementari	pag. 10
5.7 Dimissioni	pag. 10
6. Norme generali di presidio	pag. 11
6.1 Cartelle Cliniche e certificati	pag. 11
6.2 Supporto amministrativo	pag. 11
6.3 Meccanismi di tutela e verifica	pag. 11
6.4 Tutela della persona e trattamento dei dati personali	pag. 11
6.5 Ufficio relazioni con il pubblico	pag. 11
6.6 Commissione Conciliativa	pag. 12
6.7 Verifica ed adeguamento organizzativo	pag. 12
6.8 Standard di qualità	pag. 12
7. Informazioni generali	pag. 13
8. Gestione rischio clinico	pag. 14
9. Repertorio impegni regionali	pag. 15
La Stella Maris su Internet	pag. 22

1. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

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

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

Il Presidente della Fondazione è nominato da S.E. il Vescovo di S. Miniato, vi è un Direttore

Generale che presiede e guida l'intera Azienda, sia la parte Ospedaliera che la parte Extraospedaliera, coadiuvato dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dalle Direzioni Mediche dei singoli presidi e Strutture.

Alla Direzione Generale competono la definizione 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 con l'attività della Ricerca, ha diretta responsabilità dell'indirizzo generale della ricerca, e ne garantisce la corretta esecuzione in particolar modo rispetto al Ministero della Sanità.

La Direzione Sanitaria è preposta alla programmazione e al coordinamento dell'assistenza e del personale dedicato nell'ottica del costante miglioramento degli standard qualitativi dei servizi offerti.

2. CASA VERDE

“ Casa Verde” fa parte del Dipartimento Socio-Assistenziale della Fondazione Stella Maris-Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS). “Casa Verde” è convenzionata con l’Azienda USL Toscana Centro.

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

Nel presidio di S. Miniato, sito in Via Aldo Moro 18, si trovano:

- Il CENTRO DI RIABILITAZIONE
- La RESIDENZA SANITARIO- ASSISTENZIALE PER DISABILI (RSD)

Nel presidio invece che sorge in località La Scala (San Miniato) in Via S. Pietro alle Fonti si trova:

- Il CENTRO DIURNO PSICHIATRICO per adolescenti.

3. IL PRESIDIO DI SAN MINIATO:

Il Centro di Riabilitazione, si trova all’interno del presidio che è situato a San Miniato (Pisa) in Via Aldo Moro, 18 (tel. 0571/400728 o 050/886661), con la Residenza Sanitaria-Assistenziale. La Sede Amministrativa centrale si trova presso la Fondazione Stella Maris situata in Viale del Tirreno, 331 a Calambrone (Pisa) (tel. 050/886111).

3.1 Il Centro di Riabilitazione

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

Il Centro di Riabilitazione ha come finalità l’erogazione di prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a soggetti di entrambi i sessi, pre-adolescenti ed adolescenti con quadri di disabilità intellettiva, disturbi del comportamento, disturbi afferenti alla area della relazione/socializzazione, disturbi dello spettro autistico e quadri misti.

L’obiettivo principale del Centro di Riabilitazione è quello di riabilitare il paziente nelle diverse aree di interesse (autonomia personale, socializzazione, relazionale, cognitiva, espressivo/comunicativa, linguistica, psicomotoria, prassica, comportamentale) al fine di raggiungere il massimo di autonomia individuale per favorire l’integrazione sociale ed il possibile rientro in famiglia. Il periodo di ricovero è della durata di tre anni (Riabilitazione Intensiva), eventualmente prorogabili, fino al raggiungimento degli obiettivi preposti e/o alla stabilizzazione del quadro clinico, in accordo con le USL di competenza territoriale del paziente e con i familiari. Queste sono le modalità di erogazione

dei servizi:

- Riabilitazione Intensiva in Regime Residenziale (fino ad un massimo di **6 posti di sesso maschile e femminile**).
- Riabilitazione Intensiva ed Estensiva a degenza diurna (fino ad un massimo di **8 posti di sesso maschile e femminile**), nei giorni feriali con orario 9-16:30.

4. COME SI RAGGIUNGE

Il Presidio “Casa Verde” si trova su una collinetta nella periferia di San Miniato, in provincia di Pisa (Toscana), in via Aldo Moro 18.

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

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

- **Dall'autostrada A 12:**

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

- **Chi viaggia in treno:**

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

- **Chi viaggia in aereo:**

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

5. ORGANIZZAZIONE INTERNA

5.1 Il personale

Il Direttore del Presidio ha conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie ed è esperto in management delle professioni sanitarie della riabilitazione.

In quanto Manager delle professioni sanitarie della Riabilitazione, in possesso del titolo abilitante al Coordinamento delle stesse (Master nel Coordinamento e management delle Professioni Sanitarie), coordina sul piano organizzativo- effettuando il monitoraggio delle attività riabilitative programmate insieme ai medici specialisti- il team dei professionisti della Riabilitazione: Educatore, Logopedista, Psicomotricista e Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva.

Il Direttore Sanitario è un medico Psichiatra, psicoterapeuta ad orientamento Cognitivo-Comportamentale, Dottore di Ricerca in Biochimica e Biologia Molecolare. Il Direttore Sanitario e il Direttore di Presidio si avvalgono della collaborazione dell'équipe multidisciplinare formata da un Neuropsichiatra infantile, uno Psicologo e dalla Segretaria Amministrativa.

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

Il rapporto stretto tra équipe e tutto il personale si caratterizza per il passaggio continuo di informazioni attraverso periodiche e regolari riunioni, che si tengono settimanalmente in cui si delineano e si verificano: le linee operative riguardanti le attività riabilitative globali, l'intervento riabilitativo individualizzato per ciascun paziente e l'organizzazione quotidiana complessiva.

Il personale del Centro di Riabilitazione Intensiva è così composto:

- Direttore Sanitario (Psichiatra)
- Direttore di Presidio (Manager delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione)
- Neuropsichiatra Infantile
- Psicologo
- Segretaria Amministrativa

- Infermieri
- Tecnici delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione (educatore professionale, logopedista, psicomotricista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale)
- Operatori socio-sanitari
- Operatori addetti ai servizi generali
- Operaio

5.2 Ammissioni

Attualmente le modalità di accesso al presidio sono regolate dalla convenzione vigente tra la Fondazione Stella Maris e l'Azienda USL Toscana Centro operante in accordo alle modalità ex art. 26 legge 833. L'ammissione al Presidio, avviene attraverso una autorizzazione medico specialistica da parte dei Servizi Territoriali che hanno in carico il paziente e deve essere corredata da una relazione clinica e sociale. Dopo una osservazione del caso in esame e un incontro preliminare con i Servizi Territoriali di competenza, viene valutata l'idoneità all'inserimento e inviata la Proposta di Piano di Trattamento all'Azienda USL di competenza perché possa emettere relativa impegnativa di spesa.

5.3 La documentazione da inoltrare all'Istituto

Ai fini della valutazione circa l'idoneità di un possibile ingresso viene fatta esplicita richiesta ai Servizi Territoriali, della compilazione del modulo di Handover per le notizie essenziali del paziente circa gli aspetti sociali, psicologici, neuropsichiatrici, psichiatrici, farmacologici.

Dopo una attenta osservazione del caso e un incontro con i Servizi Territoriali per la discussione delle criticità e degli obiettivi, viene valutata l'idoneità all'inserimento da parte dell'équipe dell'Istituto, che informa i servizi della Azienda USL Centro tramite relativa documentazione.

La normale prassi per l'accoglienza prevede l'acquisizione dei seguenti documenti:

- ◆ Documento di riconoscimento
- ◆ Tessera sanitaria (con attribuzione del Medico di Medicina Generale del distretto territoriale dell'Istituto) e Certificato di esenzione al pagamento ticket delle prestazioni sanitarie
- ◆ Certificato di vaccinazioni effettuate (compresa la vaccinazione anti-Covid-19)
- ◆ Copia dell'Attestato di Invalidità Civile
- ◆ Copia del Certificato di Riconoscimento Handicap (Legge 104/92)
- ◆ Regolare autorizzazione e Piano di Trattamento firmato dalla Azienda USL competente
- ◆ Certificato medico attestante lo stato di buona salute
- ◆ Scheda di Handover e relazione clinica psicopatologica dello specialista di riferimento territoriale
- ◆ Esami ematici (test HIV, emocromo +fl, elettroliti, AST, ALT, GGT, ammonio amilasi, lipasi, creatinina, fT3, fT4, TSH, glicemia, colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi, profilo coagulativo, markers epatite ed esame urine)
- ◆ ECG ed RX Torace
- ◆ Panoramica delle arcate dentarie
- ◆ Cartelle cliniche, referti e relazioni mediche
- ◆ Relazione sociale attestante le condizioni familiari
- ◆ Eventuale documentazione scolastica
- ◆ Il paziente o i suoi genitori/tutore/amministratore di sostegno inoltre dovranno dichiarare di avere diritto all'Indennità di accompagnamento ai fini della compartecipazione alla retta (secondo D.R.T. 776/2008 e come da convenzione vigente art. 8)
- ◆ N° tre foto recenti di cui due formato tessera ed una formato 20x20
- ◆ Minimo corredo personale (uno specifico elenco del vestiario minimo verrà fornito prima dell'eventuale ricovero)

Secondo le “buone pratiche per la sicurezza” emanate dalla Regione Toscana, viene seguita una procedura per la corretta identificazione del paziente. Vista la patologia dei nostri pazienti, non viene applicato il braccialetto di riconoscimento (ritenuto pericoloso), pertanto è stata prevista una procedura attraverso l'applicazione di fotografie del paziente da inserire nella cartella clinica e nel materiale di distribuzione dei farmaci (blister).

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

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

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

5.4 Prestazioni

Il Centro garantisce la seguente tipologia di interventi:

- Osservazione ed interventi medici specialistici neuropsichiatrici e psichiatrici
- Assistenza del Medico di Medicina Generale
- Assistenza Infermieristica
- Trattamento psicofarmacologico
- Psicoterapia individuale e/o di gruppo
- Consulenza e sostegno psicologico alle famiglie
- Attività educativa e riabilitativa:
 - Intervento logopedico
 - Attività psicomotoria
 - Attività volte a conseguire l'autonomia personale
 - Attività educativo-pedagogiche e intervento scolastico
 - Laboratorio cognitivo
 - Laboratorio musicale
 - Laboratorio artistico
 - Stimolazione basale
 - Globalità dei linguaggi
 - Terapia occupazionale
- Attività di animazione, socializzazione, gite nel territorio

Il nostro modello riabilitativo si basa su una cornice di cure ed interventi abilitativi/riabilitativi che mette innanzitutto il paziente al centro come persona, nella sua individualità, nei suoi bisogni relazionali, tenendo conto della specificità del quadro psicopatologico di cui il ragazzo è portatore, delle peculiari disabilità cognitive, comportamentali, relazionali e sociali, ma soprattutto delle risorse e delle peculiarità tipiche della fase di vita (pre-adolescenza, adolescenza, età adulta). Il metodo di lavoro seguito è quello consolidatosi nel tempo:

- Fase di osservazione di osservazione dettagliata (30-45 giorni), stesura di un progetto riabilitativo individuale (PRI) e programmazione di interventi integrati ad esso correlati;

- intervento riabilitativo-abilitativo-terapeutico-assistenziale secondo i protocolli;
- verifiche semestrali del PRI;
- lettura degli avvenimenti in chiave psicodinamica;
- assistenza medico specialistica espletata ad opera degli specialisti della Fondazione Stella Maris.

I pazienti potranno fruire, a giudizio del Direttore Sanitario, di permessi per uscite e rientri in famiglia (anche per alcuni giorni con diritto alla conservazione del posto).

L'Istituto si impegna a riqualificare/aggiornare dal punto di vista formativo circa le metodologie riabilitative più recenti il personale della struttura e nel mettere a punto correzioni sul piano qualitativo/quantitativo del personale sulla base di specifiche richieste avanzate dalla Azienda USL Toscana Centro, al fine di ottimizzare l'intervento riabilitativo. Il Direttore di Presidio è il responsabile del comfort ambientale.

L'Istituto garantisce inoltre i seguenti servizi:

- alloggio e utilizzo degli spazi comunitari;
- vitto comprendente: prima colazione, pranzo, merenda, cena, secondo quanto stabilito dalle tabelle dietetiche, con la possibilità di soddisfare le esigenze alimentari particolari;
- pulizia ed igiene di tutti gli ambienti;
- manutenzione, lavaggio e sanificazione della biancheria comunitaria e trattamento di pulizia di quella individuale e del vestiario;
- possibilità di un armadio individuale;
- permesso di personalizzazione degli ambienti di vita compatibilmente con i programmi assistenziali individuali/ di comunità;
- ogni utente può usufruire dello spazio biblioteca;
- è stata predisposta una stanza con il materiale per il gioco;
- è presente una stanza isolamento (in caso di problematiche infettive, vd Covid-19).

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 comfort 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.

5.5 Attività collaterali

Annualmente vengono organizzate attività con progetti specifici (piscina, ippoterapia, teatro, musicoterapia, arteterapia, ecc.). Il Centro di Riabilitazione, tenuto conto delle esigenze individuali dei soggetti, garantisce l'accesso all'istruzione scolastica, all'orientamento, alla riqualificazione professionale degli assistiti, secondo le normative nazionali e regionali ai fini del possibile inserimento nell'attività lavorativa anche in forma di cooperativa. L'Istituto svolge attività culturali, ricreative e sportive con l'obiettivo di permettere agli utenti ricoverati e al personale stesso di vivere in un ambiente il più possibile aperto all'esterno e socializzante. Collabora inoltre con la Direzione Didattica per ogni attività inerente il percorso scolastico (scuole elementari, medie inferiori, medie superiori), con le istituzioni del territorio per inserimenti lavorativi terapeutici, offre ospitalità a gruppi per incontri di studio e di preghiera. Un gruppo di volontari si è costituito in associazione e collabora con l'équipe nei programmi di socializzazione degli ospiti (“Gruppo volontari della Casa Verde”).

5.6 Servizi complementari

SERVIZIO RELIGIOSO

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

PICCOLO RISTORO

E' disponibile al piano inferiore un distributore di bevande fredde e un distributore di bevande calde, caffè, cappuccino, thé e cioccolata. Per gli ospiti la distribuzione è gestita dagli educatori. Gli utenti possono usufruire di uno spuntino tra i pasti, gestito dagli educatori.

TELEVISIONE

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

TELEFONO

Le telefonate in entrata sono disciplinate dal Direttore del Presidio e gestite dall'educatore di riferimento. Le telefonate in uscita sono gestite dall'educatore o dall'infermiere secondo quanto stabilito con la direzione.

POSTA

E' possibile ricevere e inviare la corrispondenza presso l'Istituto, è premura della Segreteria Amministrativa sia la consegna che l'invio.

PARCHEGGIO

In prossimità dell'ingresso principale c'è un ampio parcheggio.

5.7 Dimissioni

La dimissione dell'utente può avvenire in seguito a:

- termine del percorso riabilitativo per l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi prefissati dal programma di intervento/trattamento;
- dimissione volontaria richiesta dall'utente o dalla famiglia;
- trasferimento dell'utente in altra struttura individuata dal Servizio Territoriale competente, per la prosecuzione 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 nell'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 territoriale referente con il coinvolgimento attivo della famiglia. Alla fine del percorso riabilitativo intensivo, della durata di 3 anni rinnovabile in caso di non raggiunta stabilità delle condizioni cliniche, l'équipe del centro può decidere, in accordo coi servizi territoriali e con la famiglia, la dimissione e l'inserimento in regime di riabilitazione estensiva (RSD).

Viene attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato anche alla buona gestione della dimissione. Al termine del ricovero il medico rilascia una "relazione di sintesi di dimissione" che riporta la diagnosi funzionale e le principali indicazioni terapeutico-riabilitative, da consegnare al proprio Medico di Medicina Generale (MMG).

6. NORME GENERALI

6.1 Cartelle cliniche e certificati

All'atto della dimissione o successivamente, può essere richiesta, alla Segreteria Amministrativa, copia della cartella clinica (consegnabile entro 60 giorni dalla richiesta) o di altra documentazione mediante richiesta scritta. Eventuali certificazioni, durante il ricovero, possono essere richieste, previa domanda scritta, alla Segreteria dell'Istituto.

6.2 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.

6.3 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, o anche della struttura, potrà sporgere reclamo alla Direzione del Centro, utilizzando apposito modulo da inviare all'indirizzo mail dircave@fsm.unipi.it. Non saranno esaminate le segnalazioni anonime. Per facilitare la comunicazione tra familiari e l'Istituto è stata attivata una procedura che prevede che venga raccolto anche il reclamo verbale o telefonico. In caso di segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione il Direttore del Presidio può fornire immediata risposta all'utente. L'Ufficio preposto al ricevimento dei reclami è il protocollo della Segreteria dell'Istituto.

6.4 Tutela della persona e del trattamento dei dati personali (Legge GDPR 101/18)

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 GDPR 101/18 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.

6.5 Ufficio relazioni con il pubblico

I rapporti con gli utenti e i loro familiari sono tenuti dal Direttore del Presidio, dallo Psicologo e/o dal Direttore Sanitario dell'Istituto di Riabilitazione. Per concordare l'incontro l'interessato può utilizzare far riferimento alla Segreteria Amministrativa. Per tutte le informazioni comunque il servizio è attivo dalle ore 8.30 alle ore 18.00 dei giorni feriali ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00: 050/400728 o 050/886661. Il servizio telefonico, per urgenze, è comunque in funzione 24 ore su 24. L'équipe del Centro ha un orario di ricevimento che è esposto al pubblico. Ai familiari che si avvicinano a questo servizio viene offerta, oltre alle informazioni, la possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, e formulare suggerimenti e inoltrare reclami.

Il Direttore di Presidio inoltre, si incontra con i genitori sia su richiesta degli stessi per avere tutte le informazioni che attengono ai principi di ordine legislativo o socio assistenziale, sia per iniziativa del Direttore di Presidio e/o 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.

6.6 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 USL Centro e/o

dell'USL 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.

6.7 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 verificatesi ed i suggerimenti per adeguare la struttura e l'organizzazione del personale alle esigenze di una efficace attività in favore degli utenti. Inoltre ogni anno a settembre viene redatto il programma delle attività con l'organizzazione dei servizi prestati.

6.8 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 USL 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:

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

7. INFORMAZIONI GENERALI

Cosa portare per il ricovero

Oltre agli accertamenti diagnostici di ingresso occorre portare anche eventuali cartelle cliniche di precedenti ricoveri e accertamenti eseguiti nel tempo. Effetti personali (biancheria intima, vestiario, opportunamente cifrati in modo indelebile). Non sono ammessi oggetti personali quali radio, stereo, macchine fotografiche, cellulari. E' consigliabile portare con sé, durante il ricovero, solo gli effetti personali indispensabili, evitando di portare oggetti di valore che potrebbero essere suscettibili di furto o smarrimento. La Direzione non risponde di perdite o di furti che, in un luogo affollato comunitario, sono purtroppo possibili.

I fumatori

E' assolutamente vietato fumare nell'ambito interno della struttura, questo oltre che per disposizione di legge anche e soprattutto per rispetto della salute propria e altrui. Il fumo è consentito nel giardino (con attenzione a non gettare le cicche per terra, un contenitore è collocato all'ingresso). Il Responsabile Fumo è l'IP Maria Rosa Quadrio.

Visite

E' possibile ricevere visita da parte dei familiari o amici concordando con la psicologa o il Direttore Sanitario o il Direttore di Presidio. I familiari che si trattengono in visita possono farlo dalle ore 10.00 alle 12.00 e dalle 16.00 alle 18.00 previo accordo con il Direttore di Presidio. 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 vengono distribuiti ai seguenti orari:

9.00-9,30 colazione
12.30 pranzo
16.00 merenda
19.20 cena

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

Pulizia e ordine

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

Silenzio e tranquillità

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

Uscite brevi per i pazienti

Nella nostra struttura, i pazienti, quando le condizioni cliniche lo consentano, possono effettuare brevi uscite con i familiari o altri accompagnatori. Al momento di uscire l'accompagnatore deve compilare l'apposito Registro di Uscita situato all'ingresso, firmando il quale si assume la responsabilità della tutela dell'ospite. Al momento del rientro deve essere certificata l'ora di rientro controfirmata dall'accompagnatore sullo stesso registro. Le uscite devono avere l'autorizzazione del Direttore Sanitario.

Servizio guardaroba

Gli ospiti devono consegnare i loro indumenti al guardaroba della struttura. Per quanto concerne i bisogni di vestiario quotidiani, la guardarobiera provvederà sia a richiedere nuovi cambi stagionali degli indumenti alla famiglia, effettuando alla consegna la restituzione del cambio stagionale precedente sia a fare richieste di eventuali aggiunte di abbigliamento in caso di necessità.

Servizio lavanderia

Il servizio lavanderia è affidato ad una ditta esterna in appalto che cura anche la dotazione della biancheria per il letto. Tale servizio comprende il lavaggio igienizzato con macchinario industriale

della biancheria intima dei pazienti, degli asciugamani e del vestiario; ogni indumento viene cifrato dalla ditta. Si consiglia, per i capi colorati, di fornire l'ospite di indumenti resistenti ai lavaggi per evitare danneggiamenti.

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. Gli ospiti, al momento dell'ingresso, vengono temporaneamente (per tutta la durata della degenza) assegnati ad un nuovo Medico di Medicina Generale (MMG). Il MMG svolge l'attività ambulatoriale nell'infermeria interna una volta alla settimana ed effettua visite al bisogno, su chiamata degli infermieri.

Per la notte ed i festivi, in caso di bisogno, viene utilizzato il servizio di Guardia Medica del territorio: il Direttore Sanitario è comunque sempre reperibile e disponibile e può essere chiamato dagli Infermieri in servizio. Si fa inoltre presente che sia a Calambrone che a Montalto esiste una reperibilità medica delle 24 ore.

8. 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 .

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

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

Aspetti Relazionali:

1. Per facilitare la possibilità della identificazione del proprio personale da parte degli utenti esterni, gli operatori del presidio di S. Miniato indossano una divisa dove è impresso il nome e cognome, con una casacca di differente colore per ciascuna delle professioni (celeste gli infermieri, blu gli educatori, bianca gli addetti ai servizi generali, infine, camice bianco per i medici e casacca con banda arancione per gli assistenti); chi non ha la divisa porta il cartellino.
2. Coerentemente con quelli che possono essere considerati i valori fondanti dell'Istituzione l'approccio che viene seguito dai professionisti che operano all'interno della Fondazione Stella Maris si caratterizza e si qualifica per due tratti distintivi: a) l'atteggiamento del

prendersi cura piuttosto che curare, con lo spirito di carità che della Fondazione è sostanza; b) la priorità che viene data alla dimensione relazionale dell'individuo considerandone i comportamenti non solo espressione di meri aspetti organici, ma come frutto della reciproca interazione con il contesto familiare, scolastico e sociale.

Il bambino/adolescente/adulto ed i familiari che si rivolgono alla struttura vengono accolti con amore non solo dagli specialisti Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile e dagli infermieri, ma da un'intera équipe integrata di specialisti, esperti di strumenti specifici di valutazione, di diagnosi e terapia: dallo psicologo all'educatore, dal neuropsicomotricista al logopedista. Questi ultimi si rapportano all'ospite e ai suoi familiari, direttamente o attraverso la mediazione della figura del Direttore di Presidio. In coerenza con questi principi tutto il personale partecipa a riunioni di équipe per la discussione degli aspetti clinici, relazionali e riabilitativi degli ospiti, questa metodologia operativa mantiene viva negli operatori l'attenzione rivolta al rapporto con un'utenza portatrice di una intrinseca fragilità e alle relative famiglie.

Umanizzazione:

3. Le figure genitoriali sono entrambe coinvolte nel percorso diagnostico-riabilitativo-assistenziale. L'obiettivo, negli ospiti presenti in regime di residenzialità, è il progressivo incremento dei tempi di contatto con i familiari, attraverso uscite con loro, rientri a casa nel weekend, per le ferie estive e per le grandi festività. Per coloro che non hanno la possibilità del rientro in famiglia, si facilitano le visite in struttura che vanno comunque sempre concordate con l'équipe.
4. La presenza obbligatoria di almeno uno dei due genitori accanto al bambino/adolescente 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. Casa Verde può essere contattata direttamente attraverso il numero della segreteria 050 886661, attivo tutti i giorni con orario 8-13 dal lunedì al venerdì, o in infermeria, dalle 9 alle 17 al numero 050/886666 al cellulare, solo per urgenze 334/6977397. A questi numeri rispondono la segretaria o gli infermieri, personale che è in grado di soddisfare i 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 <https://www.fsm.unipi.it/>, sono presentate nella carta dei servizi ed in una brochure che al momento del ricovero è consegnata ai genitori dei degenti.

12. Presso Casa Verde operano varie organizzazioni di tutela dei cittadini e di volontariato (Gruppo Volontari Casa Verde-ONLUS, associazione Amici della Fondazione Stella Stella Maris-ONLUS che garantiscono per quanto di loro competenza attività di informazione su aspetti normativi e sociali, forniscono inoltre sostegno, contribuiscono a finanziare ed organizzazione eventi ludico-ricreativi allo scopo di umanizzare ed allietare il tempo trascorso in struttura.
13. Tutte le prestazioni vengono erogate solo dopo che il paziente (se in grado di comprendere la richiesta) ed entrambi i genitori/amministratore di sostegno/tutore esprimono 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/amministratore di sostegno/tutore 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 aspetti di natura legale è sempre necessario portare con sé la delibera del tribunale dei minori che autorizza ricovero/cure in vicarianza di uno dei genitori che non ha fornito l'autorizzazione pur essendo sempre in possesso della patria potestà.
14. Come da norma di legge tutti i dipendenti sono impegnati a tutelare la privacy dei degenti e delle loro famiglie. Nei punti di ingresso alla struttura sono esposti i cartelli informativi sulle norme e sugli obblighi di rispetto alla privacy. Le informazioni alle famiglie dei degenti sono garantite durante i contatti con i membri dell'équipe. Ad ogni degente viene affidato come referente un educatore professionale. L'équipe effettua minimo due colloqui durante la fase dell'osservazione (uno conoscitivo anamnestico ed uno alla stesura del PRI, di restituzione e comunicazione di quanto rilevato durante la fase osservativa).
15. Tutti i degenti alla dimissione ricevono la lettera di dimissione dove sono trascritti i principali dati clinici risultanti dalla valutazione. La relazione clinica finale è completa dei dati anagrafici, diagnosi, sintesi anamnestica, profilo funzionale, esami effettuati, terapia farmacologica, percorso riabilitativo effettuato con le indicazioni relative alle varie possibilità di inserimento futuro (familiare, sociale, lavorativo, centro diurno, socio-terapeutico, ecc.), servendosi delle osservazioni e di altro materiale clinico presente in cartella. La relazione è consegnata alla famiglia/amministratore di sostegno/tutore 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/amministratore di sostegno/tutore possono richiedere copia della cartella secondo le modalità indicate nell'opuscolo informativo o in questa carta dei servizi. La struttura si impegna ad inviare copia della cartella clinica entro 60 gg. calcolati dalla data della richiesta.

Tempi ed accessibilità:

17. La struttura è impegnata a garantire l'accesso a tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche: non idoneo.
18. Consegna dei referti: non idoneo.
19. Mancata effettuazione: non idoneo.

20. Disservizio con fruizione entro 72 ore: non idoneo.
21. Numero ambulatori: non idoneo.
22. Integrazione dei CUP: non idoneo.
23. Disdetta telefonica: non idoneo.
24. La fotocopia della cartella clinica viene consegnata all'aveute diritto entro 60 gg. dalla data in cui la cartella è stata richiesta, nel paziente ancora degente al momento della richiesta si deve far riferimento alla data di dimissione.
25. Percorsi protetti: tutte le dimissioni vengono considerate difficili.

Aspetti alberghieri e comfort:

26. Le camere di degenza ospitano fino a 2 utenti.
27. Tutte le camere sono dotate di bagno interno o il bagno si trova nelle immediate vicinanze.
28. Il servizio mensa è appaltato ad una ditta esterna. Il menù è stabilito preliminarmente ai cambi di stagione, ogni giorno esistono minimo due alternative tra le quali si può scegliere quella di proprio gusto, in caso di necessità particolari è possibile far preparare diete speciali anche nel rispetto delle usanze e delle regole imposte delle varie religioni.

Struttura Logistica:

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

Aspetti burocratico-amministrativi:

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

Tutela, ascolto e verifica:

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

Aspetti relazionali

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITA')	INDICATORE	STANDARD	VERIFICA	RISULTATI
1. Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico	N. personale dotato del cartellino di riconoscimento o di divisa identificativa/N. totale del personale (*100)	100 % del personale con elementi di riconoscimento	- 100 % del personale - Nessuna segnalazione	Raggiunto
2. Garantire il	N. reclami per aspetti	decremento % reclami	- Informazione	

miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi	relazionali/N. totale dei reclami	sugli aspetti relazionali	personale - Nessun reclamo	Raggiunto
--	-----------------------------------	---------------------------	-------------------------------	------------------

Umanizzazione

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

Informazione e comunicazione

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

momento della dimissione, della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta	relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta/N. totale dimessi	tutti i pazienti dimessi	Assenza segnalazioni e/o reclami	
16. Garantire criteri di accuratezza, completezza, leggibilità e identificabilità dell'operatore nella documentazione clinica	% casi documentazione sanitaria conformi ai criteri/totale documentazione	Incremento documentazione conforme	Documentazione conforme	Raggiunto

Tempi e accessibilità

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

Aspetti alberghieri e comfort

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

Struttura e logistica

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

Tutela, ascolto e verifica

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

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

Gli impegni di Casa Verde 2021

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

La "Stella Maris" su internet

Collegandosi su INTERNET utilizzando l'indirizzo <https://www.fsm.unipi.it> è possibile visionare il WEB dell'Istituto Stella Maris nel quale trovare numerose informazioni e servizi di pubblica utilità.