

CARTA DEI SERVIZI

**COMUNITÀ RIABILITATIVA ASSISTENZIALE PSICHIATRICA
POTENZIATA DEDICATA AD AUTORI DI REATO
Manfredonia (FG) Frazione Montagna – Località Ruggiano**

INDICE

1	CHE COSA E' LA CARTA DEI SERVIZI	Pag.3
2	PRINCIPI GUIDA E OBIETTIVI	Pag. 3
3	TIPOLOGIA DEL SERVIZIO	Pag. 4
4	LE RETTE	Pag. 5
5	SERVIZI GARANTITI	Pag. 5
6	QUALITA' RESIDENZIALE	Pag. 6
6.1	Descrizione Tecnica e contesto abitativo	Pag. 6
6.2	La nostra cucina	Pag. 6
7	QUALITA' RELAZIONALE	Pag. 6
7.1	Il personale	Pag. 6
8	QUALITA' SOCIO SANITARIA	Pag. 7
8.1	La cartella clinica informatizzata	Pag. 8
8.2	Il percorso terapeutico riabilitativo	Pag.10
9	MODALITA' DI ACCOGLIENZA E DIMISSIONI	Pag.11
9.1	Gestione liste di attesa	Pag.13
10	GIORNATA TIPO	Pag.13
11	GESTIONE DELLE EMERGENZE	Pag.14
12	DIRITTI E DOVERI DELL'OSPITE/REGOLAMENTO	Pag.14
13	FATTORI DI QUALITA' – INDICATORI DI QUALITA' – STANDARD DI QUALITA'	Pag.15
13.1	Indicatori di processo	Pag.16
14	TUTELA E PARTECIPAZIONE	Pag.16
15	CUSTOMER SATISFACTION	Pag.17
16	SICUREZZA ANTINCENDIO	Pag.17
17	TUTELA DELLA PRIVACY	Pag.17

1. CHE COSA E' LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli Ospiti; non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.

Il documento contiene informazioni su:

- i servizi forniti
- le modalità di partecipazione dell'utente al servizio
- le tariffe sui servizi e la quota a carico degli utenti
- gli standard di qualità cui il servizio intende uniformarsi.

La Carta dei Servizi, oltre alla descrizione dei servizi, rappresenta un vero e proprio contratto che il soggetto gestore sottoscrive con il cliente/ospite al fine di:

- migliorare costantemente i servizi resi
- valutare e comprendere le aspettative degli utenti
- descrivere come intende espletare i servizi
- instaurare un dialogo con i clienti/ospite per farli sentire parte integrante del sistema.
-

2. PRINCIPI GUIDA E OBIETTIVI

La Carta dei servizi riconosce alcuni principi fondamentali, secondo lo Schema di riferimento per le carte dei servizi Pubblici Sanitari contenuto nel **DPCM del 19/5/95**, assumendo in particolare i seguenti criteri:

- ♦ **Eguaglianza:** le prestazioni ed i servizi sono forniti senza distinzioni di sesso, età, religione, opinioni politiche e razza. L'attenzione è posta al pieno rispetto della dignità della persona, quali che siano le sue condizioni fisiche o mentali, culturali o sociali.
- ♦ **Imparzialità:** il comportamento di tutti gli operatori nei confronti degli ospiti è di totale imparzialità, obbiettività e di giustizia. A tutti gli ospiti è assicurata la loro privacy al fine di rispettare la propria dignità.
- ♦ **Partecipazione:** agli ospiti è dato modo di verificare la correttezza dei comportamenti, la qualità dei servizi e l'osservanza delle norme di legge e dei regolamenti.
- ♦ **Efficienza ed efficacia:** l'organizzazione delle attività è mirata a garantire la massima qualità delle prestazioni ed il miglioramento continuo dei servizi. Le risorse finanziarie, umane e

tecnologiche sono impiegate in modo oculato e razionale al fine di ottenere il massimo dei risultati evitando sprechi.

- ◆ **Continuità:** i servizi devono essere forniti in modo regolare e continuo tranne che per causa di forza maggiore.
- ◆ **Diritto di scelta:** gli ospiti hanno il diritto di scegliere il soggetto erogatore del servizio.
- ◆ **Centralità della persona:** I nostri interventi sono orientati a fornire risposte ai bisogni e alle caratteristiche delle singole persone, ponendo la persona, nella sua globalità, al centro dei nostri interventi, che sono imperniati su principi di ascolto, accoglienza e rispetto.
- ◆ **Solidarietà:** La Struttura si pone in un'ottica di tutela e aiuto nei confronti delle persone in situazione di fragilità.”

3. TIPOLOGIA DEL SERVIZIO

La Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica Potenziata Dedicata Ad Autori Di Reato è una struttura che può ospitare soggetti autori di reato anche con misure di sicurezza detentive, dotata di n. 20 posti letto; la CRAP dedicata ulteriormente potenziata sotto il profilo assistenziale esplica “funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato” a cui viene applicata dalla Magistratura anche la misura di sicurezza detentiva del ricovero in OPG e dell’assegnazione a casa di cura e custodia.

La Responsabilità sanitaria della struttura rimane in capo alla ASL FG che nomina un medico psichiatra all’interno del Dipartimento di Salute mentale con funzioni di Responsabile sanitario, fermo restando le funzioni di coordinamento svolte dal medico psichiatra dell’Ente gestore.

La struttura segue le direttive del Dipartimento di Salute mentale, adotta linee guida e procedure scritte di consenso professionale in accordo con il Dipartimento di Salute mentale. Le procedure scritte si riferiscono a:

- definizione dei compiti di ciascuna figura professionale;
- modalità d’accoglienza del paziente;
- valutazione clinica e del funzionamento psico-sociale;
- definizione del programma individualizzato;
- criteri per il monitoraggio e la valutazione periodica dei trattamenti terapeutico/riabilitativi;
- gestione delle urgenze/emergenze;
- modalità di raccordo per garantire l’assistenza di base ai pazienti ricoverati nella struttura;
- modalità di raccordo con il Dipartimento di Salute mentale e/o il Dipartimento di Dipendenze patologiche;

- modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza;

Per quanto concerne l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, atteso che non costituisce competenza né del Sistema Sanitario Nazionale né dell'Amministrazione penitenziaria, è attivato specifico Accordo con la Prefettura al fine di garantire adeguati standard di sicurezza.

4. LE RETTE

Quanto alla determinazione della tariffa, essa è definita con i criteri di cui alla DGR n. 1293/2022 ad oggetto *“Aggiornamento tariffe regionali per l'Assistenza Sociosanitaria in favore di soggetti non autosufficienti, disabili, persone con disturbi mentali, persone affette da dipendenze patologiche, soggetti in età evolutiva, persone con disturbi dello spettro autistico, persone nella fase terminale della vita, persone cui sono applicate le misure di sicurezza”*, a cui si rimanda per i dettagli, con l'aggiunta di una voce di costo relativa al servizio di vigilanza H24 affidato ad gestore certificato (quantificato come da DGR n. 782/2016). In applicazione dei predetti criteri, la tariffa regionale di riferimento per la giornata di degenza nella CRAP potenziata dedicata agli autori di reato con misure di sicurezza detentiva è pari ad € 226,64.

5. SERVIZI GARANTITI

I servizi che la Comunità offre a tutti gli utenti sono:

- -sistemazione dell'ospite in stanze doppie o, nella misura massima del 10% dei posti letto totali, in camere singole;
- -pensione completa comprendente: colazione, spuntino a metà mattina, pranzo, merenda e cena;
- -cambio quotidiano della biancheria da bagno ed almeno settimanale della biancheria piana;
- -servizio di lavanderia;
- -pulizia giornaliera delle stanze;
- -coordinamento a cura di uno specialista in psichiatria;
- -servizio di riabilitazione e terapia occupazionale secondo un programma individuale stabilito dall'ente inviante in condivisione con l'equipe professionale della struttura;
- -servizio di assistenza sociale;
- -attività laboratoriali interne ed esterne alla CRAP dedicata ulteriormente potenziata;
- -attività di animazione ed uscite socializzanti programmate di gruppo e/o individuali;
- -servizio di trasporto con pulmini della struttura per partecipazione ad attività esterne e visite mediche programmate dal Dirigente Medico della struttura, escursioni;
- -sostegno ed aiuto per il mantenimento delle capacità autonome nelle attività della vita quotidiana;

- servizio infermieristico;
- -valutazione medica d'ingresso e successivi periodici controlli con rilevazione dei parametri vitali;
- sostegno psicologico e consulenza psichiatrica.

6. QUALITA' RESIDENZIALE

6.1 Descrizione Tecnica e contesto abitativo

La struttura è sita su due livelli: al piano terra sono presenti tutti i locali di servizio comune, inoltre è prevista un'area dedicata ad eventuali visitatori/parenti. Al primo piano sono situate tutte le camere da letto, le sale attività di gruppo e le stanze per le attività sanitarie.

Dispone inoltre di una area verde attrezzata.

6.2 La nostra cucina

Il servizio ristorazione è affidato a personale in possesso dell'attestato di partecipazione al Corso di formazione per la sicurezza alimentare (Reg. CE 852/04 e art. 4 della Legge regionale n. 22 del 24/07/07/ e smi) che, per la produzione dei pasti, utilizza gli impianti presenti della struttura.

Tale produzione rispetta i parametri previsti nel Manuale di Autocontrollo HACCP. I pasti rispetteranno un menù settimanale che rispetterà anche eventuali intolleranze ed allergie; per gli ospiti affetti da celiachia è stata predisposta apposita convenzione per la preparazione e distribuzione di pasti privi di glutine.

Inoltre, laddove particolari condizioni lo richiedano, è effettuato il servizio in camera, mentre per ospiti con problemi di masticazione e/o deglutizione è previsto un menù con cibi semifluidi.

7. QUALITA' RELAZIONALE

7.1 Il Personale

Gli Operatori devono possedere una specifica formazione sull'accoglienza, la gestione dei casi relativamente ai peculiari elementi di complessità che li caratterizzano (rapporti con la Magistratura, prescrizioni restrittive della libertà personale, rapporti spesso particolarmente problematici con il contesto), sulla gestione di comportamenti agitati o aggressivi, sui rischi, sulle modalità per interagire

con i pazienti violenti, nonché sui trattamenti efficaci da mettere in atto e l'attuazione di procedure di gestione di emergenze ed urgenze in caso di scompensi psicopatologici.

La struttura dispone del seguente organico:

- 12 infermieri a tempo pieno di cui 1 con funzioni di coordinamento;
- 6 OSS a tempo pieno;
- 3 medici psichiatri a tempo pieno di cui 1 con funzioni di Responsabile sanitario e con reperibilità medico psichiatrica notturna e festiva;
- 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno;
- 1 psicologo a tempo pieno;
- 0,5 assistente sociale.

Il Servizio offerto è incentrato su interventi di tipo relazionale che devono essere effettuati con la collaborazione di tutti gli operatori.

A tal fine vanno considerati essenziali i seguenti aspetti dell'attività di tutta l'equipe:

- osservazione e monitoraggio quotidiano delle attività dell'ospite;
- relazione consapevole nel rapporto con le problematiche del paziente nei suoi bisogni di assistenza, vicinanza e stima;
- controllo di eventuali comportamenti potenzialmente a "rischio" per sé o per altri;
- eventuale partecipazione a programmi volti a migliorare la qualità dell'assistenza ed il benessere psicofisico dell'Ospite;
- redazione e compilazione del PTRI in collaborazione con l'ente inviante.

Parte essenziale di tale attività è la partecipazione dell'equipe multidisciplinare alla discussione dei casi durante le riunioni effettuate settimanalmente presso la struttura.

L'organizzazione e la supervisione del lavoro di equipe viene effettuato dal Coordinatore di concerto con il Medico referente della struttura.

L'intero personale in servizio presso la Comunità frequenta periodicamente corsi di aggiornamento e formazione per mantenere sempre alti gli standard qualitativi.

8. QUALITA' SOCIO SANITARIA

L'assistenza sanitaria è garantita dalla presenza di un Responsabile sanitario individuato dall'ASL FG e da n. 3 medici psichiatri a tempo pieno e dalla collaborazione di Medici di base e dei Centri di Salute mentale di riferimento, che si occupano di stilare le impegnative indispensabili per l'approvvigionamento dei farmaci, per l'esecuzione di analisi di laboratorio o di indagini diagnostiche presso gli ambulatori dell'ASL.

Le attività di base di questo servizio sono garantite dalla presenza del personale infermieristico supervisionato dal Dirigente Medico. Le attività sanitarie sono:

- valutazione generale delle condizioni psico-fisiche dell'ospite al momento del suo ricovero redazione della cartella sociosanitaria informatizzata definita sulla piattaforma *TaleteWeb*.
- monitoraggio costante delle condizioni dell'ospite e dell'andamento del progetto riabilitativo;
- approvvigionamento, distribuzione e somministrazione di farmaci e vigile osservazione dei loro affetti. La gestione dell'approvvigionamento dei farmaci è a carico della Direzione Sanitaria della CRAP che farà diretto riferimento alla Farmacia Ospedaliera del P.O. "San Camillo de Lellis" di Manfredonia, per prossimità territoriale;
- pronto intervento in situazioni di emergenza.

8.1 Cartella clinica informatizzata C.R.A.P. rinforzata.

- La cartella è stata definita in relazione alla normativa vigente e in base alle necessità del setting assistenziale specifico: problematiche clinico/assistenziali di tipo psichiatrico in soggetti autori di reato.
- La cartella è costruita con organizzazione che accompagna l'operatore alla compilazione per fasi. La colorazione delle diverse sezioni definiscono il profilo professionale: il verde corrisponde all'area medica, il fucsia l'area infermieristica, il verde chiaro l'area Psicologica, l'azzurro l'area dell'assistenza di base di competenza dell'Operatore Socio Sanitario e il grigio che corrisponde all'area multiprofessionale.
- L'articolazione delle schede, come sopra riportato è definita con un'organizzazione logica a supporto degli operatori: la cartella sanitaria è composta in modo che le diverse schede sono rappresentate in ordine di compilazione dalla scheda anagrafica sino alla lettera di dimissione che chiude la cartella clinica.
- Articolazione della cartella
- La prima scheda presente nella cartella è la scheda anagrafica che in parte si autocompila all'apertura della cartella, con possibilità di arricchirla con ulteriori dati. Seguono le seguenti schede-sezioni:
- Consenso informato: in questa sezione si scarica il consenso informato parametrizzato per la firma dell'assistito. Nella sezione è presente il tasto per allegare il consenso firmato dall'assistito.
- Visita Medica di 1° ingresso: in questa sezione viene effettuata l'Anamnesi psichiatrica con la valutazione del livello di attenzione del rischio suicidario.

- **Area Psicologica:** nella sezione è riportata la valutazione Psicologica del livello di attenzione sul rischio suicidario a completamento della valutazione Psichiatrica;
- **Anamnesi:** sezione di valutazione anamnestica clinica;
- **Esame obiettivo:** sezione di valutazione medica con esame obiettivo completo sullo stato patologico non psichiatrico;
- **Accertamento infermieristico:** valutazione infermieristica su tre aree soma/psiche/relazione con definizione di problemi assistenziali con linguaggio standardizzato ICNP;
- **Scale di valutazione infermieristiche.** Nella sezione sono state incluse le seguenti scale:
- **Scala di conley** per la valutazione del rischio di caduta;
- **Scala di Moas** per la valutazione dell'aggressività;
- **Scala NRS** per la valutazione del dolore.
- **Pianificazione assistenziale infermieristica:** in questa sezione si completa il percorso assistenziale definito in sede di accertamento: dalla conferma del bisogno assistenziale di natura infermieristica (diagnosi infermieristica ICNP DC) alla definizione degli Outocme ed interventi.
- **Parametri vitali:** scheda dedicata alla rilevazione dei parametri vitali. La cartella permette l'inserimento classico oppure la rilevazione con device multiparametrico specifico attraverso APP (già presente).
- **Prescrizione farmaci:** sezione medica dedicata alla prescrizione farmacologica – direttamente da ogni singola cartella o dalla sezione dedicata al foglio unico di terapia informatizzato con gestione diretta di tutti gli assistiti.
- **Somministrazione farmacologica:** sezione infermieristica dedicata alla registrazione della somministrazione farmacologica, compilabile sia dalla singola cartella di ogni assistito o dalla sezione dedicata al foglio di terapia.
- **Scala di valutazione psicologica:** nella sezione è stata inclusa la Scale for Suicide Ideation, come da procedura aziendale, per valutazione oggettiva del rischio suicidario.
- **Diari:**
- **Diario Medico;**
- **Diario Infermieristico;**
- **Diario Psicologico;**
- **Diario OSS.**

- Monitoraggio notturno: sezione dedicata al monitoraggio notturno a cura degli Infermieri e degli OSS. La scheda prevede almeno tre controlli durante la notte (24.00; 02.00; 04.00), con breve relazione dello stato.
- Consulenze: scheda dedicata alla richiesta di eventuali consulenze;
- Esami ematici: scheda dedicata alla richiesta di eventuali esami ematici;
- Esami strumentali: scheda dedicata alla richiesta di eventuali di esami strumentali.
- Lettera di dimissione.

- La cartella clinica è organizzata per moduli, prevede la possibilità di personalizzarla ulteriormente e di inserire se necessario altre figure professionali con relativi diari e valutazioni (Educatore; Assistente sociale ecc.).

8.2 Il percorso terapeutico riabilitativo

Il percorso terapeutico riabilitativo seguito nella comunità rientra in un più ampio progetto di presa in carico territoriale, condiviso con l'ospite, con la famiglia e con l'ente inviante, in particolar modo con il Dipartimento di Salute Mentale dell'area di provenienza.

La Comunità si propone come un ambiente tranquillo, sicuro e protetto, all'interno del quale l'ospite può compiere il proprio cammino verso il raggiungimento di obiettivi psicoterapeutici e socio riabilitativi quali:

- autonomia personale e capacità di relazionarsi adeguatamente con l'ambiente esterno;

- capacità di cooperare all'interno di un gruppo per il raggiungimento di un obiettivo condiviso;
- cura della propria persona e degli ambienti in cui vive;
- acquisizione delle abilità sociali complesse;
- preparazione e collocazione al lavoro;

Per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato ha fondamentale importanza la partecipazione alla vita comunitaria, che consente all'ospite di sperimentare un modello di vita simile a quello di una qualsiasi persona e adeguato alle aspettative sociali.

L'ambiente è quello di una grande famiglia, dove tutti vengono coinvolti nelle attività quotidiane e condividono i momenti principali della giornata (collaborazioni per attività gestionali della Casa, le attività organizzate, lo svago, i momenti liberi) con gli altri ospiti e con tutto il personale.

Le attività svolte nell'arco della giornata e della settimana prevedono incontri e colloqui con l'equipe professionale e momenti dedicati allo sport, alla lettura, alle espressioni artistiche (pittura, musica, laboratorio espressivo e di piccolo artigianato), al cineforum, alle uscite.

La Riabilitazione si svolge anche per il tramite di convenzioni con Associazioni di Volontariato al fine di promuovere il miglioramento della qualità della salute psico-fisica.

9. MODALITA' DI ACCOGLIENZA E DIMISSIONI

La CRAP dedicata potenziata ha una capacità ricettiva di n. 20 posti ed il trattamento è indicato a seguito di Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria per pazienti che presentano uno o più dei seguenti criteri di inclusione:

- mancanza di compliance al trattamento;
- trattamento psichiatrico che non dà risultati;
- situazioni multiproblematiche;
- rischi medio-alti di comportamenti aggressivi agiti negli ultimi tre mesi.

L'inserimento e la dimissione avvengono esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale di residenza, a seguito di disposizione della Magistratura, in base ad un progetto terapeutico stilato dal Centro di Salute Mentale, che conserva compiti di supervisione e verifica, fornendo garanzie sulla corretta realizzazione dei trattamenti, in sintonia con le prescrizioni del Giudice.

La CRAP è deputata prioritariamente all'accoglienza dei pazienti residenti nel territorio della ASL in cui la stessa è allocata. L'inserimento di pazienti residenti in altre ASL deve, comunque, essere comunicato al Dipartimento di Salute Mentale del territorio nel quale la struttura insiste.

Nella fase di preingresso si effettua un incontro conoscitivo presso il CSM di appartenenza per definire la fase di ingresso, conoscenza del caso e sottoscrizione del contratto di ospitalità della CRAP da parte della famiglia dell'Ospite.

Il Responsabile Sanitario, durante la riunione settimanale presenta il quadro clinico e l'anamnesi dell'Ospite. Il coordinatore pianifica l'inserimento del nuovo Ospite secondo le modalità ed i tempi previsti durante la riunione d'equipe.

L'accoglimento avviene attraverso l'accompagnamento in CRAP da parte delle Forze dell'Ordine e/o di un operatore dell'ente committente. Durante il primo incontro il Coordinatore spiega all'ospite ed ai familiari, eventualmente intervenuti, il funzionamento in linee generali della CRAP ed effettua richiesta della documentazione personale e sanitaria da consegnare e definisce la programmazione della gestione economica individuale.

All'atto dell'accettazione sono consegnati al Coordinatore Responsabile della Comunità i seguenti documenti:

- copia della tessera sanitaria ed eventuale esenzione sanitaria;
- copia della carta d'identità e codice fiscale;
- richiesta del proprio medico di medicina generale su ricettario regionale;
- certificato medico, rilasciato dal proprio medico di base/specialista, attestante la patologia dell'ospite;
- terapie prescritte dal medico di base;
- eventuali prescrizioni dietetiche, intolleranze, allergie alimentari;
- eventuali documenti degli enti (cartelle cliniche di precedenti ricoveri, le indicazioni e le notizie relative ai farmaci che si assumono abitualmente ecc.)
- copia del libretto della pensione;
- documentazione clinica degli enti attestante la patologia;
- eventuale nomina tutolare o amministratore di sostegno

PERIODO DI OSSERVAZIONE: Nei primi tre mesi dall'inserimento sono rilevati il grado di autonomia, le potenzialità ed il profilo relazionale dell'equipe. Dal momento dell'ingresso inizia il periodo di osservazione: tutte le informazioni, impressioni, fatti che accadono, richieste, bisogni, comportamenti ritenuti rilevanti ai fini di un adeguato intervento a sostegno. Sin dal suo ingresso, l'Ospite è in possesso del PTRI già precedentemente concordato con l'Ente di invio, il Dirigente Medico ed il Coordinatore della CRAP, la famiglia e l'Ufficio per l'esecuzione penale esterna di riferimento.

Entro il primo mese di osservazione, il Coordinatore individua per ciascun Ospite l'Educatore referente, questo ha il compito di osservare e valutare i dati che serviranno a confermare l'inserimento dell'Ospite e monitorare l'andamento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale e riportare tale osservazione nelle Riunioni d'equipe.

La valutazione dell'andamento del PTRI viene effettuata, inoltre, durante gli incontri di verifica tra i diversi Enti partecipanti al Progetto.

PROCEDURA DI DIMISSIONI: Il termine dell'erogazione del Servizio può essere causato da:

- trasferimento in altro servizio;
- raggiungimento degli obiettivi progettuali;
- ricovero in strutture sanitarie.

Le valutazioni in merito al termine dell'erogazione del servizio vengono discusse in una riunione alla quale sono presenti il Dirigente Medico Sanitario, il Coordinatore della CRAP, lo psicologo ed il referente dell'Ente committente. La riunione ha il compito di definire il tempo ed i modi della cessazione del servizio. Nei casi in cui si ravvisa la possibilità di dimissione del paziente dalla CRAP si effettua comunicazione a mezzo pec alla S.S.D. Autori di Reato per le determinazioni del caso come da PTRI, che a sua volta si relazionerà con il C.S.M. ed il Legislatore.

9.1 Gestione liste di attesa

La gestione delle liste di attesa avviene tramite un registro digitale in capo alla REMS costituito sulla scorta delle richieste pervenute a mezzo pec dalla Magistratura, rispettando il criterio cronologico per arrivo delle richieste, modulando l'inserimento in lista d'attesa in base alle urgenze ravvisate di volta in volta nel caso specifico (codice rosso).

10. GIORNATA TIPO

La giornata trascorsa nella CRAP è scandita da momenti e da attività differenziate, oltre che da momenti personalizzati rivolti alla cura della persona e alla sua salute, intesa nella sua globalità e non solo in senso medico. Si sottolinea che la progettualità individualizzata è il punto di riferimento per tutti gli operatori, i quali sono impegnati a dare un significato terapeutico e riabilitativo e non di semplice sorveglianza o accadimento, ai propri interventi.

L'organizzazione della giornata intende favorire la presenza di una situazione terapeutica che rispetti i tempi e i ritmi dei clienti garantendo un adeguato intervento volto alla trasmissione o recupero di

abilità e competenze nonché a favorire i processi di socializzazione e di acquisizione di modalità relazionali.

L'intervento dell'equipe si struttura nella quotidianità attraverso i seguenti passaggi:

Intervallo orario	Attività
7,00 – 8,00	Risveglio ed igiene personale
8,00 – 8,30	Colazione ed assunzione della terapia farmacologica
8,30 – 12,45	Programmi riabilitativi – Spuntino - Attività sociali ed occupazionali
12,45- 13,45	Pranzo ed assunzione della terapia farmacologica
13,45-15,15	Riposo, eventuale igiene personale
15,15 -17,45	Programmi riabilitativi - Attività sociali ed occupazionali
17,45- 18,00	Merenda
18,00 – 20,00	Attività libere
20,00-21,00	Cena -assunzione della terapia farmacologica – Attività libere – Riposo

11. GESTIONE DELLE EMERGENZE

In caso di emergenza/urgenza psichiatrica, per cui la situazione psicopatologica in atto richieda un intervento immediato, sia a causa di metodi di relazione e comportamenti ingestibili del pazienti, sia per l'incapacità contenitiva dell'ambiente circostante, occorre contattare rispettivamente: il Dirigente Medico, il servizio 118, le Forze dell'Ordine, il C.S.M. di riferimento del territorio che, come stabilito dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1620 del 12.07.2007, deve provvedere alla gestione tempestiva dell'emergenza/urgenza psichiatrica, 24/24h in ogni giorno dell'anno, attraverso l'adozione di apposite procedure e linee guida in merito.

Nel caso in cui l'emergenza/urgenza si verifichi negli orari in cui il C.S.M. non è in servizio, si contatterà direttamente il Dirigente Medico della struttura, il servizio 118 e le Forze dell'Ordine.

In caso di comportamenti con esiti di agiti di violenza auto ed etero diretta occorrerà contattare direttamente le Forze dell'Ordine oltre le istituzioni sopraccitate.

12. DIRITTI E DOVERI DELL'OSPITE/ REGOLAMENTO

Il Soggetto Gestore si impegna al miglioramento della qualità dei servizi offerti e chiede ai cittadini un coinvolgimento attivo in questo processo.

L'ospite nella fruizione dei servizi ha diritto:

- ad essere assistito con attenzione e premura nel rispetto della dignità umana e dei propri diritti e convinzioni etico-religiose;
- ad essere individuato con il proprio nome e cognome;
- ad avere un'informazione completa riguardo allo stato di salute;
- ad ottenere che i dati relativi al proprio stato di salute e ad ogni altra circostanza che lo riguardi, rimangano riservati e pertanto comunicati solo a parenti, amici o medici da lui identificati;
- ad esprimere la propria opinione sulla qualità dei servizi e delle prestazioni, segnalando eventuali disfunzioni per contribuire al miglioramento del servizio, e ad avere un riscontro delle segnalazioni;
- ad avere il tempo di ambientarsi, durante il primo periodo, esprimere la propria intenzionalità al programma da intraprendere

L'ospite nella fruizione dei servizi ha il dovere:

- di collaborare con i medici ed il personale di assistenza, fornendo informazioni chiare e precise sulla propria salute, sui precedenti ricoveri e sulle terapie eseguite;
- di informare il personale curante qualora abbia intenzione di interrompere la permanenza;
- di osservare gli orari di entrata e di uscita, nonché gli orari stabiliti dalla Direzione per la somministrazione della colazione, pranzo e cena;
- di comunicare alla Direzione eventuali spostamenti o assenze temporanee e firmare all'uscita e al rientro l'apposito registro;
- di dimostrare rispetto per il lavoro di tutto il personale di assistenza attenendosi alle prescrizioni ed utilizzando in maniera appropriata ambienti, attrezzature e arredi della struttura;
- di evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri degenti;
- di rispettare il divieto di fumare;
- di rimborsare o risarcire la Direzione per tutti i danni arrecati alla struttura ed alle apparecchiature per fatto doloso o colposo o comunque non dovuti alla normale usura.

13. FATTORI DI QUALITÀ – INDICATORI DI QUALITÀ – STANDARD DI QUALITÀ

Per quel che concerne gli standard basati sugli indicatori quantitativi, il riferimento utilizzato è quanto indicato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995.

La Struttura ha individuato i propri parametri iniziali, sulla base delle suddette indicazioni; dopo un congruo periodo di monitoraggio (quadrimestrale) gli elementi emersi saranno oggetto di approfondita analisi, al fine di indicare interventi di miglioramento ed eventuali nuovi obiettivi che tutta l'Organizzazione si farà carico di perseguire.

Definizioni:

- **Fattori di Qualità:** aspetti rilevanti oggettivi (qualitativi o quantitativi) o soggettivi per la percezione della qualità del servizio da parte dell'Ospite che ne usufruisce direttamente.
- **Indicatori di Qualità:** parametri ritenuti indicativi per monitorare i fattori di qualità.
- **Standard di Qualità:** valori attesi per ciascun indicatore.

I suddetti elementi sono riportati nella seguente tabella.

Fattori di qualità	Indicatori di qualità	Standard di qualità
Disponibilità e cortesia del personale	Grado di valutazione espresso rispondendo al "Questionario di soddisfazione cliente": Molto soddisfatto = 10 soddisfatto = 8 accettabile = 6 molto insoddisfatto = 4	7
Attività laboratoriale		7
Attività di socializzazione ed animazione		7
Assistenza medica ed infermieristica		7
Pulizia ed igiene laboratori ed ambienti comuni		7
Servizio di refezione		7

13.1 Indicatori di processo

Gli indicatori di processo sono fondamentali per la verifica, il controllo e il continuo miglioramento dei PTRI erogati. Di seguito sono riportati gli indicatori individuati per il monitoraggio dei PTRI nella CRAP.

P1. Definizione indicatore: compilazione del PTRI per la definizione del progetto terapeutico riabilitativo dell'utente

Numeratore: utenti per i quali è stato compilato un PTRI entro i tre mesi rispetto all'ingresso in Struttura

Denominatore: utenti che accedono alla CRAP

Fonti informative: cartella clinica

Standard: 75%

P2. Definizione indicatore: Revisione periodica del PTRI

Numeratore: utenti che stanno intraprendendo un programma riabilitativo per i quali è stata effettuata, ogni 6 mesi, almeno una revisione del PTRI

Denominatore: utenti che stanno intraprendendo un programma riabilitativo

Fonti informative: cartella clinica

Standard: 75%

P3. Definizione indicatore: Revisione critica dei Drop-Out

Numeratore: utenti che stanno intraprendendo un programma riabilitativo e che vanno incontro a Drop-Out per i quali viene effettuata una revisione critica delle circostanze che hanno condotto al Drop-Out ed una conseguente analisi delle opportune azioni correttive, mediante compilazione condivisa del nuovo PTRI

Denominatore: utenti che stanno intraprendendo un programma riabilitativo e che vanno incontro a Drop-Out

Fonti informative: revisione cartella clinica a scadenza annuale

Standard: 75%

14. TUTELA E PARTECIPAZIONE

Il rispetto degli standard di qualità viene garantito sia attraverso il monitoraggio diretto dei fattori strutturali, assistenziali e di servizio, sia mediante l'analisi periodica delle valutazioni fornite dagli ospiti della struttura.

In particolar modo, quindi, tutta l'Organizzazione è impegnata a garantire la partecipazione dell'ospite alle prestazioni erogate, attraverso una corretta informazione, un costante ascolto dei suoi bisogni, oltre che la possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, di formulare suggerimenti ed inoltrare reclami.

15. CUSTOMER SATISFACTION

La Direzione ha inserito la Soddisfazione del cliente tra gli obiettivi da monitorare. Lo strumento adottato è un Questionario di soddisfazione dell'ospite e suo familiare che ha lo scopo di valutare le esigenze ed aspettative degli Ospiti nell'ottica del miglioramento continuo.

Segnalazioni e Reclami

Particolare importanza viene data, dalla Direzione, ai suggerimenti e reclami da parte degli ospiti della struttura, al fine di monitorare qualità attesa e percepita del servizio.

A tal fine è stata predisposta una Scheda di segnalazione per eventuali suggerimenti e reclami, presente presso l'accettazione.

Sarà cura della Direzione, dopo aver avviato idonea attività istruttoria, dare una risposta alle segnalazioni, indicando i termini (max 30gg) entro i quali la struttura provvederà a rimuovere le irregolarità riscontrate.

16. SICUREZZA ANTINCENDIO

La struttura è dotata di un sistema di sicurezza antincendio in base al quale:

- è operativo un sistema di rilevazione fumo e antincendio
- idranti ed estintori sono indicati da appositi cartelli e nelle planimetrie esposte in ogni piano
- le uscite di sicurezza sono individuate da luci di emergenza.

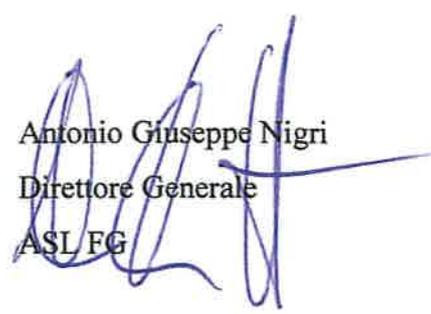
Inoltre, esiste un piano di sicurezza approntato attraverso un'attenta valutazione dei rischi e rispetto alla normativa vigente unitamente all'attuazione di corrette ed adeguate misure preventive.

17. TUTELA DELLA PRIVACY

Ogni ospite, o suo familiare viene informato, ed esprime il consenso circa il trattamento dei dati personali e sanitari secondo quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679.



Luigi Paparella
Rappresentante Legale
Consorzio Metropolis
Alba, 2/8 - 70056 Montebelluna



Antonio Giuseppe Nigri
Direttore Generale
ASL FG