

CARTA DEI SERVIZI

ULTIMA REVISIONE EFFETTUATA IN DATA 01.04.2026

<u>INTRODUZIONE.....</u>
<u>CAP. 1 PRINCIPI SULL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....</u>
<u>CAP.2 MISSION E VISION.....</u>
<u>CAP. 3 DIRITTI ED INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI.....</u>
<u>CAP. 4 POLITICHE E GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE.....</u>
<u>CAP. 5 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE.....</u>
<u>CAP. 6 LA DIMISSIONE.....</u>
<u>CAP. 7 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....</u>
<u>CAP. 8 GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI.....</u>
<u>CAP. 9 COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI.....</u>
<u>CAP. 10 GESTIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'.....</u>
<u>CAP.11 ATTIVITÀ E RISULTATI.....</u>

INTRODUZIONE

La Carta dei Servizi è un documento redatto congiuntamente dalla Direzioni Amministrativa, Sanitaria e Clinico-Organizzativa, al fine di descrivere i Servizi offerti dalla nostra Associazione e le politiche adottate dall'organizzazione. Tutti gli impegni nei confronti dei nostri utenti sono dichiarati in questa Carta dei Servizi e nel Regolamento Interno.

Perché: Con la pubblicazione e la diffusione della Carta dei Servizi, l'Associazione Ego intende offrire ai propri Utenti, attraverso un documento elaborato in maniera semplice e leggibile, tutte le informazioni sulla gestione e l'organizzazione dei servizi offerti.

Cos'è: È uno strumento con il quale, l'Associazione Ego, s'impegna ad informare gli Utenti, con adeguato dettaglio, circa le prestazioni offerte e i relativi modi d'erogazione; quindi fornire loro gli elementi necessari per una valutazione preventiva dei requisiti e standard richiesti e per una verifica della qualità del servizio erogato.

A Chi è rivolta: Ai cittadini poiché Utenti diretti dei servizi, agli Enti gestori pubblici o privati in quanto Committenti e/o parte attiva nella realizzazione dei progetti individuali.

Come nasce: La Carta dei Servizi nasce in ottemperanza alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/01/94 come forma di tutela degli Utenti del Servizio, che possono valutare i vari aspetti del servizio offerto ed il rispetto degli impegni di miglioramento dichiarati dall'Ente.

CAP. I PRINCIPI SULL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La Carta dei Servizi è uno strumento indispensabile per costruire e sostenere il rapporto con i cittadini o con gli organismi committenti, ispirandosi ai principi condivisi ed imprescindibili quali l'uguaglianza, l'imparzialità, la continuità, il diritto di scelta, la partecipazione.

Uguaglianza: L'Associazione Ego, nel rispetto dell'Art. 3 della Costituzione, si impegna a garantire ad ogni Utente il rispetto della dignità della persona ed uguaglianza di trattamento

nell'erogazione dei servizi, senza distinzione di sesso, razza, nazionalità, religione, lingua ed opinioni politiche.

Imparzialità: si impegna ad assicurare a ciascun utente obiettività, giustizia ed imparzialità, al fine di garantire un'adeguata assistenza. Pertanto, il personale eviterà di assumere atteggiamenti discriminatori.

Continuità: La comunità si impegna nell'erogazione dei servizi d'assistenza e cura alla persona continua, integrata, regolare e senza interruzioni.

Diritto di scelta: Il personale sanitario fornisce all'Utente informazioni complete sul percorso offerto e/o sui servizi erogati, ciò è inteso come la garanzia dell'ospite di avere la più completa informazione sulle scelte terapeutiche e sui trattamenti che lo riguardano e la possibilità di aderirvi in piena autonomia e libertà.

Partecipazione: al cittadino utente, ai suoi famigliari ed al Cliente in genere, l'Associazione Ego chiede di collaborare al miglioramento della qualità dei servizi offerti. Per questo garantisce una completa informazione circa le prestazioni ed i diritti dei fruitori; la tutela della privacy ed il libero accesso ai propri dati personali; la possibilità di prospettare osservazioni, esporre critiche e reclami, formulare suggerimenti per l'ottimizzazione dei servizi; la massima personalizzazione possibile degli interventi; la tutela dei suoi diritti nei confronti dell'organizzazione, anche attraverso le associazioni di utenti territoriali e nazionali.

Efficacia ed Efficienza: il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire efficacia ed efficienza. L'Associazione, in quanto struttura accreditata, fa propri i suddetti principi verificando periodicamente il raggiungimento o meno degli obiettivi riabilitativi di ogni Utente e l'efficienza attraverso la valutazione del miglior utilizzo delle risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

LA NOSTRA COMUNITA'

**Comunità socio-riabilitativa "Villa Letizia"
N° 10 Ospiti**

Descrizione:

1 locale cucina
Sala da pranzo
1 studio/ufficio operatori
1 locale attività ricreative
3 bagni di cui 2 per disabili
3 camera doppie, 1 camera tripla e 1 singola
1 bagno operatori e visitatori
1 spogliatoio operatori

CAP.2 MISSION E VISION

2.1 Mission e vision

L'Associazione Ego, è un'associazione ente terzo settore (ETS) nata nel 2005 e si pone come obiettivo il perseguimento di finalità di solidarietà sociale, ovvero lo svolgimento di attività dirette ad arrecare un *miglioramento della qualità di vita* dei soggetti, con disturbi psichici.

L'Associazione raccoglie pazienti psichiatrici, in accordo con il CSM di competenza territoriale, ed attua la progettazione e realizzazione di programmi terapeutici residenziali all'interno della Comunità Socio-Riabilitativa Assistenziale H12 "VILLA LETIZIA" (Accreditata dalla Regione Lazio con DCA n.U00047/2013) con sede legale in via Colle Ristretti 88, 00039 Zagarolo (RM). L'intervento viene realizzato attraverso la stesura di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRP) coerente con il progetto terapeutico individualizzato (PTI) formulato dal Servizio inviante, integrato con l'apporto dell'équipe multidisciplinare, dell'utente stesso e dei

familiari ove presenti. La realizzazione del progetto si attua, dunque, attraverso il coinvolgimento dell'utente in attività terapeutico-riabilitative individuali e/o di gruppo, all'interno e/o all'esterno della struttura. Il raggiungimento degli obiettivi concordati nel progetto individuale sono oggetto di valutazione e verifica periodica trimestrale, semestrale o annuale (a breve, medio e lungo termine). La presa in carico avviene previo consenso volontario dell'utente, talvolta su ordinanza da parte dei tribunali. L'iter riabilitativo potrà dirsi efficacemente concluso solo nel momento in cui il soggetto riuscirà ad esprimere le proprie potenzialità all'interno di un'attività finalizzate che, a seconda dei casi potrà assumere la forma di vera e propria reintegrazione psicosociale o restare circoscritta nell'ambito di un "ambiente protetto".

CAP. 3 DIRITTI ED INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI

I diritti del paziente relativamente al rispetto della dignità umana, all'informazione, al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla tutela della privacy sono una priorità per la nostra struttura, la quale adotta il GDPR (Reg.UE 679/2016) e il Contratto di Ospitalità. Tutti gli operatori ed ospiti sono informati sull'esistenza del GDPR e sono tenuti a prenderne visione.

Nelle riunioni il personale viene formato circa le modalità operative per garantire il rispetto dei diritti dei pazienti, e nell'attività di autovalutazione è contemplato tale ambito. I pazienti, all'ingresso in comunità, vengono informati circa l'esistenza del GDPR e nel contratto di ospitalità sottoscrivono consapevolmente diritti e doveri in relazione alla loro permanenza in comunità.

In particolare, l'organizzazione tiene conto dei valori e delle abitudini dei pazienti, al bisogno offre la possibilità di scelta dei pasti nel rispetto del credo religioso e viene prestata la dovuta assistenza religiosa. Sono ridotte le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possano ostacolare l'accesso alla comunità ed i pazienti che si trovino in situazioni di fragilità, anche temporanea, vengono tutelati attraverso la loro individuazione precoce ed adeguati interventi di supporto; tale lavoro è reso possibile grazie al continuo confronto che si attua nelle riunioni d'équipe ed a scelte di intervento personalizzate condivise con la molteplicità dei soggetti coinvolti, ivi incluse eventuali organizzazioni di volontariato o l'intervento, laddove necessario, del servizio sociale. Al suo ingresso in comunità, il paziente viene accolto e gli viene affidato un *tutor* o "operatore di riferimento", che lo seguirà in tutto il suo percorso comunitario, ed al quale potrà rivolgersi preferenzialmente in caso di necessità di ordine quotidiano, parallelamente, gli viene affidato uno psicologo/psicoterapeuta che lo seguirà con colloqui individuali di sostegno e rielaborazione del

piano della realtà. Viene informato sul suo stato di salute e sui possibili interventi e decorsi clinici; sottoscrive il consenso informato al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, inoltre viene inserito nei gruppi terapeutici e riabilitativi e con gradualità in tutte le altre attività della comunità, sulla base delle proprie inclinazioni, dei propri tempi e delle proprie risorse.

CAP. 4 POLITICHE E GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Associazione attua la progettazione e realizzazione di programmi terapeutici residenziali all'interno della Comunità Socio-Riabilitativa Assistenziale H12 "Villa Letizia" è, dunque, una struttura sanitaria di tipo comunitario per il trattamento volontario globale – psicoterapeutico, ergoterapico, farmacologico, relazionale, sociale – di pazienti con disagio psichico, l'elemento caratterizzante della comunità, è l'adozione di una metodologia multidisciplinare, basata su un modello di riferimento sistemico-relazionale, che permette di affrontare tale disagio psichico come un sistema complesso all'interno del quale interagiscono diversi sottosistemi e relazioni. Si costruisce e condivide, dunque, il Progetto Socio-Riabilitativo Personalizzato in accordo con l'interessato, con la famiglia, qualora presente, ed il Servizio Inviante, che resta comunque parte attiva nel raggiungimento degli obiettivi iniziali, intermedi e finali. Periodicamente l'equipe provvede alla valutazione, attraverso verifiche strutturate e/o standardizzate, dell'andamento del progetto e, se necessario, procede all'eventuale rimodulazione. Almeno ogni sei mesi viene effettuato un confronto con il Servizio Inviante, attraverso incontri organizzati, relazioni periodiche o contatti volti a monitorare congiuntamente l'andamento del progetto. La cura di sé e dei propri spazi, sono oggetto quotidiano di attenzione del lavoro educativo e riabilitativo. Le attività terapeutiche vengono svolte all'interno della struttura, mentre le attività riabilitative vengono svolte sia all'interno della struttura attraverso gruppi e laboratori, sia all'esterno della struttura, provvedendo soprattutto alla costruzione di una rete intorno alla persona, in grado di supportare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi, ove possibile, vengono inoltre svolti interventi in ambito sociale attraverso il lavoro di rete con i servizi territoriali, il terzo settore ed enti di volontariato, promuovono inserimenti lavorativi in cooperative di tipo B, borse lavoro, tirocini formativi, corsi di informatica, ecc. Queste rappresentano un aspetto importante del lavoro svolto presso la Comunità "Villa Letizia". Vengono promosse e sostenute attività di socializzazione, basate sulla creazione di rapporti sociali, ricchi di scambi relazionali e comunicativi. Nel dettaglio si realizzano iniziative culturali, sociali e sportive nell'ambito del territorio, rivolte sia al gruppo, sia al singolo rispetto al proprio percorso individuale. Tra le attività previste si organizzano: visite a musei, cinema, mostre, manifestazioni

culturali in generale ed, in particolare, si promuove la partecipazione a quelle organizzate dal territorio di appartenenza.

Il lavoro con le famiglie ha lo scopo di mantenere e/o ricostruire i rapporti con le figure affettive di riferimento del paziente stesso, attraverso periodici incontri diretti e/o telefonici. Sono previste riunioni di équipe finalizzate alla cura della comunicazione tra gli operatori e i responsabili della struttura, utili ad una efficiente rimodulazione delle strategie riabilitative da perseguire, come pure incontri dell'intero staff a carattere formativo. Il funzionamento dell'équipe è di tipo gerarchico e circolare, con feedback bidirezionale rispetto ai processi comunicativi; il passaggio delle informazioni avviene principalmente in sede di riunione d'équipe, con modalità sia ascendente che discendente, e circolare fra tutti gli operatori. Vengono adeguatamente informati, ad ogni inizio turno, tutti gli operatori rispetto alla situazione generale dei pazienti ed eventuali necessità o urgenze. Ciascuno è tenuto a leggere con attenzione il quaderno delle consegne all'inizio del proprio turno lavorativo; l'operatore uscente è tenuto a registrare per iscritto gli eventi più significativi avvenuti durante il proprio turno nel libro delle consegne, oltre che darne comunicazione verbale all'operatore che subentra. Ciascun operatore è tenuto a ricoprire le proprie presenze concordate, senza mai lasciare gli utenti incustoditi; qualora si verificassero ritardi o assenze nei cambio-turni, l'operatore smontante è tenuto ad aspettare comunque il proprio cambio, così da garantire la continuità assistenziale, segnalando tempestivamente la cosa al Responsabile Sanitario, al Responsabile Psicologo e all'Amministrazione. Diversamente, si assume ogni responsabilità circa il proprio allontanamento e le eventuali conseguenze. I processi decisionali prevedono decisioni prese per responsabilità diretta, dietro confronto con le parti interessate dell'équipe laddove possibile, e nel rispetto dei livelli sovraordinati.

Ruoli e funzioni dell'équipe sono definiti anche nei regolamenti interni alla struttura.

Psichiatra → Responsabile Sanitario

in qualità di responsabile degli aspetti igienico-sanitari svolge funzioni di indirizzo e coordinamento, operative di supporto, attività di vigilanza e funzioni istruttorie, così come previsto dalla normativa vigente. Tali funzioni comprendono, tra le altre cose, le seguenti: direzione e coordinamento dei servizi sanitari ai fini igienico-organizzativi; vigilanza e cura della tenuta dell'archivio sanitario e della relativa conservazione; rilascio agli aventi diritto di copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente; vigilanza sul

rispetto della riservatezza dei dati sanitari; vigilanza sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta di magazzino dei medicinali e dei prodotti terapeutici; responsabilità della farmacovigilanza. In qualità di psichiatra, prescrive la terapia farmacologica (in accordo con gli psichiatri di riferimento dei CSM) ed indica gli eventuali cambiamenti in relazione allo stato clinico .

Psicologa/Psicoterapeuta → Responsabile

svolge primariamente attività di supervisione sui processi di lavoro dell'equipe e sugli aspetti socio-riabilitativi, inclusi i processi di valutazione dei pazienti in entrata; svolge attività di selezione e formazione di tutto il personale. Come supervisore sui processi di lavoro dell'equipe, sulla base delle risorse messe a disposizione dall'amministrazione organizza il lavoro dell'equipe negli aspetti funzionali, organizza e definisce i momenti di confronto quali riunioni di varia natura con tutta l'equipe o con i referenti delle specifiche aree, verifica il regolare svolgimento delle attività socio-riabilitativa e ne valuta l'andamento, cura il clima di lavoro ed è di supporto al personale nella gestione del rapporto con pazienti e colleghi; se necessario può attuare gli interventi del caso per eventuali mancanze dello staff, in accordo con il responsabile sanitario e con l'amministrazione. Per gli aspetti clinici, cura il processo di inserimento dei pazienti in entrata insieme e/o in accordo con lo psichiatra/Responsabile sanitario, con il quale presiede agli incontri con i DSM invianti, firma le relazioni periodiche e la documentazione in uscita dalla struttura. Valuta in itinere l'andamento dei PTRP dei pazienti, anche attraverso colloqui strutturati e non strutturati, strumenti di valutazione psicometrica e riunioni periodiche con l'equipe.

E' il Case Manager il responsabile del rapporto con le famiglie degli ospiti, e di struttura relativamente ai progetti dei pazienti ed ai contatti con i Servizi Inviati.

Gli Psicologi/ psicoterapeuti

Sono il principale punto di riferimento per gli ospiti dal momento dell'ingresso del paziente in poi, per tutto il percorso di cura. Al momento dell'ingresso del paziente in comunità raccoglie, con l'ausilio dei familiari, le notizie anamnestiche.

Partecipa alle riunioni cliniche e di équipe così da condividere con tutto lo staff.

L'Assistente Sociale

si occupa dei processi di reinserimento sociale, attivazioni di opportunità sociali e promozione dell'integrazione con la rete delle risorse disponibili sul territorio; fa segretariato sociale ed è un'interfaccia cruciale fra i diversi servizi coinvolti nel progetto individualizzato di ciascun paziente. Può presiedere agli incontri con i CSM invianti. Si occupa delle pratiche di compartecipazione come previsto dalle norme vigenti. Facilita le pratiche burocratiche per la richiesta dei sussidi economici, invalidità civili, accompagnamento, pensioni sociali, ecc...

Osserva, analizza e gestisce le problematiche che contribuiscono fattori di rischio e di esclusione sociale, contribuendo alla diffusione delle strategie di informazione sociale sui servizi e sui diritti dell'ospite/utente.

Gli Educatori ed i Tecnici della Psicologia

sono il punto di riferimento del paziente nell'arco della giornata e lo accompagnano nel potenziamento delle proprie autonomie ed abilità, attraverso la condivisione della quotidianità e mediante attività strutturate (esempio, laboratori, gruppi, ecc.) a valenza socio-riabilitativa, con utilizzo di relativi strumenti di osservazione e valutazione dei miglioramenti *in itinere*. Gli operatori accompagnano i pazienti nelle uscite sul territorio, promuovono gite, escursioni, attività sportiva. Ad ogni paziente viene assegnato un operatore di riferimento e/o tutor. Quest'ultimo, oltre ad accogliere le richieste del paziente e riportarle in equipe per una risposta condivisa, aiuta il paziente nel raggiungimento degli obiettivi concordati dal paziente stesso con il Servizio Inviante e l'equipe della struttura e riportati nel progetto individuale. L'operatore di riferimento e/o tutor, attraverso specifici strumenti di valutazione, quali la VADO, relativi alle aree riabilitative previste dal progetto individuale, annota i cambiamenti avuti in ogni singola area e propone in equipe eventuali interventi.

Gli Operatori Socio Sanitari (OSS)

in accordo con quanto stabilito nel PTRP e con le decisioni prese in equipe, sostengono e stimolano il paziente nel quotidiano, accompagnandolo nell'acquisizione di una graduale autonomia, dei seguenti aspetti: cura di sé e degli spazi vitali, igiene personale, preparazione dell'ambiente e del paziente per il pasto ed aiuto nella distribuzione ed assunzione del cibo. Riordino del materiale e igiene del paziente dopo i pasti; cambio della biancheria; riordino ed igienizzazione degli

spazi comuni; comunicazione al personale di eventi osservati durante lo svolgimento della propria attività che potrebbero ripercuotersi negativamente sul paziente e sul suo ambiente. All'interno della comunità si occupano inoltre di: pulizia e manutenzione di utensili, apparecchiature, presidi ed ambienti utilizzati nello svolgimento delle attività assistenziali dai pazienti e dal personale della Struttura.

Gli Infermieri

si occupano della corretta conservazione e preparazione dei farmaci, di eventuali terapie al bisogno, delle primarie esigenze di carattere fisico dei pazienti, collaborando sia con lo psichiatra responsabile della struttura socio-riabilitativa che con il medico di medicina generale.

Nello specifico, si occupa sotto indicazione medica del rilevamento dei parametri vitali :

peso corporeo; pressione arteriosa e frequenza cardiaca; stick per la glicemia; temperatura corporea, somministrazione di terapie depot, si occupa di effettuare degli esami di laboratorio più semplici. Raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche. La somministrazione della terapia farmacologica orale è affidata all'infermiere o all'operatore in turno, nella forma dell'auto-somministrazione assistita, si occupa della prenotazione delle analisi cliniche e visite mediche a cui a pazienti vengono sottoposti periodicamente. Si reca presso presidi sanitari esterni, qualora i pazienti necessitano di accompagnamento per visite mediche specialistiche.

I farmaci di ogni paziente sono custoditi in medicheria, all'interno di un armadio chiuso a chiave, suddivisi per appartenenza.

L'organigramma è strutturato sulla base della normativa vigente e il numero di personale impiegato è proporzionale al numero dei pazienti ospiti. I processi decisionali prevedono decisioni prese per responsabilità diretta, dietro confronto con le parti interessate dell'équipe laddove possibile, e nel rispetto dei livelli sovraordinati. Gli obiettivi, le politiche e le attività della Struttura sono pianificati in coerenza con le politiche dei livelli istituzionali sovraordinati (ASL, Regione), e sono sottoposti a verifica ed aggiornamento periodico, almeno annuale. La nostra struttura definisce gli obiettivi nell'ottica di garantire, quanto più possibile, l'uniformità di accesso ai servizi, la qualità tecnica

degli interventi assistenziali, la qualità organizzativa, la sicurezza degli operatori e degli utenti, la valorizzazione professionale, i diritti e la soddisfazione degli utenti.

Accesso ai servizi

L'accesso ai servizi è facilitato grazie all'individuazione di una struttura organizzativa per l'inserimento in Lista di Attesa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (DCA U000469/2017). Le richieste sono accolte dal Direttore Sanitario della struttura ed inserite in Lista di Attesa e rese pubbliche attraverso il sistema informativo della Regione Lazio (SIPC). L'attestazione di avvenuto inserimento in Lista di Attesa riporterà data, ora e posizione occupata in lista dal paziente. La suddetta attestazione sarà trasmessa al Servizio di Riferimento ed una validità di sei mesi. La comunità accoglie utenti in età adulta con problematiche psichiatriche, con un grado di stabilizzazione della patologia e con livelli di autonomia quotidiana tali da richiedere una protezione assistenziale nelle 12 ore diurne. Gli ospiti sono accolti presso la nostra struttura previa valutazione ed invio da parte del CSM di competenza territoriale. La retta giornaliera è pari ad Euro 81,00 a carico del SSN per il 100% della quota in base alla Sentenza del Consiglio di Stato Sez III n° 8608 del 19/12/2019.

CAP. 5 PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

L'assistenza viene erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi e tutte le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale. La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente e gli interventi sono pianificati sulla base di una valutazione iniziale delle condizioni e dei bisogni del paziente.

5.1 I processi di accettazione

Il processo relativo all'inserimento del paziente, a seguito degli accordi nazionali e recepiti dalla Regione Lazio come sopra riportato, in una struttura residenziale prevede le seguenti fasi:

- Il Centro di Salute Mentale, di pertinenza territoriale, dopo aver proceduto all'assessment dei bisogni dell'utente, definisce il PTI (Progetto Terapeutico Individualizzato) contenente gli obiettivi dell'inserimento in una struttura residenziale;
- Il Centro di Salute Mentale presenta richiesta di idoneità alla U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare), del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di competenza territoriale, per la tipologia assistenziale individuata;

- L'U.V.M. provvede alla **valutazione e certificazione dell'idoneità** per la tipologia assistenziale individuata (DCA U00188/2015-All.3) e rilascia apposita ricevuta;
- La struttura ricevuta l'idoneità da parte dell'UVM provvede alla registrazione nel portale webdel sistema informativo SIPC, Regione Lazio. Terminata la registrazione, invia **attestazione di inserimento in Lista di Attesa**
- Il paziente, individuato il livello assistenziale da parte delle strutture preposte, può

scegliere la struttura che ritiene più adeguata per sé;

- La struttura comunica, al DSM curante la diponibilità all'ammissione del paziente in testa alla Lista di Attesa. Dalla comunicazione della struttura, il paziente dovrà confermare la propria disponibilità al ricovero. In caso di rinuncia, il paziente, qualora decidesse di mantenere comunque la scelta della struttura, potrà essere inserito nuovamente in Lista di

Attesa slittando in coda alla stessa. In caso di accettazione, si procede all'inserimento del paziente nella struttura;

- L'idoneità, il PTI e l'impegnativa di ricovero va trasmessa all'Amministrazione per le pratiche di competenza, oltre che essere conservata nella cartella clinica del paziente;
- Il paziente arriva in struttura in maniera autonoma, accompagnato dai familiari, accompagnato dai sanitari invianti, dalla struttura ospitante o dagli operatori della nostra struttura;

All'ingresso il paziente e/o il tutore, qualora interdetto:

- Effettua colloquio di accoglienza per valutarne lo status psicologico (riportato in cartella clinica dallo Psichiatra Responsabile) Sottoscrive il paziente per presa di conoscenza ed accettazione il contratto di ospitalità; se il paziente è interdetto la sottoscrizione deve essere effettuata dal tutore;
- Sottoscrive nota informativa raccolta dei dati e del consenso del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679 e del DGPR UE n. 679/2016
- Sottoscrive il Consenso informato al trattamento nelle strutture residenziali terapeutico-riabilitative;
- Prosegue terapia farmacologica in corso ove presente.

5.2 Il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

I progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati prevedono obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il raggiungimento degli obiettivi è valutato attraverso adeguati strumenti e scale psicometriche, ivi inclusi test e questionari auto ed etero somministrati. È prevista una valutazione della condizione del paziente in fase iniziale, al momento dell'accoglienza, cadenza trimestrale, semestrale ed annuale. La suddetta valutazione permette all'équipe sia l'obiettivo rilevazione dei cambiamenti del quadro clinico generale e delle specifiche aree, sia un eventuale rimodulazione degli obiettivi terapeutico-riabilitativi formulati in fase iniziale. Almeno ogni sei mesi viene effettuato un confronto con il Servizio Inviante, attraverso incontri organizzati, relazioni periodiche o contatti

volti a monitorare congiuntamente l'andamento del percorso residenziale.

5.2.1 Il lavoro con le famiglie e di rete

In linea con i principi di una buona governance clinica, le strutture prevedono, ove possibile, il coinvolgimento diretto delle famiglie per una buona riuscita del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato.

Il lavoro con le famiglie si realizza attraverso: incontri programmati di sostegno familiare, volti a supportare il percorso terapeutico-riabilitativo; contatti telefonici e visite domiciliari programmate.

5.2.2 La Terapia farmacologica

La farmacoterapia orale viene effettuata mediante auto-somministrazione assistita, dietro supervisione del medico psichiatra della struttura.. La terapia intramuscolare viene effettuata dall'infermiere.

5.2.3 le attività socio-riabilitative

L'intervento è realizzato previa formulazione del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato Individualizzato e prevede attività che mirano al miglioramento delle seguenti aree: clinico-psichiatrica, riabilitativa, di risocializzazione e del coordinamento come di seguito elencato:

Mod. 2C Rev. 8 del 01/04/2026

- Cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- Interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, riabilitativo, ludico o motorio, in sede o fuori sede;
- Specifici interventi ed attività psicosociali (ad esempio, corsi organizzati anche all'esterno della struttura;
- Attività di sostegno psicologico individuali, familiari e di gruppo;
- Attività di psicoterapia individuale e di gruppo;
- Attività psicoeducative individuali, di gruppo e della famiglia;
- Partecipazione ad attività fuori sede ed autonome raccordate con la rete sociale;
- Altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e
- familiari, terapia farmacologica, riunioni periodiche con i servizi invianti e ridefinizione del progetto individuale concordato in fase iniziale;
- In generale, il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato Individuale mirerà alla stabilizzazione e monitoraggio del trattamento farmacologico, al recupero delle competenze personali e sociali.

5.2.4 Organizzazione della giornata e delle attività

Ore 7.30: sveglia.

Ore 8.00: colazione.

Ore 8.30: inizio attività mattutine.

Ore 9.30: uscita singola o di gruppo

Ore 10.30 attività di laboratorio

Ore 12.30: pranzo

Ore 13:00 – 16.00: riposo e/o attività libere

Ore 16.00: merenda.

Ore 17.00: attività di laboratorio

Ore 18.30: cena

CAP. 6 LA DIMISSIONE

La struttura ha definito procedure finalizzate a garantire che i processi di dimissione, trasferimento e follow-up siano pianificati e coordinati come di seguito riportato:

A. Dimissione per raggiungimento degli obiettivi:

1. Il paziente in fase conclusiva del percorso residenziale procederà ad un graduale inserimento nel nuovo contesto sociale
2. La dimissione deve essere concordata con il paziente, il servizio inviante, i familiari, oltre che con l'intera équipe della struttura anche attraverso protocolli, in cui vengono definiti
3. tempi, modalità e compiti da svolgere per sostenere il paziente;
4. Effettuerà più visite finalizzate a familiarizzare con il nuovo ambiente e con le persone che lo sosterranno fuori dalla struttura, tutti i servizi coinvolti lavoreranno congiuntamente per favorire l'articolazione di risorse adeguate nel nuovo contesto abitativo
5. In caso di contatti con i datori di lavoro dei pazienti, vengono attivati ulteriori protocolli per il sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo. Lo status alla dimissione sarà riportato in cartella clinica dal Responsabile Psichiatra e dal Responsabile Psicologo;
6. Il Responsabile Sanitario ed il Responsabile Psicologo comunicheranno in maniera formale l'avvenuta dimissione alla ASL di competenza;
7. I documenti inviati alla ASL saranno protocollati in apposito registro conservato nell'ufficio della direzione e saranno accessibili agli operatori coinvolti;
8. Il paziente alla dimissione, inoltre, riceve, su richiesta scritta, copia della propria documentazione sanitaria.

B. Dimissione per interruzione volontaria del programma:

Essendo il ricovero presso le strutture socio-riabilitative volontario, l'interruzione può avvenire in qualsiasi momento, pertanto il paziente comunicherà al Responsabile Psichiatra e al Responsabile Psicologo se vuole interrompere il trattamento.

Manifestata una simile intenzione, il Responsabile Psichiatra e il Responsabile Psicologo avvisano nell'immediato, e/o appena possibile i familiari, laddove presenti, ed il Servizio Inviante;

Alla dimissione, il paziente torna in carico al Centro di Salute Mentale territorialmente competente e riceve, su richiesta scritta, copia della propria documentazione sanitaria;

Lo status alla dimissione sarà riportato in cartella clinica dal Responsabile Psichiatra e dal Responsabile Psicologo.

Il Responsabile Psichiatra e il Responsabile Psicologo comunicheranno in maniera formale l'avvenuta dimissione alla ASL di competenza;

C. Dimissione anticipata da parte della struttura

La struttura, in qualunque momento, potrà interrompere il trattamento per necessità e/o inottemperanza del "contratto di ospitalità" sottoscritto al proprio ingresso.

6.1 Richiesta Cartella Clinica

Il paziente all'atto della dimissione può richiedere copia della cartella clinica seguendo la procedura ivi riportata:

La richiesta scritta per ricevere copia della propria documentazione sanitaria deve essere firmata dal paziente o, in caso di interdizione o inabilitazione, dal tutore o amministratore di sostegno;

Alla richiesta allegare copia di un documento di identità in corso di validità;

Consegna al paziente della documentazione sanitaria richiesta;

Foglio dimissione in cui viene dichiarato lo status alla dimissione;

La terapia farmacologica a cui effettuata firmata e datata dal Responsabile Sanitario;

Il paziente sottoscrive al momento della dimissione l'elenco degli effetti personali consegnati dagli operatori della struttura e custoditi dagli stessi.

CAP. 7 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Le risorse umane sono gestite sulla base delle esigenze di servizio e di specifiche modalità organizzative indicate nei regolamenti interni e le attività di formazione sono strutturate e permanenti. La struttura ha definito modalità per l'inserimento del personale di nuova acquisizione, che tengono conto delle necessità di affiancamento; ha definito inoltre modalità per la valutazione della idoneità al ruolo. In particolare ciascun operatore dovrà superare un primo colloquio di valutazione ed effettuare un periodo di prova in affiancamento, così da poter valutare reciprocamente, struttura ed operatore, il grado di compatibilità con il ruolo da ricoprire ed acquisire una prima necessaria conoscenza dei colleghi e degli utenti accolti presso la struttura. Al termine del periodo di affiancamento verrà effettuato un secondo colloquio, con restituzione reciproca degli esiti della prova.

Per il personale è disponibile un fascicolo individuale con informazioni su: titoli di studio, percorso professionale, titoli scientifici, attività formative e di aggiornamento. La struttura, in accordo con la

normativa vigente e per quanto di propria competenza, ha definito un piano annuale per la formazione del personale, redatto sulla base dei bisogni formativi rilevati con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali.

CAP. 8 GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI

L'acquisizione delle risorse tecnologiche e strumentali è basata quanto più possibile su programmazione, valutazione e modalità predefinite per gli acquisti. L'utilizzo delle risorse tecnologiche quali computer, stampanti, fax, TV, ecc. di nuova acquisizione è preceduto da adeguata formazione sul corretto utilizzo.

Nello specifico per le nostre strutture è importante rispettare le normative presenti nel GDPR.

CAP. 9 COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

L'associazione Ego garantisce una comunicazione efficace con i cittadini mediante l'utilizzo della carta dei servizi, resa pubblica all'interno del sito web www.associazioneeego.net ove si forniscono informazioni complete e dettagliate inerenti alla nostra struttura.

9.1 Carta dei Servizi

Mod. 2C Rev. 8 del 01/04/2026

La struttura ha predisposto e diffuso una versione della Carta dei Servizi in forma di opuscolo, facile e rapida da consultare

La Carta dei Servizi contiene informazioni relative a:

- sede e recapiti della struttura;
- orari e modalità di accesso;
- prestazioni erogate;
- tempi di attesa ed eventuali oneri a carico dell'utente.

La Carta dei Servizi sono aggiornate annualmente e sono portate a conoscenza dei diversi soggetti interessati, sia interni che esterni. Il programma di attuazione della Carta dei Servizi prevede meccanismi di tutela del cittadino e di verifica degli impegni assunti.

9.2 Sistema informatizzato

E' attivo un Sistema Informatizzato per la comunicazione con le strutture organizzative sovraordinate (Asl, CSM, Regione). Mensilmente, l'Amministrazione trasmette, online alla Regione Lazio, attraverso specifiche credenziali, sezione **"accordo e pagamenti"**, **"voce costi"**, la fatturazione relativa alle prestazioni erogate in favore dei singoli pazienti.

Alla ASL di riferimento, Unità Valutativa e/o Direzione Amministrativa, vengono trasmessi, tramite fax o posta elettronica, rientri a casa dei pazienti, allontanamenti dalla struttura, ricoveri presso Ospedali, SPDC, Ricoveri in Clinica e ogni pernottamento del paziente esterno alla struttura, per dare luogo alle opportune procedure amministrative. Tutti i dati personali e sensibili vengono trattati nel rispetto delle normative vigenti. I documenti e le informazioni personali e sensibili in uscita dalla struttura saranno a firma del Responsabile Sanitario e/o del Responsabile Clinico-organizzativo e/o dell'Amministrazione, o anche dell'Assistente Sociale per documenti di natura giudiziaria o sociale. La struttura dispone di procedure per la gestione della documentazione clinica, scientifica e amministrativo-gestionale.

9.3 Gestione delle segnalazioni e dei reclami

L'Associazione al fine di migliorare la qualità delle prestazioni offerte, ha definito procedure per la presentazione di segnalazioni e reclami da parte di chiunque acceda ai servizi:

- Compilare apposito Modulo Reclami messo a disposizione degli Utenti, dei tutori e familiari dalla struttura e consegnarlo a mano presso gli Uffici Amministrativi, oppure inoltrarlo a mezzo fax o email
- Il Responsabile Sanitario e/o Amministrativo provvederanno alla gestione del reclamo e entro 30 giorni dalla presentazione daranno risposta al paziente e/o al tutore;

Una volta ricevuta la segnalazione, comunque, il Responsabile Sanitario o Responsabile Clinico provvedono a contattare il soggetto interessato per fissare un appuntamento in struttura, al fine di analizzare il problema e condividere una soluzione.

9.4 Comunicazione interna

Gli strumenti utilizzati per la comunicazione interna sono: riunioni periodiche, supervisioni, bacheche, quaderno delle consegne, passaggio di consegne verbali al cambio turno, cartelle cliniche

9.5 Comunicazione esterna la comunicazione esterna comprende le comunicazioni rivolte a soggetti istituzionali, caregiver e medici.

CAP. 10 GESTIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

Gli standard di qualità e gli indicatori adottati per le verifiche sono presenti in questo documento ed ulteriormente specificati nei regolamenti interni. Le politiche e le strategie per la qualità prevedono l'utilizzo di personale adeguatamente qualificato ed aggiornato, in regola con i propri crediti formativi, che partecipi ad eventi formativi sia interni che esterni alla struttura, che si confronti in équipe rispetto al proprio operato, che dia al gruppo il proprio contributo formativo ed informativo, che agisca secondo scienza e coscienza, che valuti consapevolmente ed attraverso specifici strumenti il proprio operato e quello dei colleghi, che sappia comunicare efficacemente con il team di lavoro e faciliti i processi comunicativi e decisionali del gruppo, che sia a conoscenza dei regolamenti interni della struttura ed operi coerentemente con gli obiettivi condivisi, che promuova processi sociali e riabilitativi in accordo con quanto definito in gruppo e relativamente alla propria professionalità, che condivida le informazioni importanti con i colleghi, che si adoperi per il benessere dei pazienti e della struttura tutta. L'Associazione al fine di migliorare la qualità dei Servizi offerti, ha distribuito specifiche responsabilità al personale impiegato presso le strutture.

10.1 Incarichi di responsabilità per la qualità

Responsabile Formazione: si occupa di stilare il piano formativo annuale in relazione alle esigenze emerse rispetto al servizio reso. Il responsabile della formazione, dunque, stila il piano della formazione tenendo conto delle esigenze dell'intera équipe.

Responsabile del parco tecnologico e degli eventuali impianti per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria: al bisogno attiverà le necessarie procedure di formazione ed informazione rispetto all'utilizzo di nuovi strumenti informatici; il personale è tenuto a partecipare alla gestione degli strumenti della struttura e a farne un corretto utilizzo grazie all'addestramento, all'abitudine alla manutenzione legata all'uso quotidiano, alla conoscenza delle eventuali modalità per l'attivazione della manutenzione correttiva. La suddetta responsabilità è affidata ad un operatore della struttura.

Responsabile del sistema informativo: cura le procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza e completezza) dei dati e loro diffusione, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

Responsabile della gestione e del miglioramento della qualità: si occupa di promuovere tutti gli strumenti e le risorse necessarie per un miglioramento continuo della qualità del lavoro svolto. Annualmente viene redatto un piano per il miglioramento della qualità che esplicita, sulla base delle criticità individuate, obiettivi definiti in riunione con l'Amministratore e l'équipe lavorante, azioni, responsabilità, risorse, tempi, indicatori per la verifica.

Responsabile della gestione del rischio clinico: controlla frequentemente la documentazione clinica, con particolare riferimento agli eventi sentinella; in caso di urgenza o di emergenza, l'operatore in turno potrà contattarlo telefonicamente.

Responsabile della valutazione delle attività: verifica che ci sia una costante attività di valutazione circa le attività svolte nella struttura e promuove l'utilizzo degli strumenti standardizzati necessari a monitorare il percorso clinico dei pazienti.

CARE MANAGER DI STRUTTURA - Responsabile dei rapporti con le famiglie. Cura i

rapporti con le famiglie attraverso contatti e colloqui. È l'interlocutore privilegiato per ogni contatto con le famiglie e media la comunicazione fra le stesse e la comunità. Si confronta in équipe in merito alle richieste di pazienti e familiari.

CAP.11 ATTIVITÀ E RISULTATI

11.1 Valutazione delle attività

La struttura ha adottato e reso accessibile, con il coinvolgimento del personale interessato, linee-guida aggiornate e di buona qualità come riferimento per la pratica professionale, relativamente alle condizioni cliniche ed agli interventi prevalenti e/o rilevanti.

Tutte le attività sono ispirate ai principi del miglioramento continuo della qualità, ed in particolare viene favorita l'attivazione di azioni preventive, correttive e di miglioramento delle attività socio-riabilitative. Per tutte le attività pianificate sono definiti strumenti, modalità e tempi per la valutazione. La struttura effettua almeno una volta l'anno la valutazione delle attività pianificate. Attraverso appositi questionari, la struttura assicura il monitoraggio del livello della qualità professionale, percepita e manageriale. La struttura prevede che il personale sia coinvolto nelle attività di valutazione e che i risultati vengano diffusi e condivisi con tutte le parti interessate. Il personale è tenuto a compilare, per quanto di propria competenza, i questionari di valutazione delle attività. La struttura garantisce la diffusione dei risultati delle attività di valutazione ed il confronto con tutte le parti interessate (utente, servizio inviante, attori della rete coinvolti nel progetto e familiari).

11.2 Strumenti di valutazione

Per la valutazione delle modifiche delle condizioni cliniche e dei livelli di funzionamento dei residenti sono utilizzati con cadenza semestrale i seguenti strumenti standardizzati:

- M.M.S.E Mini Mental State Examination
- VADO Aree Riabilitative
- ASSE K di Kennedy
- VFG Valutazione del Funzionamento Globale (DSM IV-TR).
- BPRS 4.0 Brief Psychiatric Rating Scale Vers. 4.0

All'ingresso e/o quando si ritiene necessario i Sanitari possono avvalersi di altri strumenti di

Mod. 2C Rev. 8 del 01/04/2026

11.3 Rilevazione della qualità percepita:

La qualità percepita del servizio è valutata, come di seguito indicato, attraverso appositi questionari. quest'ultimi mirano a misurare la soddisfazione dell'utente, del personale e dei familiari ove presenti. I risultati ottenuti saranno utilizzati per il miglioramento dei servizi resi.

11.4 Modalità di gestione e servizi erogati durante l'emergenza Covid-19

L'associazione ha provveduto a sviluppare, nel rispetto delle direttive sull'emergenza Covid-19, delle specifiche procedure:

- PRO 1 GESTIONE NUOVI INGRESSI DURANTE L'EMERGENZA COVID-19
- PRO 2 GESTIONE CASI SOSPETTI COVID -19
- PRO 3 GESTIONE VISITE FAMILIARI E PERSONE ESTERNE ALLA COMUNITA' DURANTE L'EMERGENZA COVID-19.

Tutte le procedure vengono, puntualmente, revisionate nel rispetto delle direttive del Ministero della Salute e dei decreti del Governo.

La qualità percepita del servizio è valutata, come di seguito indicato, attraverso appositi questionari. Questi ultimi, mirano a misurare la soddisfazione dell'utente, del personale e dei familiari ove presenti. I risultati ottenuti saranno utilizzati per il miglioramento dei servizi resi.