
Centro SAN PAOLO

Via Cappuccini 11/a 95043 Militello in Val di CT



Carta dei Servizi



**COMUNITA' TERAPEUTICO ASSISTITA
CONVENZIONATA ASL 3 CT**

Sistema di gestione per la qualità certificato da



Certificato n°12494/05/S

rev. 7 del 15/01/2010

Gentile Signora, Gentile Signore,

Nell'accoglierLa nella Ns. Comunità poniamo alla Sua attenzione questa "CARTA DEI SERVIZI SANITARI" che Le permetterà di conoscere il CENTRO SAN PAOLO, la tipologia delle prestazioni erogate ed ogni servizio disponibile.

La Carta dei Servizi è uno strumento di confronto tendente al costante miglioramento della qualità offerta dalla Struttura.

Con il costante impegno della Direzione e degli Operatori abbiamo motivo di ritenere di offrirLe un "prodotto" di qualità.

Questa

"CARTA DEI SERVIZI" redatta a cura dello staff amministrativo e sanitario della Comunità e dal Responsabile Qualità, è disponibile per la consultazione presso i nostri uffici.

SOMMARIO:**1. SEZIONE PRIMA: PRESENTAZIONE DELL'ISTITUTO**

- 1.1 Il contesto Urbano
- 1.2 Storia e caratteristiche attuali
- 1.3 Dichiarazione della Direzione
- 1.4 Distribuzione e revisioni

2. SEZIONE SECONDA: INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA E SUI SERVIZI

- 2.1 Funzioni Aziendali (organigramma)
- 2.2 Regolamento interno per i ricoverati
- 2.3 Consegna Certificati e Cartelle cliniche

3. SEZIONE TERZA: LINEE METODOLOGICHE GENERALI E PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

- 3.1 Inserimento
- 3.2 Linee metodologiche
- 3.3 Percorso Riabilitativo
- 3.4 Tecniche e modalità di intervento
- 3.5 Predimissione e Dimissione

4. SEZIONE QUARTA: STANDARDS DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI

- 4.1 Standard di Qualità
- 4.2 Impegni e programmi
- 4.3 Attenzione focalizzata al cliente/utente
- 4.4 Miglioramento continuo

5. SEZIONE QUARTA: METODI DI TUTELA E VERIFICA

- 5.1 Pianificazione del sistema di gestione per la qualità
- 5.2 Reclami
- 5.3 Indagini sulla qualità attesa e percepita
- 5.4 Identificazione e rintracciabilità
- 5.5 Analisi dei dati

6. ALLEGATO

- 6.1 Carta dei diritti e doveri dell'Utente malato (G.U. 31/5/1995)

PRESENTAZIONE DELLA COMUNITA'

1.1 Il contesto urbano

Il **Centro San Paolo** si trova nel centro abitato di **Militello in Val di Catania** (all'origine in Val di Noto), la città delle 20 chiese. Nel 2002, per il suo straordinario **barocco**, è stata inclusa dall'**UNESCO** fra le città **Patrimonio della Umanità**.



Cittadina edificata intorno all'anno 1000, si sviluppò intorno ad una piccola fortezza che dall'alto dominava le vallate San Vito e S.Barbara. Nel 1600 i

Branciforti la trasformarono in una "piccola capitale" arricchendola di opere pubbliche e di edifici sacri.

Gravemente danneggiata dal terremoto del 1693 la città si espanse più a nord-ovest restando perfettamente integrata con gli antichi quartieri medioevali.

Oggi conta circa 9000 abitanti, dista da Catania circa 50 KM e posizionata a 422 mt. S.l.m. alla fine della piana di Catania nei primi rilievi dei monti iblei.

Prodotti. Tipici: Ficodindia, Olio di Oliva, Ricotta, Arance rosse, Fichi secchi, Pipirata, Vino cotto, Mostarda di Ficodindia, Mostaccioli, Cassatelline, Pasta con finocchietto selvatico e Scacciate.

Significative le **manifestazioni** come "La Sagra della Mostarda e del Ficodindia", le Feste Patronali e la "Settimana del BAROCCO".

1.2 Storia e caratteristiche attuali.

IL Centro San Paolo nasce nel 1980 come Centro di Assistenza.

NEL 1983, il passaggio delle competenze sanitarie alle UU.SS.LL., innescò un processo di riqualificazione dell'assistenza ai soggetti psichiatrici.

Nel marzo del 1988, a seguito della nuova convenzione stipulata con le UU.SS.LL., il Centro di Assistenza San Paolo si specializza e assume la nuova forma di Comunità Terapeutico-Riabilitativa, con l'inserimento di nuove figure professionali specializzate (Infermieri Professionali, Animatori, Psicologi e Psichiatri).

Viene riprogrammata la parte tecnica: che si basa sull'approntamento di piani terapeutico-riabilitativi multidisciplinari individualizzati, redatti dall'équipe della Comunità con la collaborazione dei Servizi di Tutela Mentale di appartenenza dell'assistito.

Oggi la Ns. Comunità può ospitare un massimo di 40 pazienti, con un rapporto operatore paziente di 1/1.

Nell'ottica della costante soddisfazione dei bisogni dell'utente e del continuo miglioramento delle proprie prestazioni, il *Centro San Paolo* ha deciso di standardizzare le proprie regole gestionali mettendo a punto un sistema di gestione per la qualità, che gli ha consentito di ottenere la certificazione di qualità, in conformità alla norma ISO 9001:2008.

1.3 Dichiarazione della Direzione

La missione della *Comunità terapeutica assistita* è quella di riabilitare il paziente, ovvero consentirgli (per quanto è possibile) il reinserimento nel proprio contesto familiare e sociale.

Il *Centro San Paolo* assume come suo principale impegno quello di operare nel campo del disagio psichico e dell'emarginazione sociale. L'impegno del centro è rivolto a:

- svolgere un'azione fondata sui principi della condivisione e della solidarietà per l'accoglienza e la cura di persone sofferenti per il disagio psichico, attraverso una serie di opportunità, iniziative e strumenti che rispettino la dimensione umana e la partecipazione alla vita sociale e civile;
- tendere a svolgere un'azione di denuncia e di lotta alle cause che sono all'origine del disagio ed all'incuria nei confronti delle persone affette da disturbi psichici, anche attraverso specifiche iniziative di carattere sociale, politico e culturale;
- operare in modo che la propria presenza si qualifichi come superamento di antagonismo tra pubblico, privato e privato sociale per la proficua collaborazione di una rete integrata di servizi.

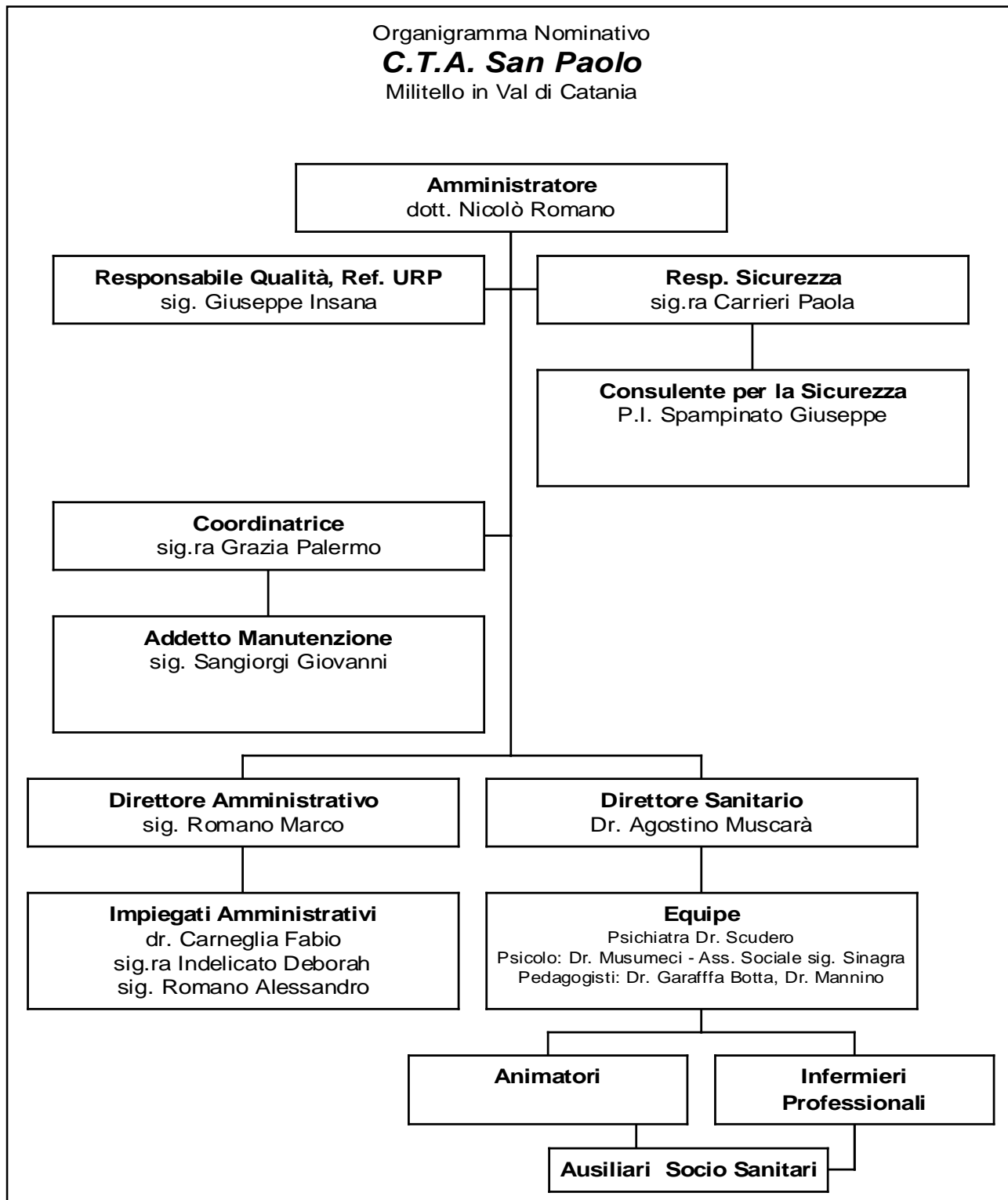
1.4 Distribuzione e revisioni

La presente Carta dei Servizi è distribuita in forma controllata a cura della Direzione Sanitaria, che provvede a consegnarne copie agli Enti interessati, a renderla disponibile per la consultazione da parte degli Utenti.

La Carta dei Servizi è revisionata, con cadenza annuale, a cura della Direzione Sanitaria, che provvede alla sostituzione delle copie obsolete.

2. SEZIONE SECONDA:

2.1 Funzioni Aziendali



2.2 Regolamento interno per i ricoverati

Al fine di garantire una civile e rispettosa convivenza, al momento del colloquio di ingresso, il futuro paziente viene informato sulle principi che costituiscono il regolamento interno:

- l'orario di uscita per gli utenti è fissato alle ore 7.00 (derogabile, previo accordo con gli operatori)
- l'orario di rientro è fissato alle ore 21 (derogabile, previo accordo con gli operatori);
- tutte le uscite personali devono essere concordate con gli operatori e segnalate alla coordinatrice o all'equipe;
- Nei locali della Comunità è **Vietato Fumare**, si può fumare soltanto negli spazi aperti.
- La comunità non risponde del denaro e degli oggetti di valore non affidati espressamente alla Direzione e quindi non segnati sugli appositi registri.
- L'uso personale in camera e negli spazi comuni, di apparecchi radio-televisivi e sottoposto a regolamentazione e comunque non è possibile usare detti apparecchi (tranne che con cuffie) oltre le ore 22.00;
- Il trattamento Terapeutico riabilitativo individuale, come da contratto è prescritto dall'equipe psico-medica della Comunità.

2.3 Consegna referti e Cartelle cliniche

L'interessato ovvero il tutore o un parente, precedentemente individuato dall'utente con apposita dichiarazione effettuata anche ai sensi del Dlgs 196/2003, effettua richiesta scritta su apposito modulo fornito dai Ns. uffici. Entro cinque giorni lavorativi la documentazione richiesta è consegnata al richiedente.

3. SEZIONE TERZA: Linee metodologiche generali e Progetto terapeutico-Riabilitativo

3.1 Procedura per accesso alle prestazione/Inserimento

Il Centro San Paolo, convenzionato con il S.S.N., accoglie pazienti affetti da patologia psichiatrica, handicap e problemi psicosociali, con potenzialità riabilitative, inviati dalle AA.SS.LL., con un'impegnativa a termine.

L'utente che vuole intraprendere un percorso terapeutico riabilitativo individualizzato presso il Centro San Paolo deve rivolgersi al Dipartimento di Salute Mentale di appartenenza, questi è deputato a valutare la necessità e la durata del ricovero.

L'utente, quindi, inviato dal D.S.M. della A.U.S.L., giunge al Centro San Paolo per un colloquio di pre-ingresso con i membri dell'équipe. Il colloquio, che può avvenire anche in presenza della famiglia, è finalizzato ad indagare le possibilità riabilitative del potenziale utente e le possibilità di inserimento nel contesto della Comunità, comprende la visita della struttura ed eventualmente anche un momento di condivisione, quale il pranzo all'interno della Comunità.

La visita del Centro San Paolo ed il momento di condivisione rappresentano non solo un momento di valutazione, da parte dell'équipe, delle possibilità di inserimento del potenziale paziente all'interno della comunità, ma hanno anche il fine di interessare quest'ultimo alla vita in comunità e di ispirare in lui un sentimento di fiducia nei confronti della struttura. Il ricovero è, infatti, può avvenire solo se volontario.

Sulla scorta di quanto emerso dal colloquio, l'équipe decide se accettare o no il ricovero. L'esito è comunicato alla A.U.S.L. tramite apposito modulo entro tre giorni lavorativi.

Al momento del colloquio viene consegnato all'utente un prospetto sul quale sono esposte le regole comportamentali e comunitarie da osservare. Viene richiesta una firma per accettazione. I dati personali raccolti durante il colloquio di pre-ingresso vengono trattati ai sensi della LEGGE 196/2003, l'utente viene edotto tramite apposita informativa.

3.2 Linee metodologiche

Per ogni utente viene elaborato un progetto terapeutico-riabilitativo a termine, che oltre alla farmacoterapia fonda i suoi metodi sulle dinamiche di:

- Comunità e gruppabilità (dall'individuo al gruppo e viceversa);
- Relazione e comunicazione
- Rielaborazione dei vissuti
- Progettualità
- Socialità
- Farmacoterapia

Di conseguenza il Centro San Paolo agisce con intervento strutturato e interattivo di farmacoterapia, psicoterapia e riabilitazione da cui deriva un essenziale lavoro di équipe.

Nella sua prassi quotidiana la Comunità riafferma e garantisce i principi fondamentali dei diritti del malato.

La CTA si pone, dal momento della presa in carico, come riferimento centrale della rete dei servizi e degli interventi sociali possibili, suggeriti dall'evolvere stesso del progetto terapeutico-riabilitativo. In quest'ottica si ricerca sempre la collaborazione dei D.S.M., dei presidi sanitari di base e delle forze sociali (associazioni, volontariato, centri di formazione professionale, inserimento scolastico ecc..).

3.3 PERCORSO RIABILITATIVO

Al momento della definizione del progetto individuale, il paziente è inserito in un gruppo di affidamento e le attività quotidiane che sono schematizzate in bacheca e, in ogni caso, al mattino, gli animatori illustrano ai pazienti e li seguono nelle attività della giornata:

- ✓ **igiene personale:** tale attività si tende a stimolare il paziente alla cura della propria persona;
- ✓ **il pasto:** anche i pasti sono programmati secondo un menù vario e approvato un momento importante nel percorso riabilitativo di un paziente. I pasti sono serviti sempre alla stessa ora, anche se il paziente dice di non aver fame viene invitato a sedersi a tavola; se un paziente ha esigenze alimentari particolari (ad es. intolleranze, diabete, ecc.), il Direttore Sanitario le registra sul modulo "Elenco intolleranze alimentari" (il modulo è appeso in cucina);
- ✓ **uscite:** ogni giorno, ad orari prestabiliti, reso noto tramite affissione, gli animatori accompagnano i pazienti fuori dalla struttura per delle passeggiate, piccoli acquisti o altro;
- ✓ **momenti di incontro programmati:**
 - gruppo terapeutico
 - assemblee di comunità (settimanale)
 - riunioni di équipe
 - riunioni tra équipe e animatori
 - riunioni tra équipe e infermieri
 - riunioni tra équipe ed ausiliari



- ✓ **attività di animazione:** gestite dagli animatori ed organizzate. Vengono coinvolti il numero più ampio possibile di pazienti; generalmente un gruppo di animatori si occupa di una specifica attività:
- laboratorio di assemblaggio/falegnameria
 - attività sportive (tornei di calcio ecc..)
 - laboratorio di "art déco" e découpage
 - laboratorio di gesso
 - atelier di espressione
 - bricolage
 - visione di film e commento
 - giochi di carte (tornei)
 - gite
 - uscite (per spesa varie, etc.).
 - attività ludiche
 - Gruppi culturali: giornalini, scrittura e crescita culturale (gestito dai pedagogisti)



Buona parte delle attività previste nel progetto sono svolte all'esterno della comunità presso la sede dei **laboratori esterni** situata nel centro del paese; la sede è composta da tre ampi locali più servizi.

Nei **laboratori** si effettuano: attività artigianale di falegnameria, attività plastico-pittoriche, gesso, ricamo e cucito;

I pazienti si recano a lavorare insieme agli operatori; è a cura di ogni gruppo l'organizzazione del lavoro, dal reperimento delle materie prime alla collocazione di un eventuale prodotto finito; tali movimenti sono supervisionati dall'equipe psico-medica che segue passo passo le dinamiche emergenti dai singoli e dal gruppo, per poi eventualmente indirizzare, contenere o stimolare nuovi percorsi.

Il laboratorio, oltre che luogo necessario allo svolgimento delle attività programmate per gli utenti del centro San Paolo, a disposizione come sede di incontro, organizzati con utenti e operatori del Servizio, come momento di contatto con la popolazione locale cui si offre lo spazio, e di conseguenza come momento di socializzazione oltre che come occasione di ricerca, scambio culturale e di espressione varia.

Tutte le attività e i laboratori sono effettuati utilizzando attrezzature adeguate, conformi agli standard e sotto la supervisione dell'animatore di riferimento.

3.4 TECNICHE E MODALITA' DI INTERVENTO

- Colloqui psicoterapeutici individuali;
- Applicazione dei seguenti test, ove l'equipe lo ritenga utile:
 - BPRS
 - SAPS
 - SANS
 - MMPI 2
 - WECHSLER
 - TAT
- Scheda diagnostica funzionale
- Scheda di valutazione dei livelli di performances personali e sociali;
- Gruppi dinamici
- Colloqui strutturati con la famiglia



3.5 PREDIMMISSIONE E DIMISSIONE

La dimissione è concordata col paziente e con il Servizio della AUSL di appartenenza, al termine del progetto terapeutico-riabilitativo individuale. In questa fase, all'utente, viene consentito di recarsi più spesso a casa o presso il distretto sanitario di provenienza. Realizza Così un progressivo distacco dalla comunità, che però ancora se ne prende cura e lo sostiene, anche (ove possibile) con la presenza degli operatori presso la sede familiare, il contesto territoriale del distretto sanitario d'origine o la struttura intermedia (casa famiglia, comunità alloggio, gruppo appartamento ecc..) dove il paziente verrà, eventualmente, inserito.

4. SEZIONE QUARTA: STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI**4.1 Standard di Qualità**

Rispetto della dignità del paziente		
Indicatore	Standard	Risultato
Igiene dell'utente	Al mattino e quando necessario	Almeno due interventi al giorno per paziente sull'igiene personale
Pulizia delle camere da letto	2 volte al giorno	730 interventi di pulizia nelle camere in un anno (cfr piano pulizie)
Confort ambientale	Pulizia degli spazi comuni 3 volte al giorno e benessere ambientale	Soggiorni climatizzati e areati con aspiratori pulizia degli spazi comuni 3 volte al giorno (cfr piano pulizie)
Qualità dei pasti	Servizio di ristorazione interno	Varietà dei pasti, ingredienti freschi forniti quotidianamente, preparati nella cucina interna.
Esigenze degli utenti	Appositi orari giornalieri di colloquio. Gruppi allargati e riunione settimanale di comunità	50 riunioni di comunità ogni anno, 150 riunioni gruppi allargati annui, almeno un colloquio settimanale per paz.

Qualità dei rapporti con l'utente		
Indicatore	Standard	Risultato
Accoglienza all'ingresso	Disponibilità della presente Carta dei Servizi revisionata annualmente, colloquio d'ingresso	Almeno 50 carte dei servizi distribuite in un anno in forma cartacea; Sito internet dal quale è possibile prelevare la "Carta" in formato PDF. Tutti i pazienti ammessi usufruiscono del colloquio di pre-ingresso e ingresso.
Relazione operatore/utente	Garanzia e impegno che gli operatori mantengano costantemente comportamenti ispirati a criteri di massima professionalità, di obiettività, di giustizia e di imparzialità, sempre nel pieno rispetto dei principi della dignità umana.	300 riunioni annue nelle quali gli operatori si confrontano sui loro interventi quotidiani
Trattamento sanitario	Programma terapeutico individualizzato	Tutti i pazienti hanno un PTI

Garanzia di Professionalità del personale e delle attrezzature		
Indicatore	Standard	Risultato
Dotazione e qualifica del personale laureato	D.A. Reg.Sicilia sull'accREDITAMENTO istituzionale	La Struttura è Accreditata (cfr.GURS n°56 del 07/12/2006)
Dotazione e qualifica del personale non laureato	D.A. Reg.Sicilia sull'accREDITAMENTO istituzionale	La Struttura è Accreditata (cfr.GURS n°56 del 07/12/2006)
Selezione del personale	Ogni membro del personale deve corrispondere a dei Profili professionali minimi e preferenziali per poter svolgere le mansioni assegnate. D.A. Reg.Sicilia sull'accREDITAMENTO istituzionale	Tutto il personale corrisponde a quanto stabilito nel documento "Profili professionali" . La Struttura è Accreditata (cfr.GURS n°56 del 07/12/2006)
Professionalità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piano di formazione annuale di almeno 20 ore previsto per tutto il personale ▪ Schede annuali di valutazione del personale ▪ Affiancamento per i nuovi assunti (tutorato) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 900 ore di formazione ricevuta dal personale con una media di 30 ore per operatore ▪ Tutto il personale è annualmente valutato tramite scheda di valutazione M27. ▪ Ogni operatore nuovo assunto è stato affiancato.
Dotazione e tipologia delle attrezzature	Conformità ai requisiti di legge al momento dell'acquisto e mantenimento della efficienza mediante programmi di manutenzione periodica	Scheda di manutenzione per ogni attrezzatura

PROCESSO ALBERGHIERO

	INDICATORI	FREQUENZA DI RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RISULTATO COSEGUITO
1	Controlli microbiologici di piani di lavoro, utensili e attrezzature varie oltre i limiti di accettazione	quadrim	cbt a36° < 15	OK= 6
2	Controlli microbiologici delle mani del personale addetto oltre i limiti di accettazione	quadrim	cbt a36° < 5	OK= 0
3	Controllo acque	semestrale	tutti i parametri pari a 0	OK= 0
4	Verifiche sul piano delle pulizie (n.ro di NC rilevate)	settimanali	registrazioni costanti e corrette	OK= nessuna non conformità

EROGAZIONE DEL SERVIZIO

INDICATORI	FREQUENZA DI RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RISULTATO COSEGUITO
N.ro di TSO (in % sul n.ro di pazienti)	annuale	0,4%	0
Adesione alla terapia farmacologica (un paziente che rifiuta la terapia per almeno una settimana)	annuale	<20%	0
Allontanamenti arbitrari (un paziente che si allontana per più di 5 volte)	annuale	<20%	0
% dimessi	Annuale	> 5 %	2 pazienti dimessi su 40= 5%
adesione alle attività di comunità (un paziente che partecipa a meno del 70% delle attività previste)	annuale	<20%	0
questionari di soddisfazione: items relativi all'accoglienza (valore migliorato rispetto alla rilevazione precedente)	fine 2009	>60% risp. Positive	70%
questionari di soddisfazione: items relativi all'accoglienza (valore migliorato rispetto alla rilevazione precedente)	fine 2009	>55% risp. Positive	80%

RISORSE UMANE

INDICATORI	FREQUENZA DI RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RISULTATO COSEGUITO
Ore di formazione	Annuale	50 ECM 20 ORE non ECM	Si
I tem schede soddisfazione M69	Semestrale	Aree con soddisfaz > 70%	Parziale
% di schede con insufficienze	Semestrale	Max 5%	si

MIGLIORAMENTO QUALITA'

INDICATORI	FREQUENZA DI RILEVAZIONE	SOGLIA DI ACCETTAZIONE	RISULTATO COSEGUITO
N. DI NON CONFORMITÀ NON RILEVATE AL DI FUORI DELLE VERIFICHE ISPETTIVE;	Annuale	3	0
N° DI OBIETTIVI CONSEGUITI TOTALE OBIETTIVI PREFISSATI	Annuale	80%	100%

4.2 Impegni e Programmi

Impegno della Direzione

La Direzione del *Centro San Paolo* è cosciente dell'importanza del rispetto dei requisiti del committente, dell'utente del servizio, nonché di tutti quelli cogenti applicabili e pertanto assicura il suo impegno nello sviluppo e nella messa in atto del sistema di gestione per la qualità tramite:

- un regolamento in cui è esplicitata, tra le altre cose, la missione (e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira) e, quindi, la Politica per la Qualità;
- gli obiettivi per la qualità;
- i riesami della direzione;
- la piena disponibilità di risorse.

Inoltre, al fine di mantenere sempre viva in tutta l'organizzazione la consapevolezza della necessità di soddisfare i requisiti del cliente/utente, la Direzione pone particolare attenzione alla comunicazione col personale, coinvolgendo in questo tutti i responsabili delle diverse aree.

La *Comunità terapeutica assistita* è impegnata in un processo continuo, finalizzato al conseguimento di obiettivi di qualità di livello sempre più elevato. Ogni funzione interna è impegnata a soddisfare costantemente le esigenze di tutta l'utenza; i servizi e le attività svolte da ciascuno devono conformarsi sempre e totalmente ai requisiti prescritti. Al fine di assicurare l'attuazione della Politica per la Qualità la *Comunità terapeutica assistita* s'impegna a:

- mettere in primo piano la dimensione umana del paziente e, quindi, a porre particolare attenzione a tutte le sue esigenze ed ai risvolti psicologici connessi con la sua condizione di salute e la sua permanenza nella *Comunità terapeutica assistita*;
- conquistare la fiducia dell'utenza non solo attraverso la competenza e la professionalità dei propri operatori, ma anche attraverso la protezione del paziente da qualsiasi forma di condizionamento verso le sue convinzioni morali, politiche, culturali e religiose, nonché attraverso una facile ed immediata comunicazione che permetta una completa informazione sulle caratteristiche della struttura sanitaria, sulle prestazioni dalla stessa erogate, sulle modalità di accesso e sulle relative competenze.

- aggiornare continuamente il proprio modo di soddisfare le esigenze dell'utenza;
- monitorare le attività che influenzano la qualità dei propri servizi, raccogliendo ed analizzando i dati che permettono di definire ed attuare appropriate azioni preventive volte all'eliminazione delle cause di potenziali non conformità;
- promuovere la formazione continuativa come maggior leva disponibile per il cambiamento culturale e comportamentale;
- assicurare l'erogazione delle prestazioni in ambienti adeguati, confortevoli e sicuri;
- revisionare i processi organizzativi e gestionali ponendo il paziente (nella sua dimensione umana) al centro del percorso terapeutico-riabilitativo;
- favorire la massima circolazione delle informazioni e delle idee;
- mantenere attivo un sistema di raccolta e monitoraggio dei reclami dal qual fare scaturire interventi correttivi e migliorativi dell'organizzazione.

4.3 Attenzione focalizzata all'utente/cliente

Centro San Paolo considera della massima importanza la completa comprensione delle necessità dei propri utenti e dei propri committenti, al fine di fornire un servizio in grado di soddisfare le esigenze, espresse ed implicite, degli stessi. In quest'ottica, l'organizzazione:

- a) attraverso la Carta dei Servizi offre al cliente un vero e proprio strumento per il controllo sulla qualità erogata;
- b) garantisce che gli operatori mantengano costantemente comportamenti ispirati a criteri di massima professionalità, di obiettività, di giustizia e di imparzialità, sempre nel pieno rispetto dei principi della dignità umana, indipendentemente dalla classe sociale di appartenenza, dal sesso e dalle disponibilità economiche;
- c) monitora il livello di soddisfazione di utenti e committenti;

- d) effettua un attento riesame dei documenti contrattuali (convenzione, carta dei servizi, impegnative dell'A.U.S.L.) allo scopo di verificare:
- il possesso dei requisiti richiesti;
 - la corretta indicazione delle specifiche del servizio;
 - la capacità operativa dell'organizzazione in termini di disponibilità e competenze del personale;
 - la possibilità di soddisfare le esigenze e le attese del cliente e dell'utente.
- e) pone le esigenze e le attese del cliente e dell'utente alla base della progettazione del percorso terapeutico riabilitativo ed effettua momenti di verifica e riesame del progetto;
- f) valida i progetti, per accertarsi che il percorso terapeutico progettato ed attuato sia idoneo all'uso previsto (e quindi in grado di soddisfare le esigenze del cliente).

La Direzione del *Centro San Paolo* si pone due obiettivi primari: rispettare costantemente tutti gli impegni assunti con l'utenza attraverso la propria Carta dei Servizi; assicurare la soddisfazione dei propri operatori (dal momento che questo è uno dei presupposti fondamentali per l'erogazione di un servizio di qualità).

4.4 Miglioramento continuo

L'attività di **valutazione e miglioramento della qualità** ricade sotto la responsabilità dell'Amministratore che in tale attività è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Responsabile Qualità: momento istituzionale per l'espletamento di tale attività è il riesame del Sistema Qualità. In tale occasione, vengono anche approvati i piani di miglioramento, in seno ai quali sono definite le azioni da compiere lungo un orizzonte temporale di almeno tre anni. Nella descrizione della singola azione migliorativa sono specificati gli obiettivi, le strategie, le responsabilità attribuite, la destinazione di risorse, i tempi di realizzazione e gli eventuali indicatori per la verifica delle attività svolte, come richiesto dal D.A. 890/2002.

5. SEZIONE QUINTA: METODI DI TUTELA E VERIFICA

5.1 Pianificazione del sistema di gestione per la qualità

Attraverso la documentazione del Sistema Qualità, l'organizzazione garantisce che tutte le attività connesse con la realizzazione dei servizi costituenti lo standard aziendale sono il risultato di una pianificazione che ha portato al raggiungimento del miglior livello qualitativo possibile.

Il Responsabile Qualità verifica costantemente che il Sistema Qualità sia compatibile con i requisiti dell'utenza.

Inoltre, ad inizio di ogni anno, la Direzione aggiorna il documento "Mappatura dei Processi" definendo, in base ai macro-obiettivi descritti nella Politica della Qualità, gli obiettivi periodici, le strategie per il relativo conseguimento, nonché gli indicatori atti a monitorare la capacità dei processi di permettere il conseguimento degli obiettivi.

Come richiesto dal D.A. 890/2002, quindi, la Direzione attraverso il documento "Mappatura dei processi", il Piano di miglioramento definisce i programmi da svolgere (con le relative priorità) ed impartisce le direttive per l'azione amministrativa e gestionale.

5.2 Reclami

Durante il periodo di ricovero, si possono verificare procedure che non soddisfano le esigenze e/o le aspettative degli utenti o delle loro famiglie, che manifestano il proprio malcontento attraverso un reclamo. Il *Centro San Paolo* garantisce la risoluzione delle non conformità e dei problemi che generano reclami e valuta, dopo averne analizzato le cause, l'esigenza di attuare opportune azioni correttive volte a prevenirne il ripetersi. Il *Centro San Paolo*, inoltre, individua opportune azioni preventive volte a prevenire il verificarsi di non conformità e/o reclami.

Presso il Ns. ufficio amministrativo è a disposizione degli utenti/clienti il MODULO RECLAMO per inoltrare alla Direzione le segnalazioni sui disservizi riscontrati.

Verrà analizzato ogni reclamo, garantendo una risposta a tutte le osservazioni formulate in forma non anonima, entro 15 giorni dalla data di presentazione.

In sede di riesame della direzione vengono analizzati tutti i reclami ricevuti e le eventuali soluzioni adottate.

Il responsabile delle relazioni con il pubblico è il Responsabile Qualità sig. Insana Giuseppe.

5.3 Indagini sulla qualità attesa e percepita

Gli sforzi che il Centro San Paolo si propone di effettuare, sono misurati nel tempo essenzialmente attraverso una serie di obiettivi ed indicatori.

La politica per Qualità e la Carta dei Servizi sono sottoposti a revisione periodica da parte della Direzione.

Ad ogni Utente con sufficiente capacità cognitiva o in alternativa ad un familiare, viene somministrato, con frequenza semestrale ed al momento della dimissione, un QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE al fine di monitorare la qualità del servizio erogato.

5.4 Identificazione e rintracciabilità

Ogni azione e registrazione documentale è chiaramente identificata e riporta sempre la data e la firma del compilatore o dell'attore.

5.5 Analisi dei dati

Centro San Paolo, individua, raccoglie ed analizza i dati provenienti dai "verbali di non conformità/reclamo", "azione di miglioramento, correttiva, preventiva", "questionari di soddisfazione", "rapporti di visite ispettive interne" e "rapporti di visite ispettive da parte dell'ente certificante" per:

- monitorare l'adeguatezza del sistema di gestione;
- valutare dove possono essere apportati miglioramenti.

I dati raccolti servono a monitorare le seguenti aree:

- a) soddisfazione del cliente;
- b) soddisfazione dei familiari dell'utente (quando possibile)
- c) conformità del servizio ai requisiti;
- d) prestazioni dei fornitori;
- e) andamento delle procedure.

I dati vengono analizzati tramite il monitoraggio dei processi e il riesame della direzione.

6. ALLEGATO

6.1 Carta dei diritti e doveri dell'Utente malato (G.U. 31/5/1995)

I DIRITTI

L'utente ha diritto:

- Ad essere assistito e curato con premura ed attenzione e vedere riconosciuta la sua individualità derivante all'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione ed a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a delle proprie esigenze.
- In particolare durante la degenza, ad essere sempre individuato con il proprio cognome e nome anziché con un numero o con il nome della propria malattia (come avveniva e forse avviene anche tuttora in taluni nosocomi) . Ha altresì il diritto di essere interpellato con il pronome LEI.
- Ad avere la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nella interpretazione delle Leggi e delle circolari, di differente trattamento
- A ricevere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze. Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente le persone che lo hanno in cura.
- Il Paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura, informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia ed alla terapia proposta
- In particolare, salvo i casi d'urgenza nei quali il ritardo possa comportare pericolo per la salute, il Paziente ha il diritto di ricevere le notizie che gli permettano di esprimere un consenso effettivamente informato, prima di essere sottoposto a terapie od interventi. Le dette informazioni debbono concernere anche possibili rischi o disagi conseguenti al trattamento. Ove il sanitario raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità di un'informazione diretta, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del Paziente, ai famigliari o a coloro che esercitano la patria potestà.
- Il Paziente ha, altresì, il diritto di essere informato sulle possibilità di indagini e trattamenti alternativi. Ove il Paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente, le stesse informazioni dovranno essere fornite alle persone di cui all'articolo precedente.
- Di essere protetto in maniera particolare se, a causa del suo stato di salute, si trova in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza di cui ha bisogno.
- Il Paziente ha diritto di ottenere che i dati relativi alla propria malattia ed ogni altra circostanza che lo riguardi, rimangano segreti.
- Il Paziente ha diritto di proporre reclami che debbono essere sollecitamente esaminati, ed essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.
- L'utente ha diritto ad una corretta informazione sull'organizzazione della struttura sanitaria.
- In situazioni di particolare necessità le visite al degente, al di fuori dell'orario prestabilito potranno essere autorizzate con permesso scritto rilasciato dal Primario o da persona da lui delegata. In tal caso il famigliare autorizzato dovrà uniformarsi alle regole della struttura ed avere rispetto consono all'ambiente.

- E' diritto di ogni Cittadino/Utente informarsi sull'Organizzazione della Struttura Sanitaria, nei tempi e nelle sedi opportune.
- A ricevere od impedire l'accesso a parenti, amici o visitatori.
- Anche se condannato dalla sua malattia, a trascorrere l'ultimo periodo della vita nel pieno rispetto della sua dignità, ricevendo attenzione ed assistenza.

I DOVERI

- Il Cittadino/Utente quando accede in una struttura è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti dei malati, con la volontà di collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico e con la direzione della sede sanitaria in cui si trova.
- L'accesso alla struttura sanitaria esprime da parte del Cittadino/Utente un rapporto di fiducia e di rispetto verso il personale sanitario, presupposto indispensabile per l'impostazione di un corretto programma terapeutico e assistenziale.
- E' un dovere di ogni Paziente informare tempestivamente i sanitari sulla propria intenzione di rinunciare, secondo propria volontà a cure e prestazioni sanitarie programmate affinché possono essere evitati sprechi di tempi e risorse e soprattutto permettere ad altri utenti di usufruire della stessa prestazione.
- Quando previsto, è dovere di ogni Cittadino/Utente che abbia prenotato visite, esami ed altre prestazioni sanitarie presentarsi il giorno stabilito con il pagamento del ticket già effettuato oppure avvisare tempestivamente se impossibilitato a presentarsi, al fine di permettere ad altri utenti di usufruirne.
- Ogni Cittadino/Utente è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno della struttura ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri.
- Chiunque si trovi in una struttura sanitaria è chiamato al rispetto degli orari delle visite stabiliti dalla Direzione Sanitaria, al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale e terapeutica e favorire la quiete e il riposo degli altri Pazienti. Si ricorda inoltre, che per motivi igienico sanitari e per il rispetto degli altri degenti presenti nella stanza ospedaliera è indispensabile evitare l'affollamento intorno al letto evitando anche di sedersi sui letti.
- Per motivi di sicurezza igienico - sanitari nei confronti dei bambini si sconsigliano le visite in ospedale dei minori di anni 12. Situazioni eccezionali di particolare risvolto emotivo potranno essere prese in considerazione rivolgendosi al personale medico del reparto.
- Nella considerazione di essere parte di una comunità è opportuno evitare qualsiasi comportamento che possa creare disturbo o disagio agli altri degenti (rumori, luci accese, radioline con volume alto, ecc.)
- E' un dovere rispettare il riposo, sia giornaliero che notturno, degli altri degenti.
- In ospedale è vietato fumare. Il rispetto di tale disposizione è un atto di accettazione della presenza degli altri e un sano personale stile di vivere nella struttura ospedaliera.
- L'organizzazione e gli orari previsti nella struttura sanitaria nella quale si accede, devono essere rispettati: le prestazioni sanitarie richieste in tempi e modi non corretti, infatti, determinano un notevole disservizio per tutta l'utenza

La Struttura edilizia

La Comunità è ubicata in un ex monastero del XV secolo, riadattato al miglior livello dal punto di vista dei servizi, con tutti i requisiti di igienicità e standard abitativi, mantenendo inalterata la struttura artistica architettonica di base (sintesi tra arte, cultura e recupero di edifici storici).

Caratteristico il CHIOSTRO interno col pozzo al centro, ampi e luminosi i soggiorni, all'esterno un rigoglioso giardino circonda la struttura.

Le camere da letto, situate al primo piano e servite da ascensore, sono da 1, 2 e 4 posti letto.



Numeri telefonici, Fax, Posta elettronica

- Telefono 095.655351
- fax095.811109
- E.mail: centrosanpaolo@tiscali.it

Come raggiungerci

Da Catania:

- Autolinee INTERBUS, partenza da P.zza Giovanni XXII ogni ora circa;
- Ferrovie dello Stato, partenza Stazione Centrale;

Da Caltagirone

- Ferrovie dello Stato, partenza Stazione Centrale;

IN AUTO

- Da Catania SS 117 CT-GELA, uscire al bivio per Scordia-Militello, oppure SS 114 CT-SR uscita "PRIMOSOLE" e imboccare la SP 384 per Caltagirone e seguire la segnaletica Scordia-Militello;
- Da Siracusa SS 114 CT-SR uscire a "PRIMOSOLE", imboccare la SS. 384 per Caltagirone e seguire la segnaletica Scordia-Militello;
- Da Ragusa SS. CT-RG uscire allo svincolo "VIZZINI SCALO";
- Da Caltagirone S.P. LIBERTINIA, imboccare la CT-RG in direzione Catania e uscire allo svincolo "VIZZINI SCALO";

