

# L'Arca Società Cooperativa Sociale Chiavenna



## Carta dei Servizi Cure Intermedie **STRUTTURA INTERMEDIA SOCIO SANITARIA (SISS)**

*Giugno 2024*

## PREMESSA

La Carta dei Servizi intende offrire informazioni sull'unità d'offerta Cure Intermedie – (ex Post-Acuti) ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n° X/3383 del 10.04.2015 “Attuazione delle DD.G.R. n. X/1185/2013 e n. X/2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali della unità d'offerta sociosanitaria Cure Intermedie”.

Le Cure Intermedie costituiscono una nuova unità d'offerta nella rete sociosanitaria e si collocano ad un livello intermedio fra il ricovero ospedaliero e le prestazioni tipiche di R.S.A. – C.D.I. – Assistenza Domiciliare.

## SEDE DEL SERVIZIO

**Ente:** L'Arca Società Cooperativa Sociale

**Indirizzo:** Via D.P. Buzzetti,41 – Chiavenna (So)

**Telefono:** 0343-35760

**E-mail:** centropolifunzionale@rcacoopchiavenna.it

La Struttura Integrata Socio Sanitaria è situata all'interno del Centro Polifunzionale di Servizi della Cooperativa L'Arca che comprende anche la Comunità Residenziale “Le Betulle” e il C.D.I. (Centro Diurno Integrato).

## DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

### **Cosa sono le Cure Intermedie?**

Le cure intermedie sono una tipologia di unità d'offerta nella rete sociosanitaria che, con tempistiche definite, è in grado di assistere in regime di degenza, orientare ed accompagnare l'utente fragile nel percorso di cura.

Gli interventi di assistenza, di riattivazione e recupero funzionale, di cura e di sostegno sociale in regime di ricovero nelle strutture di cure intermedie è articolato in n.5 profili di cura, con diversi gradi di intensità che si differenziano su quattro fondamentali aree di intervento: assistenziale, funzionale, clinica e sociale.

L'Unità Operativa si colloca all'interno di un percorso di continuità riabilitativa per persone adulte ed anziane, colpite da eventi acuti, che necessitano di un periodo di riabilitazione in regime residenziale dopo il ricovero ospedaliero o di un ulteriore periodo dopo il ricovero in Unità di Riabilitazione Specialistica, oppure con rischio di riacutizzazione della patologia e provenienti dal proprio domicilio

La Struttura Integrata Socio Sanitaria è un nucleo residenziale autonomo posto al primo piano del Centro Polifunzionale di servizi, composto da 6 posti letto cucinetta, sala pranzo e soggiorno. Condivide con gli altri servizi del centro:

- ambulatorio medico
- bagno assistito
- palestra attrezzata
- sale polifunzionali per attività di animazione, feste, proiezioni
- sala da pranzo comune
- giardino

L'articolazione del nucleo garantisce un ambiente domestico, l'attività viene normalmente svolta dagli stessi operatori in modo costante, consentendo così una piena conoscenza dei bisogni dei degenti ed un soddisfacente rapporto personale tra gli utenti e le varie figure professionali.

### **Finalità e obiettivi del servizio**

Il servizio di cure intermedie nasce per curare i pazienti in ambienti sanitari e non per vicariare altre aspettative, che se pur legittime, trovano risposta in altri punti della rete (ex RSA)

La finalità del centro di Cure Intermedie è quella di porre in atto un sistema di interventi riabilitativi sanitari e socio-assistenziali che consentano di riportare al domicilio ed alla normale vita quotidiana le persone che si trovano nel periodo immediatamente successivo a situazioni cliniche post acute.

Obiettivo interno del servizio è di fornire interventi riabilitativi:

- in fase di consolidamento della disabilità da pregresso evento (evento indice) quando sia controindicato un intervento riabilitativo intenso e settoriale;
- in presenza di recidive dell'evento indice con ridotta probabilità di recupero funzionale;
- in seguito a trasferimento da Unità Operativa di Riabilitazione Specialistica per la continuazione del Progetto Riabilitativo Individuale;
- in età geriatrica in concomitanza di pluripatologia a rischio di riacutizzazione (instabilità).

## **DESTINATARI**

Destinatari del servizio di Cure Intermedie sono **soggetti adulti in condizioni di stabilità clinica** che hanno concluso il loro percorso sanitario/ospedaliero acuto e sub acuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di "salute" e che hanno bisogno di un ulteriore periodo di assistenza per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita o per accompagnarli verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari.

**Non rientrano** nell'unità d'offerta cure intermedie, ma **costituiscono criteri di esclusione**:

- le **patologie psichiatriche attive**;
- le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le **persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, i malati terminali, ecc.**);
- le **condizioni di instabilità** in corso o non completamente superate;
- le **acuzie non risolte**;
- le **diagnosi incomplete o in corso di definizione**

Il Servizio di Cure Intermedie, per come è strutturato, **non accoglie persone con demenza (Profilo 5)** non avendo le caratteristiche logistiche ed organizzative idonee.

## **I SERVIZI EROGATI**

Il servizio di Cure Intermedie offre la possibilità di un ricovero temporaneo finalizzato a riportare il paziente a livelli di autonomia sufficienti a consentire il rientro a domicilio e migliorare la qualità di vita.

La permanenza presso il centro di Cure Intermedie ha lo scopo di ottimizzare la qualità della vita del paziente aiutando lui e la sua famiglia ad adattarsi a standard di vita quanto più simili a quelli precedenti la malattia, con l'obiettivo di limitare al minimo la disabilità fisica, il deficit funzionale, cognitivo e psicologico che si manifesta a seguito di patologie acute.

La metodologia di lavoro nel servizio di CI è caratterizzata da un modo di agire da parte dell'intero staff che opera al fine del perseguimento del massimo risultato proponibile quanto a riabilitazione/riattivazione/mantenimento. Trattandosi, infatti, di agire per la valorizzazione della capacità di espletare in autonoma le attività della vita quotidiana, grande rilievo assumono le attività riabilitative e di supporto all'autonomia.

Nell'unità d'offerta Cure Intermedie la responsabilità sanitaria del paziente e degli atti medici è in capo al di Struttura coadiuvato dal Medico di Medicina Generale (M.M.G.) che in contatto con l'équipe socio-sanitaria interna definirà: percorso riabilitativo, terapie, prescrizione di esami, ecc.

### La classificazione dei profili

Il sistema adottato per la classificazione degli interventi di assistenza, di riattivazione e recupero funzionale, di cura e di sostegno sociale in regime di ricovero nelle strutture di cure intermedie è articolato in cinque profili di cura che si differenziano su quattro fondamentali aree di intervento: assistenziale, funzionale, clinica e sociale.

Il rilievo dei bisogni degli utenti e l'assegnazione dei profili di cura viene effettuata tramite la scheda unica di invio e valutazione, compilata sulla base di criteri e strumenti standardizzati, validati e di ampia diffusione in ambito clinico-assistenziale.

Entro 10 giorni dall'ammissione, l'Equipe della SISS deve rivalutare il paziente e confermare o meno il profilo assegnato e relativo periodo di accoglienza

Il passaggio ad un diverso profilo è possibile qualora durante la degenza si verifichi un evento tale da modificare il percorso di cura, di assistenza o di riattivazione e recupero funzionale.

Profilo	Descrizione	Durata
Profilo 1	In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale. Il profilo è caratterizzato da bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica.	40 gg
Profilo 2	In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale. Il profilo è caratterizzato da media complessità assistenziale e bassa intensività clinica.	60 gg
Profilo 3	In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale e media esigenza di supporto clinico. Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e media intensività clinica.	60 gg
Profilo 4	In questo profilo si collocano gli utenti che evidenziano esigenza di elevato supporto nell'area assistenziale, della riattivazione e recupero funzionale e clinica (data la presenza importante di comorbidità). Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.	60 gg

<i>Profilo 5 Demenze Non utilizzato nel servizio di Chiavenna</i>	<i>In questo profilo si collocano gli utenti affetti da demenza già diagnosticata con disturbi del comportamento in atto, che necessitano di un elevato supporto nell'area assistenziale, di riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale e di figure professionali specifiche. Il profilo è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.</i>	<i>60 gg</i>
---	---	--------------

Il servizio di CI gestito dalla Cooperativa L'Arca prende in carico i pazienti con profilo 1-2-3-4, con esclusione delle demenze, che richiedono un setting particolare, non possibile nel tipo di struttura esistente.

### **Standard sanitari ed assistenziali**

L'unità d'offerta di Cure Intermedie garantisce uno standard assistenziale adeguato a rispondere ai bisogni degli utenti, in grado di attuare i relativi piani assistenziali in base ai differenti profili dell'utenza.

L'equipe assistenziale di cure intermedie comprende le seguenti figure professionali attivabili a seconda delle esigenze:

- medico
- infermiere coordinatore (Case Manager)
- infermiere
- fisioterapista
- logopedista in caso di necessità, su richiesta specialistica
- psicologo esperto in neuropsicologia in caso di necessità, su richiesta specialistica
- educatore
- assistente sociale per eventuali rapporto con servizi sociali e Ufficio di pubblica tutela.
- ASA/OSS

### **CARE MANAGER**

Il servizio di cure intermedie, al fine di assicurare il coordinamento tra i diversi servizi della rete e la presa in carico degli utenti, garantisce le funzioni di care management.

L'Arca tra i professionisti dell'equipe assistenziale, ha individuato come Care manager, quale figura idonea a gestire il processo di presa in carico, a tenere il collegamento tra i diversi soggetti coinvolti (altri professionisti, altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali) e quale punto di riferimento per l'utente e per la sua famiglia, nel percorso di cura, proponendo le soluzioni più favorevoli e opportune riferite alla specifica condizione clinica ed assistenziale.

### **ASSISTENZA MEDICA**

Gli Ospiti mantengono il proprio medico di base che garantisce tutte le prestazioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Durante la degenza il paziente verrà comunque seguito dal Medico della Struttura che coordina le attività sanitarie, mantenendo i contatti con i MMG che rimangono titolari della cura dei singoli ospiti. Il Medico di struttura garantisce una reperibilità medica, in caso di urgenza viene allertato il servizio di Continuità assistenziale o emergenza/urgenza.

### **FARMACI ED ESAMI DIAGNOSTICI**

I farmaci e gli esami diagnostici restano a carico del SSN su prescrizione del MMG o del medico della SISS, salvo eventuali Ticket o quote di compartecipazione previste dalla normativa di settore.

## **PRESIDI E AUSILI**

Sono forniti a carico del SSN attraverso l'ATS presidi di assorbimento e ausili personali (carrozzina, materassino antidecubito, ecc.). In attesa dell'assegnazione, la SISS mette a disposizione i propri ausili (materassino antidecubito, deambulatore, carrozzina).

## **PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE**

Sono garantite da personale infermieristico presente in servizio durante la giornata, in particolare al mattino e la sera. E' garantita una reperibilità infermieristica (nelle ore in cui l'IP non è presente in struttura, compresa la notte).

## **RIABILITAZIONE FISICA E COGNITIVA**

Le prestazioni riabilitative comprendono l'insieme di interventi volti a mantenere l'autosufficienza o a migliorare il recupero funzionale in caso di disabilità di vario grado. La riabilitazione assume, quindi, un ruolo non soltanto terapeutico, ma anche preventivo, volto ad evitare o almeno limitare l'aggravamento motorio o la disabilità permanente. Per restituire un certo grado di autosufficienza si rendono necessarie strategie diversificate, pertanto il terapeuta della riabilitazione, sulla base delle necessità individuali stabilite nel PAI, effettua interventi di riabilitazione attiva e passiva, di rieducazione neuromotoria, e terapia occupazionale, individuale o di gruppo.

Le prestazioni riabilitative comprendono programmi di recupero dell'Autonomia nelle attività della vita quotidiana, svolte in collaborazione tra Fisioterapista, ASA/OSS e Educatore e recupero del linguaggio.

I terapeuti della riabilitazione facenti parte dell'equipe sono: Fisioterapisti, Neuropsicologo, Educatore, Logopedista. E' garantita anche la consulenza fisiatrica.

### **Riabilitazione motoria**

La riabilitazione motoria consiste in attività fisioterapiche che avviano, proseguono e completano il piano terapeutico.

L'attività di riabilitazione o di mantenimento delle funzioni motorie è rivolta a soggetti con disabilità anche multiple che causano problemi funzionali limitando l'autonomia negli atti quotidiani della vita.

La presenza del terapeuta della riabilitazione non si limita ai trattamenti riabilitativi individuali, bensì nell'essere un riferimento per tutti gli attori coinvolti quanto a conoscenza delle particolari tecniche necessarie a un approccio assistenziale vocato al recupero di tutte le autonomie funzionali possibili e all'altrettanto massimale riduzione delle disabilità in eccesso. In definitiva, gli si chiede la trasmissione permanente e costante dei saperi della sua disciplina trasferibili alle tre categorie principali di interlocutori: personale, pazienti e caregiver

### **Riabilitazione cognitiva**

La riabilitazione cognitiva si sviluppa in un insieme di attività specifiche che mirano al recupero, al miglioramento o al mantenimento delle capacità cognitive in pazienti post trauma, post ictus o affetti da patologie neurologiche o da lieve decadimento cognitivo.

L'attività è finalizzata a conseguire un miglior livello di autonomia e ritardare il più possibile la dipendenza totale del paziente.

Il neuropsicologo valuta le prestazioni cognitive negli individui che hanno subito un danno cerebrale, cercando di capire quali aspetti dell'attività cognitiva sono intatti o danneggiati, per fare una diagnosi e migliorare le capacità necessarie per continuare a gestire la vita quotidiana.

Quindi attiva i trattamenti individuali o di gruppo necessari.

## **ASSISTENZA DI BASE**

I servizi di assistenza e di cura alla persona erogati dalla SISS, sono erogati dall'ASA/OSS, consistono fondamentalmente nelle seguenti attività: cure personali, mobilitazione, assistenza nella deambulazione, assistenza al pasto, sorveglianza, collaborazione con le altre figure socio sanitarie. L'attività di riposo, di igiene e di cura della persona sono fondamentali per garantire e monitorare la regolare prosecuzione del percorso riabilitativo

## **ANIMAZIONE**

Il servizio di animazione, svolto dall'Educatore. È un'attività complementare finalizzata a stimolare e mantenere le capacità fisiche e mentali e sollecitare e intensificare la partecipazione alle attività collettive e la socialità. Le attività proposte potranno riguardare:

- Attività manuali
- Attività Sociali/Culturali
- Attività Ludico/Ricreative
- Attività motorie di gruppo

## **SERVIZI ALBERGHIERI**

Nella SIS vengono garantiti i principali servizi alberghieri, comprendenti :servizio di preparazione e somministrazione pasti, pulizia delle camere e degli ambienti comuni e il servizio di lavanderia per la biancheria piana.

## **SERVIZI ACCESSORI (A PAGAMENTO)**

- servizio di lavanderia per la biancheria personale
- servizio di trasporto
- cura e igiene del piede
- parrucchiere (pagato direttamente al professionista)

## **MODALITA' DI ACCESSO AL CENTRO**

### **RICHIESTA DI AMMISSIONE**

Per l'accesso alle cure intermedie, occorre essere in possesso della **richiesta di ricovero su ricettario regionale (ricetta rossa)** e la **SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE**, compilata dai soggetti abilitati. Per i reparti ospedalieri e le strutture socio sanitarie è indispensabile che la richiesta venga **caricata sul portale Priamo della Centrale Unica Regionale** mentre **per i pazienti provenienti dal domicilio è sufficiente la Scheda Unica Regionale compilata dal MMG**, che in tal caso dovrà essere recapitata alla SISS dal referente del paziente.

L'unità di cure intermedie, ricevuta la documentazione, provvede all'inserimento dell'utente in lista di attesa, se ne risulta appropriato il ricovero, e, quindi, a programmarne l'ingresso.

La SISS gestisce la **lista d'attesa**, secondo l'ordine cronologico di arrivo delle richieste, con un'attenzione privilegiata ai residenti in Valchiavenna salvo urgenze determinate da :

- dimissioni urgenti dall'ospedale
- assenza di una rete familiare idonea o in grado di assistere il paziente
- alloggio non idoneo che richiede adeguamenti strutturali

Tutti i soggetti destinatari vengono successivamente valutati dall'Equipe sociosanitaria interna che verificherà e definirà:

- l'appropriatezza del ricovero;
- il profilo ed il conseguente percorso riabilitativo;
- l'eventuale rivalutazione del percorso;
- la conclusione del percorso riabilitativo.

## **DURATA DELLA DEGENZA**

La durata della degenza avviene in base al profilo di cura emerso dalla valutazione e in base al Piano Riabilitativo Individuale ed alle condizioni dell'utente.

La degenza può variare da 40/60 giorni fino ad un massimo di 90 giorni per particolari esigenze riabilitative. E' possibile, per particolari esigenze ridurre la degenza, che deve essere almeno di 30 gg.

Tutti i moduli hanno carattere temporaneo con funzioni di riabilitazione finalizzate al rientro protetto dell'Utente al domicilio.

Il ricovero presso il centro non è definitivo e non costituisce alcun diritto d'ingresso ad altre unità di offerta del territorio, ma un passaggio agevolato ai servizi della Cooperativa.

## **L'ACCOGLIENZA DEL NUOVO OSPITE**

All'ingresso viene effettuato un breve incontro con l'utente e/o i suoi familiari da parte del Coordinatore.

La procedura di accoglienza e presa in carico è finalizzata a:

- acquisire tutte le informazioni utili all'immediata presa in carico;
- diffondere ai degenti ed ai familiari informazioni sui servizi offerti, sulle caratteristiche e sulla organizzazione della struttura;
- monitorare la delicata fase dell'ingresso e favorire l'inserimento;
- diffondere tra gli operatori interessati le informazioni acquisite;
- creare una collaborazione e comunicazione fra i parenti e gli operatori che consentano l'instaurarsi di relazioni corrette ed efficaci;
- prevenire o limitare l'ansia dei parenti connessa all'inserimento del familiare nel servizio.

L'unità di cure intermedie è tenuta all'ammissione di ogni nuovo utente, alla stesura del progetto individuale che, per i profili che lo necessitano, deve comprendere anche il progetto di riattivazione e recupero funzionale e la condivisione dell'utente/referente. Sulla base del progetto individuale viene redatto il piano di assistenza individualizzato (PAI), che, per i profili che ne necessitano, deve comprendere anche le attività riabilitative e di recupero necessarie.

Lo strumento di registrazione del percorso della degenza è il Fascicolo Utente (FaSAS), con relativo Diario, che raccoglie tutti i dati sociali e sanitari, le schede di valutazione e gli interventi effettuati.

Ogni Utente deve provvedere a portare i propri effetti personali e contrassegnavarli con un numero attribuito al momento dell'accettazione della domanda di ammissione. Si consiglia di non utilizzare capi delicati e di non lasciare oggetti di valore o somme di denaro negli armadi e cassetti.

Ai Familiari è consentito e in alcuni casi richiesto, in accordo con il Care Manager, di accudire i propri cari durante l'orario dei pasti aiutandoli nell'alimentazione o provvedere alla sorveglianza, qualora il paziente richiedesse un'assistenza continua. E' altresì possibile ed auspicabile un coinvolgimento e un addestramento dei familiari, nell'igiene, ove necessario, prima delle dimissioni dell'ospite.

L'accompagnamento di Residenti all'esterno della struttura per ricoveri ospedalieri, visite specialistiche o accertamenti diagnostici permane a carico dei Familiari.

## DIMISSIONI

Il Care manager, che segue tutto il percorso di cura, in prossimità della scadenza del periodo di accoglienza, incontra il paziente e/o i familiari per programmare le dimissioni, valutando le diverse opportunità e risorse della rete socio-sanitaria pubblica e privata e accompagnando la famiglia nel percorso di dimissioni.

Il paziente ricoverato presso la SSSS verrà dimesso a fine ciclo, salvo eventuale proroga per motivi sociali.

La dimissione sarà concordata tra il Medico della Struttura l'Infermiere Coordinatore, il Medico di medicina generale e l'Assistente Sociale della struttura coinvolgendo, ove necessario i servizi territoriali. Alle dimissioni viene rilasciata la relazione di dimissione e la documentazione clinica ed assistenziale, compilata da diversi professionisti.

### UN PERCORSO VERSO CASA

E' attivo nel servizio di CI un servizio "**Consulenza per dimissioni protette**", un programma strutturato di incontri con il paziente/caregiver con gli operatori socio sanitari delle Cure Intermedie, che aiuteranno il singolo e la sua famiglia ad organizzare il rientro a casa, affrontando i problemi psicologici, assistenziali, logistici e organizzativi.

E' prevista:

- una **consulenza psicosociale** per organizzare il rientro a domicilio del paziente ricoverato. Al Caregiver sarà proposto un percorso che, a partire dalla valutazione delle risorse della rete familiare, offre un supporto psicologico e una consulenza per organizzare l'assistenza domiciliare
- una consulenza per **adattamento ambiente domestico e personalizzazione degli ausili**, che prevede un momento informativo e una consulenza anche domiciliare da parte di fisioterapisti e consulenti esperti nel campo, in collaborazione con Medici prescrittori e Ufficio protesi e ausili ASST.

Il percorso comprende, ove necessario, anche un sopralluogo domiciliare da parte del fisioterapista per valutare l'appropriatezza dell'ambiente domestico e suggerire gli eventuali adattamenti e necessità di ausili.

Ove non possibile un servizio pubblico, su richiesta e a pagamento è possibile attivare anche percorsi di supporto domiciliare privato, per agevolare il rientro a domicilio.

## SISTEMA TARIFFARIO

Il sistema tariffario prevede la spesa del ricovero completamente a carico del Sistema Sanitario Regionale senza alcuna richiesta di compartecipazione del paziente e della sua famiglia alla spesa sanitaria.

**Sono esclusi dalla spesa sanitaria e quindi a carico dell'utente o della sua famiglia:**

- le terapie farmacologiche;
- i presidi di assorbimento;
- gli ausili;
- le cure specialistiche;
- i trasporti;
- eventuali ticket sanitari;
- il servizio di lavanderia degli indumenti personali;
- i servizi di pedicure e parrucchiere;
- servizi di trasporto con il minibus.

## **MODALITA' DI VISITA - USCITE**

Le visite sono consentite negli orari dalle 16.30 alle 18.30 dal lunedì al venerdì per non sovrapporsi alle attività riabilitative. Il sabato domenica le visite sono consentite anche al mattino dalle 9.30 alle 11.30.

## **VERIFICA DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO**

Per valutare e conoscere l'opinione sul servizio erogato, la qualità degli interventi e per avere un utile strumento per programmare attività di miglioramento qualitativo viene proposto un questionario. I dati emersi da tali indagini vengono valutati e discussi nelle riunioni d'équipe.

## **ACCESSO AGLI ATTI**

La Cooperativa ha definito una procedura per l'accesso agli atti amministrativi ed alla documentazione socio-sanitaria.

Per accedere a tale documentazione è necessario compilare apposito "Modulo per l'accesso agli atti amministrativi" richiedibile presso gli uffici della Cooperativa.

Il rilascio di documenti, fascicolo socio-sanitario, ecc. è soggetto a pagamento, secondo tariffario alleato alla procedura.

## **PRIVACY**

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679, per poter accettare la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza, la Cooperativa necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato ed i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela del ricoverato stesso. La Cooperativa si impegna ad utilizzare e conservare tali dati per gli usi e nei modi previsti dalla legge.

## **RECLAMI E DISSERVIZI**

E' garantita la funzione di tutela nei confronti dell'ospite anche attraverso la possibilità di sporgere reclamo a seguito di un disservizio, atto o comportamento degli operatori che ritenga non conforme ai criteri di correttezza, cortesia e qualità del servizio.

L'ospite o i suoi familiari possono presentare reclamo:

- Tramite colloquio con il responsabile del CDI.
- Inviando lettera in carta semplice
- Inserendo il modulo di segnalazione nell'apposita cassetta portalettere collocata all'ingresso.
- Inviando l'apposito modulo reclamo (allegato alla Carta del Servizio), al Direttore della Cooperativa, a Chiavenna in Via G.B. Cerletti,19.

Per ottenere una risposta scritta al reclamo/segnalazione deve essere compilata anche la parte riguardante i dati personali e il consenso al trattamento dei dati personali.

La Coordinatrice del servizio provvede a dare all'ospite o a un suo familiare immediata risposta per le segnalazioni e i reclami verbali che si presentano di immediata soluzione o più agevole

definizione. Nei casi più complessi, il Coordinatore in collaborazione con il Direttore raccoglie informazioni in merito e si attiva per risolvere il reclamo coinvolgendo le funzioni aziendali competenti.

In caso di reclamo scritto e sottoscritto l'utente o il familiare/referente riceveranno risposta scritta al reclamo, entro 7 giorni.

L'ospite e/o il familiare/caregiver può rivolgersi per far valere i propri diritti anche **all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'ATS della Montagna.**

**Referente:** Cristina Cantoni

**Sede:** via Nazario Sauro 38, 23100 Sondrio

**Orari:** da lunedì a venerdì, dalle ore 9 alle 12 (esclusi festivi)

**Tefefono:** 0342 555.836

**Mail:** [urp.sondrio@ats-montagna.it](mailto:urp.sondrio@ats-montagna.it) – [protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it)

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (**URP**) è istituito dall'ATS della Montagna in attuazione alla Legge n. 150 del 7 giugno 2000, come punto di incontro e di dialogo tra l'Agenzia, il cittadino e le associazioni che lo rappresentano.

Attraverso l'accoglienza e l'**ascolto delle esigenze dei cittadini** garantisce il diritto di informazione e orienta ai servizi sociosanitari presenti nel territorio dell'ATS della Montagna.

Compito dell'URP è anche quello di monitorare la qualità percepita dal cittadino rispetto alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate del territorio di ATS. In questo modo raccoglie **suggerimenti e proposte**, utili a migliorare i servizi erogati e a rendere l'Agenzia più trasparente, efficiente e attenta ai bisogni dei cittadini.

Sui temi di competenza di ATS, i cittadini possono presentare all'URP **encomi, segnalazioni e reclami**, a cui sarà garantita risposta nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa (30 giorni).

Per presentare un encomio, una segnalazione o un reclamo è possibile compilare l'apposito modulo completo dell'informativa sulla privacy e del consenso al trattamento dei dati, scaricabile dal sito [www.ats-montagna.it](http://www.ats-montagna.it) o reperibile all'URP e negli uffici di front-office dell'Agenzia.

Il modulo, debitamente compilato, può essere restituito di persona, inviato per posta (opportuna una raccomandata con ricevuta di ritorno) o via mail, allegando sempre una copia del documento d'identità in corso di validità.

Nel caso in cui l'encomio, la segnalazione o il reclamo, siano trasmessi per lettera o per mail, senza l'apposito modulo, è necessario indicare un indirizzo e un recapito telefonico e allegare un documento d'identità in corso di validità.

Decorrenza dal 1.09.2024.