

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 1 di 20 |

| Data       | Redazione           | Verifica           | Approvazione       |
|------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| 26/09/2023 | Referente Redazione | Referente Verifica | Direttore Generale |

**Gruppo di redazione:**

- Riccardo Novi
- Marco Regoli
- Dott.Giovannetti
- Dott.Bandini
- Dott.Paroli
- Valeria Mori
- Roberta Tammaro

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 2 di 20 |

## Indice generale

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. PREMESSA.....                                                                                                           | 3  |
| 2. Riferimenti normativi.....                                                                                              | 3  |
| 3. Ente gestore:.....                                                                                                      | 4  |
| 4. Principi di riferimento:.....                                                                                           | 5  |
| A. Eguaglianza.....                                                                                                        | 5  |
| B. Imparzialità.....                                                                                                       | 6  |
| C. Continuità.....                                                                                                         | 6  |
| D. Diritto di scelta.....                                                                                                  | 6  |
| E. Partecipazione.....                                                                                                     | 6  |
| F. Efficienza ed efficacia.....                                                                                            | 7  |
| 6. MISSION.....                                                                                                            | 7  |
| 7. VISION.....                                                                                                             | 8  |
| 8. TIPOLOGIA DI STRUTTURA; UTENZA; AMMISSIONE; DIMISSIONE E REGOLAMENTO.....                                               | 9  |
| a) Tipologia di struttura.....                                                                                             | 9  |
| b) Utenza.....                                                                                                             | 10 |
| c) Ammissione.....                                                                                                         | 10 |
| d) Costi del servizio.....                                                                                                 | 11 |
| e) Regolamento all'interno della struttura.....                                                                            | 11 |
| f) Dimissione.....                                                                                                         | 11 |
| 9. STRUMENTI E STANDARD DI QUALITÀ.....                                                                                    | 11 |
| 10. RAPPORTI CON GLI UTENTI.....                                                                                           | 13 |
| 11. Procedure di reclamo.....                                                                                              | 14 |
| a. Finalità.....                                                                                                           | 14 |
| b. Controllo.....                                                                                                          | 15 |
| c. Ufficio reclami - Urp e ufficio qualità.....                                                                            | 15 |
| d. Modalità di presentazione e gestione del reclamo.....                                                                   | 15 |
| 12. Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi.....                                                      | 17 |
| 13. Segreteria, Ufficio relazioni con il pubblico e ufficio qualità.....                                                   | 18 |
| 14. Partecipazione degli utenti, del volontariato e realtà territoriale all'organizzazione del percorso assistenziale..... | 18 |
| 15. Aggiornamento, pubblicizzazione e diffusione.....                                                                      | 19 |

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 3 di 20 |

## 1. PREMESSA

La presente Carta dei servizi della struttura Cure Intermedie ‘Maria Regina’ di Orentano (Pi) vuol costituire uno strumento agile di trasparenza ed è finalizzata ad illustrare a tutti i potenziali fruitori del servizio la vision, la mission e le caratteristiche della struttura sanitaria, le modalità di accesso, i servizi erogati, gli specifici standard qualitativi fissati ed esigibili e la modalità di partecipazione nonché di presentazione dei reclami da parte degli utenti svolgendo un'importante funzione di informazione e orientamento per tutti gli utenti che usufruiscono del servizio offerto. La Carta dei servizi stabilisce i principi e le condizioni per la loro erogazione, impegnando formalmente la struttura verso i propri utenti e offrendo loro lo strumento per esigerne l'osservanza, verificare il rispetto dei requisiti dichiarati e declinati poi nelle procedure, protocolli, documenti ed istruzioni operative interne contribuendo così – in una modalità costantemente partecipativa – al miglioramento costante della qualità e sicurezza delle cure e del servizio erogato.

## 2. Riferimenti normativi

La carta dei servizi sanitari è ispirata e redatta sulla base della seguente normativa di riferimento:

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 gennaio 1994, *Principi sull'erogazione dei servizi pubblici* – GU Serie generale n. 43 del 22 Febbraio 1994;

LEGGE 273/1995 *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163, recante misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni*;

La legge regionale toscana 675/2004 che approva le linee guida regionali per la carta dei servizi sanitari;

Il DGR 462/2004 che approva le direttive regionali per l'esercizio della tutela degli utenti del Servizio sanitario toscano, con le integrazioni di cui alla DGR 392/2006;

La legge regionale 40/2005, *Disciplina del servizio sanitario regionale*, che all'articolo 16 “*Tutela dei diritti dell'utenza*” ribadisce che la Carta dei Servizi è lo strumento attraverso il

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 4 di 20 |

quale le strutture sanitarie orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. Nella Carta sono definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il raggiungimento di questi ultimi, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente;

L.R. 5 agosto 2009, n. 51, *“Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento”*;

DGRT n. 335 del 28/4/2014 *Il patto con il cittadino: nuovo repertorio di impegni per la carta dei servizi sanitari con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica*.

### 3. Ente gestore

La struttura Cure Intermedie 'Maria Regina' di Orentano è una struttura sanitaria gestita dalla Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus di Fauglia. La Fondazione è un ente del terzo settore iscritta nel Registro regionale toscano delle persone giuridiche private e delle Onlus.

L'ente è di chiara ispirazione cattolica ed è gestita da un Presidente nominato dall'ordinario della Diocesi di S. Miniato che presiede un Consiglio di amministrazione composto da 8 membri nominati ai sensi dell'art. 15 dello Statuto. Il Consiglio di amministrazione nomina il Direttore generale.

La Fondazione ha sede in Fauglia, Piazza S. Lorenzo n. 9 Tel. 0583/23699 – sito istituzionale [www.madonnadelsoccorsofauglia.it](http://www.madonnadelsoccorsofauglia.it) Attualmente il Presidente è il canonico don Mario Brotini.

La Fondazione gestisce, attualmente, anche i seguenti servizi:

- a) RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI) autorizzata al funzionamento per n. 21 posti per persone anziane non autosufficienti modulo base e 1 autosufficiente, accreditata per i posti non autosufficienti ai sensi della LRT 82/2009 e Reg. attuativo 29/R del 2010 inserita con accordo nella rete dei servizi pubblici della ASL Toscana Nord Ovest ai sensi del DGRT 398/15 e del DGRT 995/16;
- b) Centro di accoglienza diurna 'Madonna del soccorso' di Fauglia (Pi) di cui all'art. 22 della LRT 41/2005 per n. 10 posti per persone anziane autosufficienti;
- c) RSA 'Madonna del Rosario' di Orentano (PI) autorizzata al funzionamento per n. 80 posti per persone non autosufficienti modulo base, accreditata ai sensi della LRT 82/2009 e Reg.

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 5 di 20 |

attuativo 29/R del 2010 ed inserita nella rete dei servizi pubblici della ASL Toscana Centro ai sensi del DGRT 398/15 e del DGRT 995/16;

d) Centro di accoglienza diurna 'Madonna del Rosario' di Orentano autorizzato al funzionamento per n. 18 persone anziane non autosufficienti, accreditato ai sensi della LRT 82/2009 e del Reg. 29/R del 2010 e convenzionato con la ASL Toscana Centro ai sensi del DGRT 398/15 e 996/16 per un massimo di 6 posti sui 18 autorizzati;

**e) Servizio di trasporto 'Maria regina' accreditato ai sensi della LRT 82/2009 e Reg. attuativo 29/R del 2010;**

**f) Scuola paritaria d'infanzia S. Anna di Orentano: scuola paritaria riconosciuta dal Ministero dell'Istruzione e Convenzionata con il Comune di Castelfranco di sotto (Pi);**

g) Asilo nido 'S. Anna' di Orentano: struttura educativa autorizzata al funzionamento ed accreditata a 23 posti per bambini dai 3 mesi ai 3 anni, convenzionata con il Comune di Castelfranco di sotto (Pi);

**h) Servizio di trasporto 'Maria regina' accreditato ai sensi del Dgrt 86/R del 2020.**

#### ***4. Principi di riferimento***

La struttura Cure Intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) in attuazione delle norme di legge e di statuto ispira ed impronta il suo modo di operare ai seguenti principi di riferimento:

##### ***A. Eguaglianza***

L'erogazione del servizio è ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti. Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi e l'accesso ai servizi sono uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche. È garantita ed assicurata la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree geografiche di utenza, anche quando le stesse non siano agevolmente raggiungibili, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti.

L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 6 di 20 |

sociali. In particolare, il titolare adotta le iniziative necessarie per adeguare le modalità di prestazione del servizio alle esigenze degli utenti portatori di handicap.

### ***B. Imparzialità***

Il titolare del servizio e l'intera organizzazione ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità. In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore.

### ***C. Continuità***

L'erogazione del servizio, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa regolatrice di settore, deve essere continua, regolare e senza interruzioni. I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio sono espressamente regolati dalla normativa di settore e dalle procedure interne che declinano le norme imperative. In tali casi, sono stati adottate modalità operative e misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

### ***D. Diritto di scelta***

Principale strumento per l'attuazione del presente principio è l'informazione che il servizio assicura al paziente al fine di renderlo effettivamente partecipe della scelta del percorso sanitario ed assistenziale da svolgere con la sua piena partecipazione e convinzione secondo quanto meglio declinato al punto successivo.

### ***E. Partecipazione***

La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico è sempre garantita in una pluralità di forme, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione dei destinatari.

All'utente è assicurato il diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla legge e dalle procedure interne. L'utente può produrre memorie e documenti; prospettare osservazioni; formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio ed avanzare reclami. Il soggetto titolare del servizio

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 7 di 20 |

assicura immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate. Ai sensi delle relative procedure adottate la struttura assicura di acquisire periodicamente la valutazione dell'utente circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo e nelle relative procedure adottate.

### ***F. Efficienza ed efficacia***

Il servizio è erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia. La struttura adotta le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.

## **6. MISSION**

La struttura è gestita dalla Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus di chiara ispirazione cattolica. Conformemente alla sua natura ed allo statuto che regola l'ente tutta l'attività svolta è segnata da una particolare attenzione e sensibilità alla valorizzazione della dignità e dei diritti della persona umana. La struttura di Cure Intermedie ha come obiettivo quello di porre al centro delle proprie attività l'esigenza del paziente ed il suo stato di salute mediante competenza professionale e attenzione umana offrendo un'assistenza sanitaria fondata ed ispirata ai principi della qualità e sicurezza delle cure ed al miglioramento continuo della qualità del servizio erogato così come indicato nell'annuale Piano adottato. E' carattere essenziale della mission della struttura quello di assicurare un alto livello di qualità per la presa in carico di pazienti caratterizzati da necessità di assistenza di intensità intermedia tra la degenza ospedaliera e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa, per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura, senza necessità di assistenza medica sulle 24 ore. Tale attività è svolta a soggetti in condizioni di buon compenso clinico, in dimissioni da reparti per acuti in fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione o provenienti dal territorio con riacutizzazione di cronicità. In questa presa in carico e

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 8 di 20 |

assistenza sanitaria la struttura pone al centro la persona, i suoi bisogni sanitari e non solo in piena partecipazione attiva e collaborazione con i familiari/caregiver e le istituzioni preposte nell'ottica della sussidiarietà che costituisce un pilastro della dottrina sociale della Chiesa. Il servizio erogato mira ad assicurare un servizio caratterizzato da massimi livelli qualitativi dei processi unitamente all'apertura all'innovazione, alla partecipazione, multidisciplinarietà dell'approccio ed ad una visione umana completa e complessiva del paziente ed ad un approccio che vuol rimanere autenticamente familiare.

## 7. VISION

La struttura di Cure Intermedie 'Maria Regina' intende offrire al paziente un processo di presa in carica ed assistenza eccellente e segnato dai seguenti e principali caratteri distintivi della struttura:

- a) Condivisione di una approccio comune e valoriale che, così come indicato nello statuto dell'ente Fondazione, impegna tutti gli addetti alla massima valorizzazione della dignità e dei diritti umani inviolabili, con particolare attenzione per i più deboli e bisognosi;
- b) Approccio multidimensionale: approccio multidimensionale che caratterizza il percorso sanitario dalla presa in carico del paziente, alla progettazione, programmazione, monitoraggio e dimissione;
- c) Lavoro in equipe: altro elemento fondamentale che caratterizza la modalità operativa della struttura e che discende da quanto asserito al precedente *punto a)* è il lavoro in equipe multidimensionale che viene promossa e caratterizza l'intero percorso sanitario dell'utenza accolta in struttura e segna una spiccata propensione al lavoro in gruppi multidimensionali ed alla condivisione;



|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |              |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 9 di 20 |

- d) Professionalizzazione: particolare attenzione allo sviluppo delle competenze professionali, sia obbligatorie che professionalizzanti, ed alla motivazione e preparazione del personale addetto alla struttura per assicurare il miglioramento costante della qualità e sicurezza della cura;
- e) Personalizzazione ed adeguatezza: particolare attenzione e declinazione della presa in carico ed assistenza sanitaria sulle problematiche e fabbisogni specifici dell'utenza con la finalità di assicurare un percorso autenticamente individualizzato ed adeguato che sappia tener conto della complessità e dignità di ogni persona;
- f) Partecipazione e coinvolgimento: altro aspetto qualificante del percorso sanitario cui è preposta la struttura è la decisa volontà di assicurare una massima partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari/caregiver al processo di presa in carico e cura;
- g) Innovazione: altro aspetto fondamentale della modalità operativa della struttura è l'apertura costante ai principi di innovazione sotto tutti gli aspetti, da quelli organizzativi a quelli strumentali con la finalità di assicurare un'alta qualità del servizio offerto;
- h) Clima familiare: gli aspetti tecnici e professionali non devono far venir meno un approccio autenticamente familiare di collaborazione attiva con l'utente ed i suoi familiari che deve caratterizzare tutte le relazioni e deve sempre portare con sé il segno dell'amore di Cristo per tutti gli uomini.

In questa prospettiva, unitamente al personale dipendente, prestano il loro prezioso servizio in struttura le Comunità religiose delle Suore Carmelitane di S. Teresa, Suore Figlie di S. Anna e Suore Canossiane dello Spirito Santo. La loro presenza è regolata sulla base di una convenzione tra la Fondazione e la Casa generalizia dell'Istituto siglata in attuazione del CCNL UNEBA, art. 1 e della contrattazione sindacale aziendale integrative. Le religiose in servizio non sono dipendenti dell'ente ma svolgono la loro preziosa attività professionale in attuazione del carisma dell'istituto

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 10 di<br>20 |

di appartenenza e contribuiscono ad integrare e realizzare la Visione e la Missione della struttura.

## 8. TIPOLOGIA DI STRUTTURA; UTENZA; AMMISSIONE; DIMISSIONE E REGOLAMENTO

### *a) Tipologia di struttura*

La struttura Cure Intermedie “Maria Regina” di Orentano, costruito ed organizzato sulla base della normativa di settore ed in virtù del Decreto della Direzione Sanità e Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana n. 1038 del 26 Maggio 2022, è una struttura sanitaria destinata ad accogliere in maniera residenziale pazienti provenienti dai presidi ospedalieri o dal territorio. La struttura è sita in Via della Chiesa ad Orentano nel Comune di Castelfranco di sotto (Pi) e gestita dall’ente Fondazione ‘Madonna del soccorso’ Onlus di Fauglia (Pi).

L’autorizzazione al funzionamento, l’accreditamento ed il convenzionamento è per 40 pazienti della fase post-acuta ai sensi del punto D. 7 dell’Allegato ‘A’ al DGRT 79/R del 2016. Si tratta di una struttura che assicura un livello di intensità intermedio tra la degenza ospedaliera e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa, per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all’interno della struttura, senza necessità di assistenza medica sulle 24 ore. Tale attività è svolta a soggetti in condizioni di buon compenso clinico, in dimissioni da reparti per acuti in fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione o provenienti dal territorio con riacutizzazione di cronicità che richiedono, per assicurare la necessaria continuità assistenziale e terapeutica, un’assistenza continuativa di tipo infermieristico sulle 24 ore in ambiente sanitario e, qualora necessario, eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo e/o di counseling riabilitativo con l’obiettivo principale di mantenere e/o recuperare il massimo potenziale di autosufficienza residua; soggetti con riduzione non stabilizzata delle

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 11 di<br>20 |

capacità funzionali riferite alla mobilità ed alla cura del sé recuperabili con intervento assistenziale e di rieducazione estensiva ma non gestibili a domicilio per condizioni prevalentemente sanitarie che richiedono interventi assistenziali continuativi per la mobilità e la cura della persona.

### ***b) Utenza***

La struttura Cure Intermedie ‘Maria Regina’ di Orentano (Pi) è autorizzata ad ospitare fino ad un massimo di 40 utenti di cui alle sopra indicate tipologie stabilite dalla legge, provenienti dai presidi ospedalieri tramite ACOT e dal territorio, anche in forma privata, nei limiti della disponibilità di posti.

### ***c) Ammissione***

La struttura sanitaria è destinata ad accogliere in maniera residenziale pazienti provenienti dai presidi ospedalieri tramite percorso COT o dal territorio mediante prescrizione del proprio medico di famiglia o privatamente. Al momento dell’ingresso in struttura viene consegnato all’utente l’informativa in ingresso di cui a DOC MR 03 e il Coordinatore designa il medico, infermiere ed Oss di riferimento. Per il dettaglio del percorso di ammissione si rinvia alla PRO MR 04. Per le richieste di accesso in regime privato a completamento dei posti, viene attivata una lista di attesa dall’URP interno ordinata in base alla data di richiesta, salvo casi di particolare urgenza e gravità.

### ***d) Costi del servizio***

Per i pazienti che fanno ingresso mediante il regime di convenzione il costo del servizio è determinato dalle delibere Regionali ed a carico del Sistema Sanitario. Per i pazienti in regime privato, il costo del servizio è pari a 150€ giornaliero, salvo riduzioni concesse dalla Direzione. In caso di ricovero in ospedale per oltre 3 giorni, verrà applicato una riduzione del 50% della quota. Per i pazienti in regime convenzionato, la fatturazione viene effettuata alla Azienda Sanitaria come da norme interne, mentre la fatturazione del paziente privato viene al momento dell’ingresso per i primi 15 giorni, con ripetizioni della fatturazione ogni

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 12 di<br>20 |

15 giorni al momento del rinnovo del percorso assistenziale. La fattura in regime privato deve essere saldata al momento dell'ingresso.

### ***e) Regolamento all'interno della struttura***

L'utente preso in carico dalla struttura Cure Intermedie 'Maria Regina' si atterrà alle regole di comportamento indicate nel Regolamento adottato di cui a DOC MR 02, regole brevemente sintetizzate nella sopra citata informativa in ingresso.

### ***f) Dimissione***

Al momento della dimissione sarà consegnata una relazione indirizzata al medico curante con tutte le informazioni in merito al ricovero, agli esami, alla diagnosi ed alle terapie eseguite. La relazione riporterà anche le indicazioni sulla terapie da effettuare a domicilio o presso altra struttura e le indicazioni circa gli ulteriori eventuali esami/controlli che l'utente dovrà svolgere. Per il dettaglio del processo di dimissione si rinvia a relativa procedura PRO MR 01 e relative Istruzioni operative IO MR 01 e al DOC MR 36-Lettera di dimissione.

## **9. STRUMENTI E STANDARD DI QUALITA'**

Annualmente, nella riunione del mese di Dicembre di ogni anno, svolta ai sensi della PRO MR 02 nella riunione del Riesame della Direzione viene adottato il Piano della qualità e sicurezza della cure (DOC MR 05) nel quale, sulla base dell'approfondita analisi dei dati, report, incontri e questionari dell'anno in corso, si individuano i fattori da cui dipende la qualità del servizio e, sulla base di essi, si adottano e pubblicano standard di qualità e quantità di cui assicurano il rispetto.

In tale fondamentale documento programmatico, la struttura definisce gli standard generali e standard specifici di qualità e quantità dei servizi, gli obiettivi specifici e le modalità per il loro raggiungimento.

I primi rappresentano obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese.

|                                                                                   |                                                                                   |                          |  |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> |  | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          |  | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 13 di<br>20 |

I secondi si riferiscono a ciascuna delle singole prestazioni/servizi sanitari resi all'utente, che può direttamente verificarne il rispetto.

Nel Piano si determinano, altresì, gli indici da utilizzare per la misurazione o la valutazione dei risultati conseguiti; si forniscono una base di comparazione per raffrontare i risultati effettivamente ottenuti con gli obiettivi previsti; si descrivono gli strumenti da impiegarsi al fine di verificare e convalidare i valori misurati.

Gli standard sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche ai sensi della relativa procedura.

L'osservanza degli standard non è soggetta a condizioni e sono derogabili solo se i risultati sono più favorevoli agli utenti.

Gli standard sono annualmente aggiornati nel mese di dicembre per adeguarli alle esigenze dei servizi e monitorati nel mese di maggio di ogni anno ai sensi della PRO MR 02.

Il Piano annuale della qualità e sicurezza delle cure è diretto a migliorare progressivamente gli standard dei servizi erogati.

Ai sensi della presente Carta dei servizi e delle relative procedure sono attivati in struttura i seguenti organismi:

- Direttore sanitario e responsabile gestione del rischio clinico di cui a PRO MR 01;
- Coordinatore di struttura e facilitatore della qualità di cui a PRO MR 01;
- Comitato qualità e sicurezza delle cure di cui a PRO MR 02;
- Ufficio qualità e Carta dei servizi di cui a PRO MR 01;
- Ufficio relazioni con il pubblico di cui a PRO MR 01;
- Commissione interna di verifica, controllo e consulenza di cui a PRO MR 01;
- Il Comitato di partecipazione disciplinato dal Regolamento di cui al DOC MR 03.

## 10. RAPPORTI CON GLI UTENTI

Gli utenti, sin dal loro ingresso in struttura, sono informati delle decisioni che li riguardano, delle loro motivazioni e delle possibilità di reclamo e degli strumenti di ricorso avverso di esse nell'ottica di promuovere la massima partecipazione dell'utente all'organizzazione del servizio. Le procedure adottate sono finalizzate a declinare tale obiettivo prioritario che assicura la partecipazione dell'utenza anche al Comitato di partecipazione di cui al Regolamento in allegato alla presente Carta dei servizi.

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 14 di<br>20 |

La struttura ed i suoi dipendenti sono tenuti a trattare gli utenti con rispetto e cortesia e ad agevolarli nell'esercizio dei diritti e nell'adempimento degli obblighi.

I dipendenti sono tenuti, altresì, ad indicare le proprie generalità, sia nel rapporto personale, sia nelle comunicazioni telefoniche ed ad essere identificabili ai sensi della PRO MR 01 sulla gestione del personale di struttura.

E' costituito un apposito ufficio volto a curare le relazioni con il pubblico (URP), presso i quali sono disponibili tutte le informazioni utili agli utenti ed aperto tutti i giorni della settimana dalle ore 9. 00 alle ore 18. 00.

Entro e non oltre il 31 marzo di ciascun anno, sulla base dell'analisi del Riesame della Direzione svolta nel dicembre precedente e dei dati intercorsi, il Coordinamento di struttura predispone una relazione sui risultati conseguiti nel precedente esercizio, sottoponendola al Comitato permanente, di cui alla PRO MR 01, per l'attuazione della Carta dei servizi di cui al Capitolo successivo, e dando ad essa adeguata pubblicità. La relazione viene pubblicata anche sul sito internet istituzionale della struttura. La relazione dovrà, tra l'altro, analizzare i risultati conseguiti in rapporto agli standard stabiliti per l'esercizio in questione; definire gli standard per l'esercizio in corso in rapporto anche ai risultati conseguiti nell'esercizio oggetto di relazione; descrivere le ragioni dell'eventuale inosservanza degli standard e i rimedi predisposti; indicare i criteri direttivi cui il soggetto erogatore si atterra' nella redazione dei piani di miglioramento progressivo degli standard.

La struttura, al fine di acquisire periodicamente la valutazione degli utenti sulla qualità del servizio reso:

- predispongono ed inviano agli utenti appositi questionari di soddisfazione di cui a DOC MR 11;
- indicano riunioni pubbliche, almeno una all'anno, con la partecipazione degli utenti, familiari e il Presidente del Comitato di partecipazione di cui a DOC MR 03;
- effettuano, a campione, interviste con gli utenti, anche immediatamente dopo l'erogazione di un singolo servizio ai sensi delle procedure adottate;

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 15 di<br>20 |

- costituisce e rende operativo il Comitato di partecipazione di cui ai sensi di apposito Regolamento (DOC MR 03) che costituisce presidio importante di partecipazione, monitoraggio e progettazione condivisa anche sugli aspetti organizzativi di struttura.

I risultati delle verifiche effettuate sono pubblicati in una apposita sezione della relazione di cui al punto precedente e di essi i soggetti erogatori tengono conto per identificare le misure idonee ad accrescere l'efficienza dei servizi e il raggiungimento degli obiettivi di pubblico interesse formando anche oggetto di analisi in sede di monitoraggio e programmazione nella riunione di maggio e dicembre di ogni anno indetta ai sensi della PRO MR 02 alla quale partecipa anche il Presidente del Comitato di partecipazione o suo delegato ai sensi di apposito Regolamento di cui DOC MR 03.

## 11. Procedure di reclamo

### *a. Finalità*

Il titolare della struttura prevede con la presente Carta dei servizi una modalità di reclamo dell'utente circa la violazione dei principi sanciti nella presente direttiva e danno ad esse piena pubblicità.

Ai sensi della presente Carta dei servizi le procedure di reclamo:

- devono essere accessibili, di semplice comprensione e facile utilizzazione;
- svolgersi in tempi rapidi, predeterminati dai soggetti erogatori;
- assicurare un'indagine completa ed imparziale circa le irregolarità denunciate e garantire all'utente un'informazione periodica circa lo stato di avanzamento dell'indagine stessa;
- prevedere una risposta completa all'utente e forme di ristoro adeguate, ivi compreso il rimborso di cui al precedente precedente capitolo per il pregiudizio da questi subito per l'inosservanza dei principi della presente indicazione;
- consentire ai soggetti erogatori di tenere conto delle doglianze degli utenti al fine del miglioramento della qualità del servizio.

### *b. Controllo*

Le procedure di reclamo sono soggette alla vigilanza del Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi di cui al capitolo successivo.

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 16 di<br>20 |

### ***c. Ufficio reclami - Urp e ufficio qualità***

La struttura ha attivato un ufficio interno di controllo, denominato ‘Ufficio reclami’ che corrisponde all’ufficio relazioni con il pubblico (URP) ed un ‘Ufficio qualità’ per la presa in carico e la gestione tempestiva di reclami e segnalazioni. L’ufficio reclami ha la funzione di supportare l’utente nell’espressione del reclamo e nella sua trasmissione.

L’Ufficio qualità è preposto alla raccolta, gestione, risposta e trasmissione delle informazioni sui reclami ai sensi della procedura sulla Gestione del rischio clinico PRO MR 03.

L’Ufficio qualità è costituito con apposito atto della Direzione generale ai sensi della PRO MR 01.

L’Ufficio relazioni con il pubblico, detto anche URP, è costituito con apposito atto della Direzione generale e composto da un Responsabile e alcuni addetti amministrativi. L’URP non fornisce dati e informazioni sanitarie ma costituisce l’interfaccia informativo generale con il cittadino, l’utente ed i suoi familiari o caregiver e li supporta nell’informazione e conoscenza dell’organizzazione generale della struttura, del suo funzionamento, dei servizi offerti e li supporta anche nelle modalità procedurali tra le quali proprio la presentazione di reclami, segnalazioni o altre istanze amministrativo burocratiche (Es. modalità di accesso degli ‘animali d’affezione’, orari di visita ed accesso in struttura, orario incontro medici e similari).

### ***d. Modalità di presentazione e gestione del reclamo***

Il reclamo deve esser presentato all’Ufficio relazioni con il pubblico (Urp) mediante compilazione dell’apposita modulistica (DOC MR 09) disponibile sul sito istituzionale della struttura sanitaria ([www.madonnadelsoccorsofauglia.it](http://www.madonnadelsoccorsofauglia.it)), sottoscritto dall’utente e inviata digitalmente all’indirizzo mail dell’URP ([reception@madonnadelsoccorsoets.it](mailto:reception@madonnadelsoccorsoets.it)) o consegnata a mano.

Nel caso in cui i dati anagrafici forniti dall’utente fossero incompleti, verrà chiesta un’integrazione da restituire all’URP entro 5 giorni lavorativi dall’invio, pena l’archiviazione del reclamo/segnalazione.



|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 17 di<br>20 |

Le segnalazioni orali, anonime o non firmate non saranno prese in considerazione. La presentazione di segnalazioni non preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.

Tutte le segnalazioni di disservizio, gli elogi, i ringraziamenti e suggerimenti che pervengono all'URP sono trasmessi con immediatezza all'Ufficio qualità per essere conteggiati, analizzati ed utilizzati nell'ambito dei compiti istituzionali ai sensi delle relative procedure. L'Ufficio qualità tiene il Registro di cui a DOC MR 13 nel quale sono segnate e tracciate tutte tali attività e così suddiviso: 1) Reclami; 2) Segnalazioni; 3) Elogi e ringraziamenti; 4) Osservazioni.

Al momento della presentazione del reclamo, l'URP – sentito il Coordinatore dell'Ufficio qualità - comunica all'utente il nominativo del dipendente responsabile dell'indagine, i tempi previsti per l'espletamento della stessa, i mezzi dei quali dispone nel caso di risposta sfavorevole.

L'ufficio qualità riferisce all'utente con la massima celerità, e comunque non oltre trenta giorni dalla presentazione del reclamo, circa gli accertamenti compiuti, indicando altresì i termini entro i quali il soggetto erogatore provvederà alla rimozione delle irregolarità riscontrate o al ristoro del pregiudizio arrecato.

Trascorsi quindici giorni, l'ufficio qualità informa comunque l'utente circa lo stato di avanzamento dell'indagine.

L'ufficio qualità riferisce trimestralmente al Direttore Sanitario sulla quantità e tipologia di reclami ricevuti. Dei reclami ricevuti il soggetto erogatore tiene conto nell'adozione dei piani di miglioramento progressivo degli standard ai sensi delle procedure adottate e sono oggetto di analisi del Riesame della Direzione di cui a PRO MR 02 nonché, all'occorrenza per lo svolgimento di apposito Audit clinico se ritenuto opportuno dal Coordinatore di struttura in accordo con la Direzione sanitaria e il Coordinatore dell'Ufficio qualità.

## **12. Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi**

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 18 di<br>20 |

Al fine di garantire l'osservanza dei principi e delle procedure di cui ai paragrafi precedenti, è istituito presso la struttura Cure Intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) il Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi, di seguito denominato "Comitato Carta dei servizi" e che corrisponde, in organigramma, alla Commissione di verifica e controllo istituita ai sensi della PRO MR 01.

Il Comitato Carta dei servizi:

- a) richiede ai soggetti atti e documenti, convoca riunioni con gli amministratori e i dirigenti degli stessi;
- b) valuta l'idoneità degli standard di qualità del servizio adottati in struttura a realizzare i principi stabiliti nella direttiva e, indica, se del caso, le correzioni da apportare;
- c) vigila, anche mediante accesso e sopralluogo in struttura, sull'osservanza degli standard, e segnala le eventuali difformità riscontrate alla Direzione sanitaria ed al Coordinatore di struttura;
- d) valuta l'adeguatezza delle procedure di reclamo e delle misure di ristoro previste nel caso di pregiudizio recato all'utente dalla mancata osservanza della direttiva;
- e) promuove l'adozione delle misure dirette alla semplificazione dei rapporti con gli utenti;
- f) promuove l'adozione delle misure dirette ad assicurare la possibilità di scelta dell'utente;
- g) acquisisce dati e informazioni sul gradimento degli utenti. A tale scopo, verifica i sistemi di rilevazione del gradimento apprestati da ciascun soggetto ai sensi della presente Carta dei servizi;
- h) controlla l'esattezza, la completezza e la comprensibilità delle comunicazioni che la struttura rende al pubblico;
- i) partecipa, tramite il suo Vice-Presidente, alla riunione di Riesame della direzione indetta annualmente nel mese di dicembre ai sensi della PRO MR 02.

Per l'assolvimento dei suoi compiti, il Comitato può avvalersi del supporto tecnico degli uffici competenti e della collaborazione del Presidente del Comitato di partecipazione o suo delegato di cui a DOC MR 03.

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                            |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
|  |  | <b>CARTA DEI SERVIZI</b> | <b>DOC MR 01</b>           |                  |
|                                                                                   |                                                                                   |                          | Data<br>22.02.24<br>Rev. 1 | Pag. 19 di<br>20 |

### **13. Segreteria, Ufficio relazioni con il pubblico e ufficio qualità**

A disposizione degli utenti è aperta la segreteria di struttura secondo i seguenti orari:

**FERIALI (INCLUSO SABATO):** ogni giorno dalle ore 13:00 alle ore 14:00 e dalle ore 19:00 alle ore 20:00.

**FESTIVI:** dalle ore 13.00 alle 14:30 e dalle 19.00 alle 20.00.

La segreteria è situata all'ingresso della struttura Cure Intermedie "Maria Regina".

L'ufficio relazioni con il pubblico è aperto invece tutti i giorni dalle ore 9:00 alle ore 18:00.

L'URP è situato alla Reception della Rsa Madonna del Rosario in Via della Chiesa, 64 Orentano (PI), tel 0583/23699, mail: [reception@madonnadelsoccorsoets.it](mailto:reception@madonnadelsoccorsoets.it).

L'Ufficio qualità è istituito presso la Direzione sanitaria della struttura e composto dal Direttore sanitario, Coordinatore di struttura e Vice-Presidente Commissione verifica e controllo, con l'aggiunta di un eventuale amministrativo.

### **14. Partecipazione degli utenti, del volontariato e realtà territoriale all'organizzazione del percorso assistenziale**

La struttura Cure Intermedie 'Maria Regina di Orentano (Pi), in attuazione delle indicazioni di cui alla sua Vision e Mission, favorisce la partecipazione attiva degli utenti, familiari e realtà di settore all'organizzazione, monitoraggio ed implementazione dei servizi erogati. Per definire e strutturare la partecipazione ed il contributo di tali importanti figure all'organizzazione, monitoraggio ed implementazione del processo assistenziale è costituito un apposito Comitato di partecipazione le cui finalità, composizione, organizzazione e funzionamento sono indicate nel Regolamento di cui in allegato 'A' alla presente Carta dei servizi.

### **15. Aggiornamento, pubblicizzazione e diffusione**

La presente Carta dei servizi è aggiornata, pubblicizzata e diffusa ai sensi della PRO MR 00.



CARTA DEI SERVIZI

DOC MR 01

Data  
22.02.24  
Rev. 1

Pag. 20 di  
20