



Azienda sanitaria Friuli Occidentale



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

CARTA DEI SERVIZI

Questa Carta dei Servizi riporta le informazioni valide al momento della stampa e viene periodicamente aggiornata. Tra un'edizione e l'altra potrebbero però intervenire modifiche nell'operatività.

Redatto a cura dell'Ufficio Comunicazione di AsFO - dicembre 2024

Elaborazione e stampa in proprio - tipografia interna

Sede legale

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 – Pordenone

www.asfo.sanita.fvg.it

Centralino 0434 369111 Fax 0434 523011

PEC asfo.protgen@certsanita.fvg.it

CARTA DEI SERVIZI

PARTE GENERALE

INDICE

Presentazione	pag.	5
L'organizzazione	"	9
Carta dei diritti e dei doveri degli utenti	"	14
Carta dei diritti del bambino	"	18
Carta dei diritti del prematuro	"	22
Regolamento di pubblica tutela	"	27
Comitato aziendale di partecipazione Nucleo Etico per la pratica clinica	"	35

PRESENTAZIONE

La **Carta dei Servizi** è uno strumento di comunicazione tra l'Azienda Sanitaria e il cittadino. Un legame fatto di informazione, impegni ed ascolto che permette all'Azienda di crescere erogando servizi migliori offrendo agli utenti tutte le informazioni sulle attività svolte affinché siano meglio conosciute e consentendo loro di controllare e valutare i percorsi assistenziali che vengono offerti.

Cosa contiene

La Carta dei Servizi illustra in modo trasparente e semplice i seguenti aspetti:

- la presentazione dell'Azienda e dei suoi principi fondamentali;
- le informazioni sui servizi sanitari offerti, sulla modalità di accesso, sulla loro fruizione e sulla continuità delle cure;
- gli impegni che l'Azienda ha assunto per garantire la qualità dei servizi, in particolare per quanto riguarda il rapporto con i cittadini;
- la tutela dei diritti degli utenti.

A chi si rivolge

I soggetti destinatari della Carta dei Servizi sono:

- i cittadini
- le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini
- i medici di base
- le farmacie
- le altre pubbliche amministrazioni.

A cosa serve

La Carta dei Servizi tutela i diritti degli utenti attraverso l'attribuzione al cittadino di un potere di verifica diretta sulla qualità dei servizi erogati.



L'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (di seguito AsFO) è stata istituita il 1° gennaio 2020, in attuazione di quanto previsto dalla Legge Regionale 17 dicembre 2018 n. 27 art. 11, comma 3 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale). L' ASFO è un ente con personalità giuridica pubblica dotato di autonomia imprenditoriale e disciplina la propria organizzazione e funzionamento mediante l'Atto Aziendale (consultabile nel sito aziendale www.asfo.sanita.fvg.it) secondo i principi e i criteri previsti dalle disposizioni regionali.

Ha sede legale a Pordenone in via della Vecchia Ceramica n. 1

MISSIONE ISTITUZIONALE

Attraverso le proprie strutture, l'Azienda assicura i seguenti livelli di assistenza:

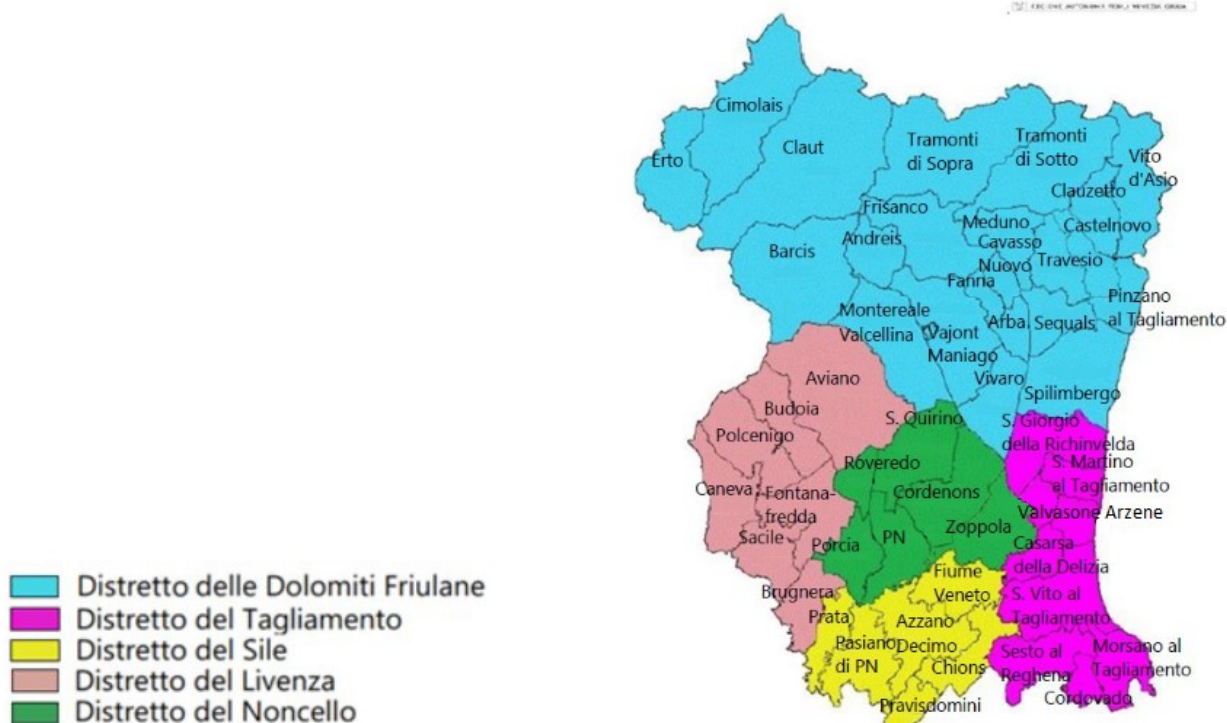
- prevenzione collettiva e sanità pubblica - assistenza distrettuale - assistenza ospedaliera.

L'Azienda pone la persona al centro del percorso di assistenza e di coinvolgimento nella tutela e promozione della salute, perseguendo l'erogazione delle prestazioni essenziali nel rispetto del principio dell'accesso universale.

Favorisce l'attivazione di percorsi assistenziali uniformi sul territorio aziendale attraverso un approccio multi-professionale e personalizzato, che assicurino, in maniera uniforme sul territorio aziendale, l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del paziente cittadino.

A tal fine persegue l'appropriata integrazione tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale, favorendo l'omogenea offerta di servizi sul territorio aziendale, nonché l'uniformità dei livelli di assistenza, anche perseguendo l'omogeneità organizzativa (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale).

L'Azienda garantisce appropriate politiche di prevenzione e promozione della salute che coinvolgano fattivamente le comunità locali e l'associazionismo e promuove l'innovazione clinica, gestionale e organizzativa sviluppando la ricerca biomedica e sanitaria e la formazione del personale, favorendo le condizioni per la crescita professionale delle proprie risorse umane, incentivando i confronti tra gli operatori e stimolando l'appartenenza a networks professionali al fine di mantenere elevate le conoscenze e le competenze.



IL TERRITORIO

VISIONE AZIENDALE

La Direzione Strategica, le persone che rivestono ruoli di responsabilità e il personale tutto agiscono ispirandosi ai seguenti valori che, diversamente dalla missione che indica "cosa bisogna fare", esprimono il "come (a che prezzo) l'Azienda raggiunge i risultati attesi".

- Ambiente

L'Azienda salvaguarda l'ambiente in cui opera, investe per ridurre i consumi e i rifiuti, rende efficienti gli edifici del proprio patrimonio immobiliare ed è attenta al decoro delle strutture proprie o in utilizzo. Infine, adotta soluzioni organizzative che riducono l'impatto ambientale dell'intero SSR.

- Appartenenza

Il personale si sente parte attiva dell'organizzazione, condivide valori insieme a linguaggi e comportamenti, collabora alle scelte e le applica, crea un ambiente di lavoro sano, sereno e stimolante, capace di esaltare le potenzialità di ognuno e attrarre professionisti; l'Azienda è inserita nel tessuto sociale del territorio regionale e opera per migliorarlo.

- Appropriatelyzza

I percorsi assistenziali dei pazienti sono individuati nel rispetto delle linee guida nazionali e/o internazionali disponibili, affinché le prestazioni siano erogate se e quando previste e non vengano inutilmente ripetute, anche con l'obiettivo che i professionisti del SSR superino i comportamenti di medicina difensiva.

- Competenza

Il cambiamento è una prospettiva irrinunciabile per rimanere al passo con i tempi. Ognuno cerca di migliorarsi attraverso l'aggiornamento professionale, la formazione sul campo e il confronto, perseguendo il giusto equilibrio fra sapere, saper fare e saper essere. L'Azienda assicura investimenti in formazione e stimola le persone ad aggiornarsi.

- Eccellenza

Management aziendale, dirigenti, professionisti e tutti i collaboratori operano secondo parametri di qualità accettati internazionalmente, favoriscono la ricerca, sostengono l'insegnamento e promuovono l'innovazione e lo sviluppo attraverso il miglioramento continuo dei processi produttivi e la responsabilizzazione delle persone.

- Efficacia

Management e personale aziendale mettono in campo interventi e azioni orientate al raggiungimento degli obiettivi che l'Azienda si è prefissata. Tutti si adoperano affinché l'organizzazione del SSR metta gli Enti nelle condizioni di ottenere i migliori risultati possibili nei trattamenti dei pazienti.

- Efficienza

La rivisitazione costante dei modelli organizzativi, con l'intento di superare gli sprechi e la frammentazione, permette di razionalizzare l'erogazione dei servizi e recuperare risorse da destinare allo sviluppo di funzioni più utili ai cittadini. Efficienza è riuscire a concretizzare le

buone idee e semplificare.

- Equità

L'Azienda si adopera affinché gli Enti del SSR si organizzino assicurando ai cittadini pari opportunità d'accesso ai servizi e agli strumenti che il SSR mette a disposizione. Nella distribuzione delle risorse, l'Azienda scoraggia con fermezza ogni tentativo di prevaricazione da parte di singoli professionisti, associazioni o gruppi di pressione.

- Integrazione

Le attività dell'Azienda richiedono integrazione operativa fra le strutture; l'azione di coordinamento svolta verso gli altri Enti del SSR e quella di supporto tecnico svolta nei confronti della Direzione Centrale Salute (DCS) richiedono integrazione professionale, organizzativa e istituzionale. Tutti gli operatori dell'Azienda sono consapevoli del delicato ruolo di raccordo che ricoprono.

- Legalità

Il rispetto della legalità, come indice di rettitudine di sistema, è il prerequisito irrinunciabile di ogni azione. L'Azienda opera nel rispetto delle norme vigenti e ogni operatore assicura la correttezza individuale e si adopera, in base alla funzione ricoperta, per segnalare o superare le situazioni potenzialmente illegittime.

- Relazione

I rapporti fra gli operatori sono tenuti nel rispetto dei ruoli, delle competenze di ognuno e delle opinioni altrui, è stimolato l'approccio multi-disciplinare e multi-professionale e sono ricercati stili di comunicazione appropriati ed efficaci; l'Azienda è attenta agli utenti e ricerca sinergie con le altre aziende, le istituzioni, gli attori sociali ed economici e i cittadini.

- Responsabilità

Le persone o i gruppi che operano all'interno dell'Azienda sono responsabili del proprio agire, rendono conto delle proprie azioni e sono affidabili, cioè capaci di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili. Chi ricopre determinati ruoli è consapevole della responsabilità che si assume nel non agire ed evita di scaricarla a terzi o eluderla utilizzando interpretazioni ingiustificatamente restrittive delle norme.

- Sicurezza

L'Azienda garantisce la sicurezza del personale attraverso azioni e investimenti tesi a migliorare le condizioni di lavoro; la sicurezza degli utenti è ottenuta attraverso la continua revisione dei processi con il fine di migliorare i servizi, prevenire gli errori o minimizzarne gli effetti e tendere ai massimi livelli di qualità.

- Territorialità

L'Azienda è attenta al territorio per il quale assicura le funzioni distribuendole con il giusto equilibrio fra centralizzazione e decentramento. Gli appalti dei servizi sono impostati in modo da produrre adeguate ricadute nell'occupazione e nell'utilizzo, per quanto possibile, dei prodotti locali.

- Trasparenza

Gli atti amministrativi e le comunicazioni favoriscono rapporti corretti con gli operatori, l'utenza e i fornitori di servizi; ogni individuo o altro portatore di interesse è messo nelle condizioni di effettuare scelte consapevoli. Management e personale dell'Azienda rende conto in modo trasparente del proprio operato.

- Umanità

L'Azienda pone al centro delle sue azioni la persona, valorizza l'unicità di ogni individuo, garantisce pari opportunità, evita ogni forma di discriminazione e rispetta i valori, i credo religiosi, le differenze di genere e la cultura di appartenenza.

L'ORGANIZZAZIONE

DIREZIONE STRATEGICA

La **Direzione Strategica** è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Sociosanitari. La Direzione Strategica è la sede di governo dell'Azienda.

La Direzione Strategica definisce le strategie e le politiche aziendali sulla base della pianificazione nazionale e regionale. Esercita le funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per conseguire i fini aziendali si relaziona con il collegio sindacale, il collegio di direzione, l'organismo indipendente di valutazione, le istituzioni del territorio, le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e di volontariato dell'area socio-sanitaria, gli ordini professionali e le associazioni sindacali.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo responsabile della gestione complessiva dell'Azienda della quale è il legale rappresentante. Egli assicura il regolare funzionamento dell'Azienda su mandato della Regione, nell'ambito della programmazione e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale. E' altresì responsabile della gestione del budget complessivo dell'Azienda, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione, nonché dell'assegnazione dei budget ai singoli dirigenti, i quali rispondono della rispettiva gestione.

Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni attraverso atti di diritto privato o, nei casi stabiliti dalla legge, attraverso l'adozione di atti deliberativi amministrativi, sotto la forma di "decreti", emanati nell'osservanza dei principi generali dell'azione amministrativa, ivi compreso l'obbligo generale di motivazione.

Il **Direttore Amministrativo** partecipa alla Direzione Strategica dell'Azienda e concorre al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa, con la formulazione di proposte e di pareri obbligatori e facoltativi su questioni afferenti alle materie di propria competenza. Adotta i provvedimenti o gli atti di diritto privato nelle aree di competenza a lui attribuite o delegate dal Direttore Generale.

Dirige i servizi amministrativi con particolare riferimento agli aspetti giuridico amministrativi ed

economico-finanziari. Assicura la legittimità degli atti amministrativi e coordina le strutture Amministrative ai fini dell'integrazione delle stesse e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure.

Per l'assolvimento delle proprie funzioni, il Direttore Amministrativo si avvale di unità organizzative; le funzioni sono assicurate da strutture, servizi o uffici aggregati in dipartimenti. Coadiuvava il Direttore Generale nella determinazione e assegnazione dei budget di risorsa ai responsabili delle strutture amministrative.

Il **Direttore Sanitario** partecipa alla Direzione Strategica dell'Azienda e concorre al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa, con la formulazione di proposte e di pareri obbligatori e facoltativi sulle materie di propria competenza.

Coadiuvava il Direttore Generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, all'appropriatezza delle stesse, alla qualità dei servizi e all'accesso alle prestazioni.

Il Direttore Sanitario è inoltre responsabile del governo clinico e degli aspetti igienico-organizzativi.

Assicura il coordinamento e l'integrazione funzionale delle strutture sanitarie e, in coerenza con i principi stabiliti dalla legge, promuove la valorizzazione delle professioni sanitarie, nonché lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione.

Coadiuvava il Direttore Generale nella determinazione e assegnazione dei budget di risorsa ai responsabili delle strutture sanitarie.

Il **Direttore dei Servizi Sociosanitari** coadiuvava il Direttore Generale nelle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sociali e sociosanitarie, all'appropriatezza delle stesse, alla qualità dei servizi e all'accesso alle prestazioni.

Assicura funzioni di direzione delle attività e dei servizi socio-assistenziali su delega dei Comuni.

Svolge attività di direzione e di coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Azienda, collabora con il Direttore Sanitario al coordinamento e monitoraggio dei collegamenti funzionali all'interno del Dipartimento Assistenza Territoriale (DAT) e delle Dipendenze e della Salute Mentale (DDSM) e fra gli stessi, al fine di garantire la continuità e il coordinamento assistenziale e la presa in carico del paziente/utente.

Dirige, anche tramite preposti, il governo delle professioni tecniche sociali attraverso il servizio sociale professionale, l'area del welfare di comunità e di sviluppo della domiciliarità, abitare sociale/rete delle comunità di accoglienza e integrazione, il servizio di inclusione lavorativa.

Assicura la vigilanza e il coordinamento delle funzioni di integrazione garantite dai Distretti e tiene i rapporti con la Conferenza dei Sindaci, presso la quale rappresenta il Direttore Generale.

ORGANI E ORGANISMI COLLEGIALI

Il Collegio sindacale

Il Collegio sindacale è l'organo collegiale titolare della funzione di controllo istituzionale sull'andamento delle attività dell'Azienda e sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità e di economicità, in particolare sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale.

Il Collegio sindacale, la cui nomina, composizione e funzioni sono stabilite dalle norme vigenti, dura in carica tre anni.

Il Collegio di direzione

Il Collegio di direzione coadiuva la Direzione Strategica nell'assunzione delle decisioni gestionali e collabora all'elaborazione e all'attuazione degli indirizzi della programmazione aziendale.

Il Collegio di direzione si pronuncia di volta in volta su specifica richiesta, in ordine a questioni che afferiscono alle seguenti materie:

- parere sull'acquisizione delle tecnologie di importo rilevante;
- approvazione del programma annuale di formazione per il personale;
- individuazione dei componenti delle Commissioni esaminatrici di concorso nei casi previsti dalla normativa concorsuale;
- approvazione di programmi di innovazione di valenza strategica.

Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 17 comma 2 bis del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.

Presieduto dal Direttore Generale o suo delegato, la composizione è la seguente:

- Direttore Generale;
- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociosanitari;
- Direttori dei Dipartimenti;
- Direttori di Distretto;
- Direttori Medici di Presidio Ospedalieri;
- Direttori/Responsabili di Struttura delle professioni sanitarie e tecniche;
- Direttore della SC Assistenza Farmaceutica;
- Un Medico di Medicina Convenzionata individuato dal Presidente dell'Ordine dei Medici.

Le modalità di funzionamento sono definite da uno specifico regolamento.

Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, con funzioni di consulenza tecnico – sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

Il Consiglio dei Sanitari fornisce parere obbligatorio consultivo su:

- programmazione delle attrezzature tecniche e scientifiche di rilievo sanitario;
- piano della formazione aziendale;
- provvedimenti di disciplina delle prestazioni mediche e di fissazione delle tariffe libero professionali;
- trasferimento e/o sistemazioni logistiche, con eventuali investimenti, di strutture sanitarie aziendali;
- scelte inerenti ai principali piani di investimento e piani di assegnazione delle risorse relative ai servizi sanitari.

Il parere del Consiglio dei Sanitari è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine di dieci giorni dalla richiesta.

Non possono far parte del Consiglio dei Sanitari, per conflitto di interesse rispetto agli altri ruoli ricoperti in seno all'organizzazione aziendale e le relative dinamiche, i componenti del Collegio di Direzione, fatta salva la figura del Direttore Sanitario, e i rappresentanti sindacali.

Le modalità di composizione, elezione, organizzazione e funzionamento sono definite con specifico regolamento.

Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) svolge in particolare le seguenti attività:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione
- comunica le criticità riscontrate alla Direzione Generale e ai competenti organi
- valida la relazione sulla performance
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità

L'OIV esercita, in piena autonomia, le attività di controllo strategico e di monitoraggio dei processi di misurazione e valutazione della performance riferendo le criticità riscontrate alla Direzione Strategica. È costituito in forma collegiale con tre componenti esterni all'Azienda, che assicurano complessivamente l'esperienza nel campo del management, della valutazione delle prestazioni, della valutazione del personale e della programmazione e controllo di gestione.

ARTICOLAZIONE AZIENDALE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'Azienda deputata ad assicurare le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica. Persegue obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. Al Dipartimento competono le azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, animale e umana. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e responsabilità.

Tramite le proprie strutture complesse e semplici, il Dipartimento di Prevenzione svolge le seguenti funzioni:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- medicina dello sport;
- medicina legale;
- sanità animale;
- igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche;
- igiene degli alimenti di origine animale.

Il Dipartimento Assistenza Territoriale (DAT) è la Struttura di Coordinamento delle attività assistenziali, sanitarie, riabilitative, sociali e sociosanitarie in ambito territoriale per una risposta continuativa e appropriata ai bisogni di salute della popolazione e di raccordo con le attività ospedaliere al fine di garantire la continuità delle cure.

Il DAT garantisce la funzione delle cure intermedie attraverso gli Ospedali di Comunità, l'Hospice, le degenze post acuti, le degenze riabilitative, le cure palliative, la funzione delle aree minori e famiglie attraverso l'organizzazione e il funzionamento dei Consultori, del servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza e dell'Adolescenza e dell'assistenza alla disabilità dei minori. Garantisce inoltre la funzione dell'area adulti e anziani attraverso l'organizzazione e il coordinamento dell'Assistenza Primaria, le Case di Comunità, la specialistica ambulatoriale, i servizi di assistenza domiciliare, riabilitativa, sociale e di supporto alla disabilità dell'adulto.

Il Distretto sanitario rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Azienda garantisce una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, coinvolgendo i pazienti, le famiglie, i professionisti di diversi ambiti e il volontariato.

In base alla legislazione regionale in materia e alle intese di programma, il Distretto presiede alla concretizzazione dell'integrazione socio-sanitaria tra l'Azienda e gli enti locali.

Il territorio aziendale è suddiviso in cinque Distretti, coincidenti con gli ambiti sociali dei Comuni, articolati come segue:

- Distretto del Noncello;
- Distretto delle Dolomiti Friulane
- Distretto del Sile;
- Distretto del Tagliamento;
- Distretto del Livenza.

Gli stessi sono organizzati nelle seguenti Aree distrettuali:

- Dolomiti Friulane e Livenza;
- Noncello;
- Sile e Tagliamento.

Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale (DDSM) è la struttura operativa che si fa carico, partecipando in funzione delle proprie peculiarità, della domanda di assistenza delle persone con dipendenze, anche comportamentali, e/o con disturbi mentali, per le quali assicura, con metodo multidisciplinare, la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

Il DDSM è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile, è organizzato in due aree professionali autonome, una per le dipendenze e l'altra per la salute mentale, è articolato in centri di costo e di responsabilità e fornisce attività, servizi e prestazioni per l'assistenza domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliera. I diversi livelli di complessità organizzativa e gestionali determinano la possibile articolazione del DDSM in strutture complesse o semplici individuate su base territoriale o di attività specifica (esempio alcoologia, trattamento dei disturbi del comportamento alimentare).

Dipartimento Direzione Rete Ospedaliera

I Presidi ospedalieri dotati di autonomia economico-finanziaria e gestionale, garantiscono le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero secondo caratteristiche quantitative e qualitative definite dalla programmazione regionale e locale.

All'interno del territorio di competenza dell'Azienda, l'assistenza ospedaliera viene assicurata dai seguenti Presidi ospedalieri:

Presidio ospedaliero "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone (Hub di primo livello);

Presidio ospedaliero "San Vito al Tagliamento-Spilimbergo" (Spoke).

I Presidi Ospedalieri sono gestiti dal Dipartimento Direzione Rete Ospedaliera, responsabile dell'organizzazione complessiva dei Presidi Ospedalieri, che ha il compito di dare attuazione alle specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità degli stessi come previsto dalle norme e dalla buona pratica. Il Presidio Ospedaliero integra il percorso di continuità collaborando con le altre strutture tecnico funzionali dell'Azienda per la presa in carico dei bisogni clinico assistenziali del cittadino, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità, perseguendo efficacia ed efficienza organizzativa anche mediante l'integrazione operativa con le strutture territoriali, comprese le strutture private accreditate della Regione Friuli Venezia Giulia mediante percorsi condivisi: dalla presa in carico clinico - assistenziale, alla prevenzione e al supporto sociale.

CARTA DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEGLI UTENTI

DIRITTI

L'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale pone i bisogni delle persone che si rivolgono ad essa al centro della propria attività e, nel farlo, si ispira ai seguenti principi fondamentali:

Uguaglianza

L'Azienda garantisce l'accesso ai servizi sanitari senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche.

Imparzialità

La prestazione dei servizi sanitari deve avvenire senza alcun tipo di favoritismo.

Continuità

L'erogazione dei servizi sanitari deve essere continua e regolare. In caso di funzionamento irregolare devono essere adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

L'Azienda si adopera a definire le modalità con cui garantire la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Qualità

L'Azienda presta l'assistenza sanitaria con continuità, professionalità, attenzione alla persona, garantendo l'integrazione organizzativa e multidisciplinare, nonché la comprensione ed il rispetto delle persone assistite e dei loro familiari.

Sicurezza

Ogni utente ha il diritto alle prestazioni necessarie a tutela della propria salute in piena sicurezza. Al fine di garantire questo diritto, l'Azienda si impegna a monitorare continuamente i fattori di rischio e a provvedere alla manutenzione continua delle strutture e dei dispositivi sanitari aziendali. Stabilisce e diffonde le modalità per la riduzione di barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro genere per l'accesso ai servizi. Inoltre l'Azienda si impegna a provvedere alla formazione continua degli operatori sanitari.

Protezione

Ogni utente, che per le sue condizioni di salute si trovi in una situazione di debolezza, ha diritto ad essere protetto ed assistito. L'Azienda pone attenzione all'assistenza ai pazienti che si trovano in condizioni di fragilità, anche temporanea.

Una speciale protezione viene riservata ai minori che necessitino di ricovero nei reparti Ospedalieri.

L'Azienda custodisce, con carattere di eccezionalità, solamente i beni dei pazienti ricoverati d'urgenza e di quelli incapaci di assumersene la custodia. Si raccomanda agli utenti di non portare alcun tipo di valore (denaro, oggetti in oro, gioielli) durante il periodo di ricovero.

Normalità

Ogni utente ha il diritto ad essere curato nelle strutture dell'Azienda senza che vengano alterate, oltre il necessario, le sue abitudini e le sue relazioni sociali e familiari.

L'Azienda si impegna a regolamentare l'organizzazione delle attività nel rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita del paziente.

Certezza

Ogni utente ha il diritto alla certezza del trattamento sanitario senza essere vittima di conflitti professionali od organizzativi o di privilegi derivanti dalla sua condizione economica e sociale. L'Azienda ha il dovere di fissare i tempi massimi di attesa entro i quali determinati servizi devono essere erogati, sulla base di specifici standard ed in relazione al grado di urgenza del caso, in coerenza con i valori soglia stabiliti dalla Regione. L'Azienda fornisce informazioni all'utenza sulle procedure di accesso alle prestazioni, sulle modalità della loro esecuzione, sui tempi di attesa e sui tempi di consegna dei referti, sulle modalità di pagamento per gli eventuali costi a carico dell'utente; si adopera per contenere i tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni. Ogni utente che lo richiede ha il diritto di consultare le liste di attesa, nei limiti del rispetto della privacy.

Partecipazione

I cittadini, direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano, devono sempre poter esprimere le proprie opinioni sui servizi che li riguardano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e di coinvolgimento. A tali opinioni deve essere sempre prestata la massima attenzione nell'ottica di migliorare la qualità del servizio stesso.

Ogni utente, la sua famiglia, gli organi di tutela e di volontariato se è prevista la loro collaborazione possono contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e alle attività dell'Azienda attraverso:

1. le rilevazioni della qualità percepita;
2. la partecipazione organizzata dei cittadini e delle proprie rappresentanze ai processi decisionali ed ai percorsi assistenziali.
3. i suggerimenti, le segnalazioni, i reclami e gli elogi.

L'Azienda stabilisce le modalità di ascolto degli utenti attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazione della soddisfazione degli utenti e si adopera ad attivare una modalità sistemica di comunicazione ai responsabili delle articolazioni organizzative dei risultati delle attività di tali ascolti.

La partecipazione al processo di cura comprende anche il diritto del paziente di conoscere il proprio referente delle cure e a riconoscere la qualifica degli operatori che partecipano al suo processo di cura in base alla divisa e/o al cartellino che ne permetta l'univoca identificazione, personale e per qualifica.

Differenza

Ogni utente ha diritto a ricevere trattamenti differenziati secondo le proprie esigenze, al rispetto della propria individualità, senza alcuna discriminazione legata all'età, al sesso, alla nazionalità, alla razza, alla lingua, alle opinioni politiche, al credo professato, alla cultura. L'Azienda si adopera ad erogare le attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze dei pazienti e si impegna a soddisfare, per quanto possibile, le richieste di assistenza religiosa o spirituale, provvedendo a contattare i diversi ministri di culto o favorendone l'accesso.

Riservatezza

L'Azienda si impegna a regolamentare le modalità per garantire la protezione dei dati personali del paziente.

Ogni utente ha il diritto alla riservatezza delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche e/o terapeutiche a cui deve essere sottoposto, così come al diritto alla protezione dei suoi dati personali durante l'esecuzione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico - chirurgici in generale.

I professionisti si impegnano a fornire ai pazienti ed ai loro famigliari, salvo il caso di manifesto dissenso da parte dell'avente diritto, comunicazioni relative al ricovero ed alle condizioni di salute. Le informazioni aggiornate verranno fornite durante tutto il processo di cura e di ciò verrà data evidenza nella cartella clinica.

Dignità

Ogni utente, anche se portatore di malattie non guaribili, ha il diritto al rispetto della dignità personale, ricevendo tutta l'assistenza necessaria.

L'Azienda riconosce e rispetta i bisogni del malato terminale con il trattamento dei sintomi primari e secondari, con un'adeguata terapia del dolore, con la risposta ai problemi emotivi, religiosi, culturali del paziente e dei suoi familiari.

Diritto all'informazione ed al consenso

Ogni utente ha il diritto ad avere informazioni esaurienti, in tempi congrui, sulla sua diagnosi, terapia e prognosi, soprattutto nel caso di interventi rischiosi che richiedono il suo esplicito consenso. L'Azienda informa l'utente prima dell'esecuzione di una prestazione indicando il personale autorizzato a raccogliere il consenso; l'utente ha diritto ad esprimere o negare il proprio consenso alle terapie proposte o alle analisi.

In particolare sono definite le situazioni per le quali è necessario il consenso scritto dell'utente, le procedure per informare e ottenere il consenso con indicazione dei professionisti responsabili e i casi in cui vi possano essere soggetti sostitutivi e procedure conseguenti.

Durante la permanenza in Ospedale viene richiesto un consenso generale ed uno specifico, come previsto dalla normativa vigente, per le procedure di carattere invasivo e/o più complesse. In assenza della sottoscrizione del consenso informato, il medico non può intraprendere alcuna attività di diagnosi e cura, tranne nei casi previsti dalla legge e per le situazioni di necessità ed urgenza, in cui l'utente si trovi in imminente pericolo di vita.

L'utente riceve un'informazione chiara e completa sulle sperimentazioni cliniche e vi può partecipare solo dopo aver firmato il relativo consenso informato.

Le informazioni fornite sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti consentono la partecipazione dei pazienti alle scelte clinico-assistenziali e il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nei percorsi di cura.

Efficacia ed efficienza

Il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati ed in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione.

Diritto di scelta

Il cittadino ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano servizi sul territorio, quelli di cui ha necessità.

Informazione e documentazione sanitaria

I medici e gli operatori sanitari garantiscono alla persona assistita una informazione chiara, semplice, essenziale, completa e comprensibile.

L'utente ha diritto a partecipare all'elaborazione del piano di cura, ad essere informato su come la malattia potrà incidere sulla qualità della sua vita e sui rimedi terapeutici ed assistenziali atti ad eliminare o almeno a ridurre gli eventuali stati di sofferenza e dolore.

Ha il diritto di visionare la sua cartella clinica e di richiederne copia. La cartella clinica dovrà essere chiara, leggibile e completa di tutte le informazioni riguardanti diagnosi, trattamenti ed interventi eseguiti. Ha il diritto a ricevere una lettera di dimissione alla fine del ricovero. Nel caso in cui la diagnosi non sia completa, il paziente ha diritto a ricevere una lettera di dimissioni con le conclusioni provvisorie.

Ad ogni utente è consentito interrompere la cura in qualsiasi fase del processo clinico-assistenziale o rifiutare un determinato trattamento, salvo per i casi di Trattamento Sanitario Obbligatorio previsti dalla Legge n 180 dd 13.5.1978.

I sanitari hanno l'obbligo di informare il paziente sulle possibili conseguenze di questo comportamento.

DOVERI

- Osservare le scadenze e gli orari stabiliti al fine di rispettare il normale svolgimento dell'attività e tutelare i diritti degli altri utenti;
- avere un comportamento responsabile e rispettoso nei confronti degli altri utenti e dei sanitari;
- rispettare il lavoro e la professionalità degli operatori sanitari quale condizione indispensabile per attuare un corretto programma terapeutico e assistenziale;
- non fumare in tutti i locali chiusi di proprietà dell'Azienda né nelle pertinenze esterne delle strutture (parchi, strade, parcheggi, ecc.);
- non usare il telefono cellulare all'interno delle strutture;
- avere cura degli ambienti, delle attrezzature, degli arredi e dei presidi sanitari;
- non introdurre oggetti che possano intralciare l'attività di servizio (ad es. sdraio, lettini pieghevoli...) sia di giorno che di notte;
- non effettuare prestazioni o assumere iniziative di esclusiva competenza del personale della Struttura di degenza (in particolare non somministrare alcun farmaco o cambiare flebo);
- non utilizzare beni della struttura di ricovero (ed es. biancheria, poltrone, sedie...) senza autorizzazione del personale;
- informare in tempo utile e comunque sempre le strutture sanitarie in caso di disdetta prenotazioni e rinuncia cure programmate, per evitare sprechi di tempo e di risorse e per consentire ad altri utenti di poter usufruire delle prestazioni necessarie in tempi ridotti;
- rispettare le indicazioni relative alla sicurezza presenti nelle strutture ed informare e riferire al personale le eventuali situazioni riconosciute come fonti di possibile pericolo;
- cercare di favorire un clima di dialogo e collaborazione con gli operatori sanitari, a tutela della sicurezza del paziente e dell'operatore (Legge n. 113 del 14 Agosto 2020 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni ")¹.

¹ In ottemperanza alla sopracitata legge 113/2020 l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale sanziona atteggiamenti aggressivi o francamente violenti.

CARTA DEI DIRITTI DEL BAMBINO

Definizioni

Tutti gli esseri umani hanno diritti. Nel 1990 è stato stipulato il testo «Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia». Da allora i bambini vengono considerati individui a pieno titolo. Questo testo si compone di un preambolo e una serie di articoli che descrivono i diritti dei bambini. Ogni bambino di ogni età e in qualsiasi condizione di salute ha il diritto di vivere uno sviluppo armonioso e completo della sua personalità e di crescere in un ambiente familiare, in un clima di felicità, amore e comprensione. Ogni bambino ha il diritto di crescere sano e in condizioni di protezione e sicurezza soprattutto in una condizione di malattia. Dal momento stesso in cui nasce è un cittadino a tutti gli effetti e devono essergli riconosciuti tutti i diritti, per primo quello alla salute e all'assistenza sanitaria che la nostra Costituzione richiama all'art. 32.

Il ministero dell'istruzione, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, e l'Associazione ospedali pediatrici italiani sono consapevoli dell'importanza di garantire sempre alle bambine e ai bambini in ospedale pari opportunità nell'esercizio al diritto alla salute e nell'accesso all'istruzione e all'educazione anche nel periodo di degenza.

Obiettivo

La nostra Azienda con questo testo ha come obiettivo quello di identificare ed evidenziare quelli che sono i diritti del bambino fin dall'epoca prenatale. Il nostro personale è formato nella promozione della salute in tutte le fasi dell'età neonatale e pediatrica.

Art. 1

Ho il diritto di stare bene in ospedale.

L'ospedale si impegna a promuovere la salute del bambino in ogni sua fase evolutiva a partire dall'epoca prenatale, con interventi che mirano all'educazione e all'assistenza durante gravidanza, parto e primi mesi di vita. Sarà favorito un sereno accoglimento in ospedale del bambino e della famiglia. Inoltre, verranno attuati interventi di educazione sanitaria riguardante in particolare la nutrizione, l'igiene personale e ambientale, la prevenzione delle malattie infettive e incidenti. L'ambiente ospedaliero deve assicurare la salute del bambino nel miglior modo possibile.

Art. 2

Ho il diritto a ricevere un'assistenza "globale", ricevendo le attenzioni, le cure e l'assistenza necessaria al mio benessere.

Il personale terrà conto del contesto di vita e della globalità dei problemi dei bambini in modo da poter lavorare in sintonia con la famiglia, la comunità e tutte le strutture sanitarie, sociali ed educative del territorio.

Art. 3

Ho il diritto di trovare uno spazio pensato per me. Chi si prende cura di me deve essere preparato e di buon umore.

Il personale si impegna all'aggiornamento permanente delle proprie competenze tecniche, sanitarie, culturali e a fornire cure fondate sulle più recenti evidenze scientifiche e su linee guida consigliate da società scientifiche nazionali ed internazionali. Nel caso in cui le risorse non consentano di far fronte a particolari esigenze e peculiarità del bambino sarà cura del personale indirizzare la famiglia presso altre strutture con competenze adeguate. Sono garantite le migliori prestazioni sanitarie possibili a tutti i minori, senza alcuna distinzione di sesso, cittadinanza, colore, religione, opinione politica, reddito, condizione legale, sociale o sanitaria del bambino o dei suoi genitori. Particolare attenzione verrà anzi prestata a tutti i bambini con problemi complessi e/o difficile e sporadico accesso ai servizi sociosanitari.

Il personale deve anche avere sempre un buon umore nei confronti del bambino in modo che quest'ultimo si senta protetto.

Art. 4

Ho il diritto al rispetto della mia identità e a essere chiamato con il mio nome.

Ogni bambino ha il diritto di essere identificato con il proprio nome in tutte le circostanze legate alla sua permanenza in ambiente ospedaliero, non sostituire il nome con termini che rimandino alla sua patologia, al numero di letto, ecc.

Art. 5

Ho diritto al rispetto della mia privacy.

È compito del personale rispettare la privacy nonché il pudore mostrando sensibilità e riservatezza con particolare attenzione soprattutto verso gli adolescenti. Il personale rispetterà gli obblighi professionali e di legge riguardanti il segreto professionale e il trattamento dei dati.

Art. 6

Ho il diritto di continuare a mantenere attivi i miei rapporti affettivi.

Deve essere favorita la possibilità del bambino di continuare a socializzare e favorire la sua crescita affettiva. Ha il diritto ad avere i suoi genitori vicini, a muoversi liberamente nel suo reparto e portare con sé i suoi giochi.

Art. 7

Ho il diritto ad essere informato sulle mie condizioni di salute e sulle procedure a cui verrò sottoposto, con un linguaggio comprensibile ed adeguato al mio sviluppo ed alla mia maturazione.

Il personale si impegna ad instaurare con il bambino e la sua famiglia una relazione improntata sul rispetto e sulla collaborazione. Lo spazio per l'ascolto, i tempi, le modalità e gli strumenti comunicativi più idonei andranno sempre ricercati. Si utilizzerà un linguaggio quanto più vicino a quello del bambino ricorrendo anche al gioco, alle narrazioni, ai disegni, alle immagini. Per le persone straniere con una scarsa padronanza della lingua italiana l'Ospedale attiva rapporti con le Associazioni di volontariato, con i mediatori culturali e/o con i Consolati di riferimento. I medici hanno l'obbligo di informare il bambino e i genitori, con un linguaggio comprensibile, della diagnosi, della prognosi, del tipo di trattamento sperimentale proposto, delle alternative terapeutiche disponibili, degli effetti collaterali e tossici, della libertà di uscire dal progetto in qualsiasi momento e della possibilità di conoscere i risultati conclusivi del progetto stesso.

Art. 8

Ho il diritto di esprimere la mia opinione sulle cure che mi riguardano.

Man mano che il bambino diventa grande, e dopo averne parlato con i suoi genitori, ha il diritto di conoscere tutte le cure possibili che i medici propongono. Ha diritto ad esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa. Le opinioni del bambino devono essere prese in considerazione tenendo conto della sua età e del grado di maturazione. Sarà ricercato il consenso informato e la partecipazione attiva della famiglia e del bambino senza limiti di età, seguendo le capacità.

Art. 9

Ho il diritto di poter dire se sono d'accordo o no a ricevere terapie nuove in sperimentazione.

Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso ad entrare in un progetto di ricerca, sperimentazione clinica. In caso di rifiuto ad entrare nel progetto, i sanitari hanno comunque l'obbligo di garantire al bambino le cure convenzionali.

Art. 10

Ho il diritto di esprimere il mio dolore e di essere supportato insieme alla mia famiglia.

Il bambino ha il diritto di manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza e ad essere sottoposto agli interventi meno invasivi e dolorosi. Il personale sanitario si dedica alla prevenzione e al trattamento delle manifestazioni del dolore del bambino. Vengono adottate

tutte le strategie atte a prevenirne l'insorgenza e a ridurre al minimo la percezione, nonché tutti gli accorgimenti necessari a ridurre le situazioni di paura, ansia e stress, anche attraverso il coinvolgimento attivo dei familiari. Un supporto particolare, sarà fornito ai familiari al fine di favorire la comprensione ed il contenimento del dolore dei propri figli.

Art. 11

Ho diritto di essere protetto da ogni forma di maltrattamento.

Il bambino deve essere protetto da ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisica o mentale, di abbandono o di negligenza, di maltrattamento o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale. Il personale sanitario ha il dovere di fornire al bambino tutto l'appoggio necessario ai fini dell'individuazione del maltrattamento e delle situazioni a rischio, che comportano la segnalazione alle autorità competenti e/o ai servizi preposti alla tutela del minore. Il personale si impegna altresì a collaborare, nell'ambito delle proprie specifiche competenze, con gli enti accreditati.

Art. 12

Ho il diritto di imparare a riconoscere i sintomi della mia malattia per saperli gestire.

Il bambino ha diritto ad essere educato ad eseguire il più possibile autonomamente gli interventi di "auto-cura" e in caso di malattia ad acquisire la consapevolezza dei segni e dei sintomi specifici. Il personale sanitario ha il dovere di mettere il bambino e la famiglia nella condizione di poter acquisire tutte le conoscenze, le capacità e le abilità richieste per una gestione il più possibile autonoma della malattia.

Art. 13

Ho il diritto di avere un rapporto privato con il medico per parlare di ciò che mi riguarda.

Il minore ha diritto a usufruire di un rapporto riservato paziente-medico, ha diritto altresì a chiedere e a ricevere informazioni che lo aiutino a comprendere la propria sessualità. Ha diritto inoltre a chiedere e a ricevere informazioni sull'uso di farmaci, sostanze nocive ed eventuali evoluzioni verso le tossicodipendenze, nonché a essere adeguatamente indirizzato ai servizi di riabilitazione se necessario. Il personale, adeguatamente preparato, si impegna a rispondere alle domande poste dal minore anche indirizzandolo ai servizi preposti alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle problematiche adolescenziali.

Art. 14

Ho il diritto alla partecipazione alla vita dell'ospedale.

L'ospedale che ospita il bambino deve rendere piacevole il suo soggiorno promuovendo iniziative finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, coinvolgendo attivamente i bambini, le famiglie e le associazioni di volontariato. Inoltre, ha il compito di organizzare un calendario di attività che possa intrattenere e rendere la presenza del bambino più gradevole con attività diverse (clown terapia, Pet Therapy, Scuola in Ospedale, Biblioteca di Sara, Croce rossa, in collaborazione con il CDA si fanno corsi di yoga, musico terapia, arte terapia).

Art. 15

Ho il diritto alle cure palliative.

Il bambino in fase avanzata di malattia ha diritto a ricevere un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza. Attraverso la valutazione continua dei suoi bisogni deve essere erogata un'assistenza globale e qualificata da parte di un team multiprofessionale e interdisciplinare adeguatamente formato. Deve essere considerato nei suoi desideri e nelle sue volontà rispetto alle scelte che riguardano la sua vita, la sua malattia e la sua morte, sulla base dell'età, del suo sviluppo cognitivo e della sua condizione clinica. Deve essere garantita al bambino la risposta ai bisogni educativi, sociali e di relazione per offrire la migliore qualità di vita e di crescita. Il bambino e la sua famiglia hanno diritto al riconoscimento e alla soddisfazione dei propri bisogni spirituali. Il bambino, in tutte le fasi della malattia inguaribile, ha diritto ad avere accanto a sé la sua famiglia che dovrà essere adeguatamente coinvolta e supportata. Deve inoltre essere garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero e domiciliare), ivi compresa la possibilità di ricevere risposte assistenziali di tipo residenziale alternative a quella tradizionale ospedaliera, in strutture organizzate sul modello dell'Hospice pediatrico. Il bambino ha diritto ad un approccio palliativo specifico al fine di non incorrere nel rischio di abbandono o, al contrario, di accanimento terapeutico.

CARTA DEI DIRITTI DEL PREMATURO

Nel corso degli ultimi anni c'è stata un'importante presa di coscienza da parte delle Istituzioni Politiche dell'Unione Europea, e in particolare del Parlamento Europeo, sulla tutela della salute di tutti, in particolare di persone più fragili, quali i bambini. Come afferma l'On. Eugenia Rocella, un bambino che viene al mondo prima del termine deve essere necessariamente trattato come qualsiasi persona in condizioni di rischio e deve essere adeguatamente assistito. Nel 2008 il Comitato Nazionale di Bioetica (Cnb) ha affermato che non è possibile dare indicazioni cronologiche precise sulla soglia sotto la quale non rianimare, ma che è fondamentale valutare caso per caso. Il Cnb richiama l'applicazione adeguata dell'art. 6 della legge 194 sulla tutela della maternità e dell'interruzione di gravidanza, dove si specifica la possibilità di vita autonoma per il nascituro, per cui il medico deve garantire ogni misura autonoma per salvare il neonato, a patto che questo non venga valutato come un accanimento terapeutico.

Nel documento "Carta di Roma" del febbraio 2008 si evince che con il momento della nascita la legge attribuisce la pienezza al diritto alla vita e quindi all'assistenza. Pertanto un neonato vitale va trattato come qualsiasi persona in condizioni di rischio ed assistito adeguatamente.

Nel nostro Paese è nato un progetto di un 'Manifesto dei diritti del bambino nato prematuro', grazie alla collaborazione delle Associazioni dei Genitori, Società Scientifiche e professionali. La 'Carta dei diritti del bambino nato prematuro' è un primo passo per migliorare la vita delle donne e dei bambini di tutto il mondo.

Definizione di prematurità

Il termine prematurità indica una condizione di nascita avvenuta prima del termine completo della 37^a settimana di gestazione. Secondo le raccomandazioni pubblicate dalle Società Scientifiche si deve fare una distinzione:

CLASSIFICAZIONE DEI FETI - NEONATI PRETERMINE SECONDO ETA' GESTAZIONALE E PESO		
Definizione	Età gestazionale (settimane e giorni)	Peso corporeo (grammi)
Estremamente pretermine	22 sett + 0 gg → 27 sett + 6 gg	< 1.000 gr
Molto pretermine	28 sett + 0 gg → 31 sett + 6 gg	1.000 – 1.499 gr
Lievemente pretermine	32 sett + 0 gg → 36 sett + 6 gg	1.500 -2.499 gr
"Late preterm" cioè quasi a termine	34 sett + 6 gg → 36 sett + 6 gg	indifferente

Nascere prima del tempo apporta diversi problemi assistenziali e il neonato può avere un aumento del rischio di disfunzioni d'organo, patologie dovute alla prematurità come ritardo di crescita intrauterina, infezioni intrauterine o anche patologie neurosensoriali. Questi fenomeni possono essere condizionati dall'esposizione a fattori ambientali quali l'ipossia, ischemia, deficit degli ormoni tiroidei, produzione di radicali liberi derivanti dall'uso di farmaci tipici delle cure neonatali e anche in seguito all'esposizione di luce, rumori, stimoli dolorifici e a semplici manovre assistenziali. Importante quindi garantire i principi della "care" che sono misure che portano alla riduzione di tutte le fonti di stress andando anche a promuovere le competenze auto-regolative.

Il neonato pretermine deve essere assistito da professionisti preparati e competenti, essere accudito sin dai primi giorni insieme ai suoi genitori in un ambiente confortevole, ben attrezzato e organizzato.

Questa carta nasce con lo scopo di riconoscere alle istituzioni i diritti inalienabili dei neonati prematuri che devono poter usufruire del massimo livello di cure e di attenzioni congrue alle loro condizioni.

Art. 1

Il neonato prematuro deve, per diritto positivo, essere considerato una persona.

Art. 2

Tutti i bambini hanno diritto di nascere nell'ambito di un sistema assistenziale che garantisca loro sicurezza e benessere, in particolare nelle condizioni che configurino rischio di gravidanza/parto/nascita pretermine, di sofferenza feto-neonatale e/o di malformazioni ad esordio postnatale.

Art. 3

Il neonato prematuro ha diritto ad ogni supporto e trattamento congrui al suo stato di salute e alle terapie miranti al sollievo dal dolore. In particolare ha diritto a cure compassionevoli e alla presenza dell'affetto dei propri genitori anche nella fase terminale.

Art. 4

Il neonato prematuro ha diritto al contatto immediato e continuo con la propria famiglia, dalla quale deve essere accudito. A tal fine nel percorso assistenziale deve essere sostenuta la presenza attiva del genitore accanto al bambino, evitando ogni dispersione tra i componenti il nucleo familiare.

Art. 5

Ogni neonato prematuro ha diritto ad usufruire dei benefici del latte materno durante tutta la degenza e, non appena possibile, di essere allattato al seno della propria mamma. Ogni altro nutriente deve essere soggetto a prescrizione individuale quale alimento complementare e sussidiario.

Art. 6

Il neonato prematuro ricoverato ha il diritto di avere genitori correttamente informati in modo comprensibile, esaustivo e continuativo sull'evolvere delle sue condizioni e sulle scelte terapeutiche.

Art. 7

Il neonato prematuro ha il diritto di avere genitori sostenuti nell'acquisizione delle loro particolari e nuove competenze genitoriali.

Art. 8

Il neonato prematuro ha diritto alla continuità delle cure post-ricovero, perseguita attraverso un piano di assistenza personale esplicitato e condiviso con i genitori, che coinvolga le competenze sul territorio e che, in particolare, preveda, dopo la dimissione, l'attuazione nel tempo di un appropriato follow-up multidisciplinare, coordinato dall'équipe che lo ha accolto e curato alla nascita e/o che lo sta seguendo.

Art. 9

In caso di esiti comportanti disabilità di qualsiasi genere e grado, il neonato ha il diritto di ricevere le cure riabilitative che si rendessero necessarie ed usufruire dei dovuti sostegni integrati di tipo sociale, psicologico ed economico.

Art. 10

Ogni famiglia di neonato prematuro ha il diritto di vedere soddisfatti i propri speciali bisogni, anche attraverso la collaborazione tra Istituzioni ed Enti appartenenti al Terzo Settore.

I presidi Ospedalieri di Pordenone e San Vito / Spilimbergo sono accreditati con l'UNICEF come Ospedali Amici del Bambino (Baby Friendly Hospital).

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n° 184, in tema di adozione di minori stranieri.
- Legge Regionale 1° giugno 1985, n° 23, 'Norme per la salvaguardia dei diritti del cittadino nell'ambito dei servizi delle unità sanitarie locali'.
- Legge 27 maggio 1991, n° 176, "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989".
- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni, art. 14 'Diritti dei cittadini'
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994, "Direttiva sui principi per l'istituzione e il funzionamento degli uffici relazioni con il pubblico"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari"

- Legge 28 agosto 1997 n° 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"
- Legge 23 dicembre 1997, n°451 "Istituzione della Commissione Parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'Infanzia"
- Legge 3 agosto 1998, n° 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.
- Legge 31 dicembre 1998, n° 476 "Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione con materia di adozione internazionale;" fatta all'Aja il 29 maggio 1993.
- D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al PS.N. per il triennio 1998-2000"
- D.PR. 13 giugno 2000 "Approvazione del Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2000/20011".

RIFERIMENTI INTERNAZIONALI

- "Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale;" European Association for Children in Hospital.
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l'istruzione domiciliare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- "Carta dei diritti del bambino in ospedale", Associazione Ospedali Pediatrici Italiani e Autorità Garante per l'Infanzia, 10 marzo 2021.
- "Manifesto dei diritti del neonato prematuro", Associazione Vivere Onlus, Coordinamento Nazionale, dicembre 2010.

REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA

TITOLO I - PRESENTAZIONE DELLE SEGNALAZIONI

Art. 1 – Finalità della tutela

L'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO) riconosce come uno dei suoi impegni prioritari la costante verifica dell'adeguatezza delle prestazioni offerte ai bisogni e alle attese dei propri utenti. A questo proposito attiva strumenti di ascolto continuo anche attraverso la raccolta e la gestione delle segnalazioni degli utenti riconoscendo agli stessi due livelli di tutela.

Le segnalazioni forniscono un contributo alla valutazione della qualità dei servizi che vengono erogati e rappresentano, attraverso la partecipazione e l'approccio attivo del cittadino, uno strumento di verifica e di controllo delle criticità riscontrate.

Le indicazioni provenienti dalle segnalazioni associate alle altre iniziative di ascolto del cittadino costituiscono indicazioni significative dei miglioramenti da apportare ai servizi nell'ambito della pianificazione annuale delle attività dell'Azienda.

Art. 2 – Soggetti che possono chiedere la tutela

La tutela può essere richiesta da qualsiasi soggetto utente dei servizi erogati dall'AsFO, direttamente o per mezzo del legale rappresentante tramite parenti, affini o attraverso le Associazioni di Volontariato e gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini delegati dal segnalante e nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy. Qualora il soggetto che inoltra la segnalazione sia diverso dal soggetto interessato deve essere contestualmente firmata la dichiarazione in cui il delegante autorizza il delegato a presentare la segnalazione e a riceverne eventualmente risposta, fornendo documenti di identità validi. Nel caso in cui la delega non venga compilata non verrà attivata l'istruttoria né fornita risposta alla segnalazione.

Art. 3 – Ambito di applicazione

Nello specifico le istanze inviate dagli utenti si dividono in:

Segnalazione: l'utente chiede la soluzione di un problema oppure propone un miglioramento.

Reclamo: esprime insoddisfazione per un episodio accaduto, che ha già avuto conseguenze negative dirette o indirette.

Elogio: esprime un giudizio positivo nei confronti di uno dei nostri servizi e/o dei nostri operatori.

La tutela si esplica mediante il diritto dei soggetti di cui all'art. 2 di presentare segnalazioni o reclami a seguito di atti dell'Azienda o di comportamenti dei suoi dipendenti che, a loro giudizio, negano o limitano il diritto alla fruibilità dei servizi e delle prestazioni erogate o sono ritenuti lesivi del rispetto umano e dei diritti dell'utente come cittadino.

I soggetti di cui all'art. 2 possono inoltre presentare osservazioni, suggerimenti ed elogi indirizzati a migliorare sia i servizi che la qualità delle prestazioni erogate.

Il presente regolamento non si applica a segnalazioni e reclami che concernono ipotesi di richieste risarcitorie, che verranno indirizzate all'Ufficio Legale, per quanto di competenza.

Le segnalazioni, i reclami e gli elogi vengono registrati dall'Ufficio relazioni con il Pubblico sulla banca dati regionale "Scheda reclami URP", secondo la classificazione ivi stabilita.

Art. 4 - Strumenti della tutela

La tutela degli utenti nell'ambito dell'Azienda viene garantita tramite:

- l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) e le sue articolazioni periferiche (primo livello di tutela);
- la Commissione Mista Conciliativa (secondo livello di tutela).

TITOLO II - PRIMO LIVELLO DI TUTELA

Art. 5 - Modalità con cui è richiesta la pubblica tutela

La tutela può essere richiesta dai soggetti aventi diritto tramite:

- compilazione dell'apposito modulo dedicato (Allegato 1) sottoscritto dall'utente o suo delegato, disponibile presso l'URP e le sue articolazioni periferiche;
- comunicazione scritta indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda o al Responsabile URP;

Si può consegnare a mano o nelle apposite cassette ubicate presso le diverse principali sedi operative aziendali, oppure si può trasmettere per posta ordinaria, posta elettronica

(urp@asfo.sanita.fvg.it) o posta elettronica certificata PEC (asfo.protgen@certsanita.fvg.it);

- sito web aziendale www.asfo.sanita.fvg.it, compilando l'apposito modulo on-line al link: <https://asfo.sanita.fvg.it/it/schede/segnalazioni.html>;

- colloquio diretto o telefonico con gli operatori dell'URP e delle sue articolazioni periferiche.

I casi segnalati verbalmente all'URP gestiti direttamente dall'ufficio, che consentono una rapida soluzione, non attivano un'istruttoria con risposta scritta e non vengono registrati sulla banca dati regionale.

Qualora i fatti segnalati all'URP in forma verbale contengano elementi significativi d'indagine e richiedano una puntuale verifica, il referente URP può richiedere all'interessato di formalizzare la segnalazione e di inoltrarla all'Ufficio secondo le modalità sopra elencate.

Le segnalazioni prive delle generalità del reclamante e della sua sottoscrizione nonché quelle prive di eventuale delega debitamente firmata dall'interessato non fanno avviare il percorso di tutela ma verranno prese in considerazione ai fini del miglioramento della qualità del servizio.

Art. 6 – Referenti periferici

Di norma presso le strutture operative territoriali e ospedaliere è presente una funzione di "referente" URP cui afferiscono le seguenti attività:

- a) informativa, mediante un'attività di informazione, orientamento e assistenza agli utenti;
- b) di servizio, attraverso la presa in carico e la soluzione di problemi contingenti che possono ostacolare la fruizione dei servizi;
- d) di integrazione, tra le attività di comunicazione esterna e interna;
- e) conoscitiva, mediante la rilevazione di nuovi bisogni e delle attese da parte degli utenti;
- f) promozionale, dei servizi dell'Azienda;
- g) di mediazione tra i cittadini e la pubblica amministrazione, attraverso la gestione delle segnalazioni di disservizio e le istanze avanzate dagli utenti;
- h) di tutela dei cittadini, garantendo la corretta applicazione del Regolamento di pubblica tutela.

Art. 7 – Termini di richiesta della tutela

Le segnalazioni devono essere inoltrate, di norma, entro 15 giorni dal giorno in cui il segnalante ha avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo. Sono prese in esame anche segnalazioni presentate oltre tale termine, ma comunque entro e non oltre 3 mesi, se il ritardo è giustificato dalle condizioni ambientali o personali del soggetto titolare del diritto alla tutela.

Art. 8 – Procedure per la raccolta e gestione delle segnalazioni

L'URP riceve le segnalazioni, ne cura la protocollazione sul protocollo generale dell'Ente e provvede nel contempo ad inviare una breve email di conferma all'interessato dell'avvenuto recepimento della segnalazione, con lo scopo di informare dell'avvio della fase di istruttoria.

La raccolta delle segnalazioni deve avvenire con la massima sollecitudine, al fine di favorire una risposta quanto più tempestiva possibile, anche nell'ottica di un'attenzione al miglioramento della qualità del servizio.

L'URP provvede quindi:

- a. per le segnalazioni/reclami che si presentano di univoca ed immediata soluzione, a dare sollecita risposta all'utente. L'URP interpella comunque le strutture e i servizi interessati per informare della segnalazione pervenuta affinché adottino tutte le misure necessarie ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio.
- b. per gli altri casi, ad avviare l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi conoscitivi del caso, coinvolgendo le strutture interessate;
- c. qualora si ravvisi un fatto che possa dare origine a responsabilità penali, civili o amministrative, ad informare il segnalante che il trattamento della segnalazione spetta all'Ufficio Legale;
- d. ad attivare anche – fermo restando l'obbligo di una risposta all'utente – procedure di chiarimento diverse da quelle delineate, promuovendo, ove si incontrino le necessarie disponibilità, incontri fra utenti e operatori coinvolti, al fine di favorire un migliore e reciproco chiarimento dei fatti.

Di tali incontri verrà steso apposito verbale, sottoscritto dai soggetti partecipanti. Ove in sede di incontro si giunga alla definizione della segnalazione/reclamo, alla stessa non seguirà risposta scritta.

Art. 9 – Attività istruttoria

L'URP per l'espletamento dell'attività istruttoria può:

- acquisire tutti gli elementi necessari alla formulazione della risposta all'utente;
- consultare e ottenere copia di tutti gli atti e documenti relativi all'oggetto del proprio intervento;
- richiedere relazioni o pareri di tecnici ed esperti dell'Azienda.

Art. 10 – Risposta all'utente

L'iter per la predisposizione della risposta è diverso a seconda della casistica di seguito riportata:

Caso A)

- quando la segnalazione/reclamo contiene aspetti inerenti alla singola struttura operativa territoriale/ospedaliera, il Responsabile della rispettiva Struttura trasmette al referente URP di competenza le controdeduzioni, allegando la documentazione rilevante ai fini della definizione della segnalazione, entro 20 giorni dalla data di protocollazione della stessa.

Il Responsabile URP redige quindi la risposta, che provvederà a trasmettere all'utente entro i successivi 10 giorni.

Caso B)

- quando la segnalazione/reclamo presenta una intrinseca difficoltà di soluzione in quanto implica l'analisi di problemi di rilevanza aziendale ovvero coinvolge contestualmente più strutture operative, i Responsabili delle Strutture coinvolte, trasmetteranno dettagliata relazione sul caso all'URP che, sulla base delle informazioni acquisite in sede di istruttoria, provvederà a definire la segnalazione/reclamo,

formalizzando il riscontro all'utente. Qualora la soluzione non sia di facile/univoca definizione, l'Urp potrà coinvolgere le Direzioni aziendali.

Nel caso B, di norma, l'istruttoria si conclude entro 90 giorni dall'avvio dell'istruttoria stessa.

La lettera di risposta all'utente, in tutti i casi sopra descritti, è sottoscritta dal Responsabile URP.

L'URP fornisce all'utente una risposta scritta con la massima celerità e comunque di norma non oltre 30 giorni dal ricevimento della segnalazione.

Nel caso in cui la segnalazione si riveli di complessa definizione e l'istruttoria si protragga oltre i 30 giorni previsti, il termine massimo per inoltrare la risposta all'utente non potrà essere superiore ai 90 giorni dalla data di protocollazione della segnalazione/reclamo.

Gli elogi, intesi quali espressioni di apprezzamento indirizzate dai cittadini a singoli o gruppi di operatori che si sono dimostrati particolarmente disponibili e comprensivi al momento del contatto con il servizio, saranno inoltrati, a cura dell'URP, direttamente alle Strutture a cui sono rivolte.

Gli elogi, al pari delle segnalazioni/reclami sono registrati dall'Urp sulla banca dati regionale "Scheda reclami URP", secondo la classificazione ivi stabilita.

Nelle segnalazioni le proposte e/o suggerimenti evidenziati e indirizzati a migliorare sia i servizi che la qualità delle prestazioni erogate, con lo scopo di dare delle indicazioni esplicite e dei consigli all'Azienda affinché eroghi un servizio più accessibile e più vicino alle esigenze manifestate dall'utenza, saranno inviati ai Responsabili di Struttura ma non daranno luogo a risposta formale all'utente.

Nel caso di segnalazioni concernenti Strutture Private Accreditate, l'Ufficio relazioni con il Pubblico informa l'utente che il trattamento della segnalazione spetta per competenza alla Struttura Privata Accreditata, fornendo eventuali riferimenti utili al contatto della Struttura.

Contestualmente la segnalazione verrà inoltrata da Urp alla Struttura Complessa Gestione Operativa Prestazioni Sanitarie, che potrà valutare la necessità di attivare eventuali verifiche per quanto di propria competenza.

Nel caso in cui l'utente descriva un potenziale danno sanitario, la segnalazione verrà evidenziata ai fini del Rischio Clinico.

Art. 11 – Sistema di classificazione delle segnalazioni

Tutte le segnalazioni seguono la codifica stabilita a livello regionale e sono classificate in diverse categorie che a loro volta sono declinate in sottoclassi o sotto categorie più specifiche che vanno a dettagliare ulteriormente il contenuto della segnalazione.

1. Aspetti relazionali
 - Cortesia, gentilezza
 - Congruità dell'abbigliamento e cura della persona
 - Congruità del comportamento
 - Rispetto del divieto di fumo
 - Riconoscibilità degli operatori

2. Umanizzazione
 - Rispetto del corpo
 - Rispetto della persona
 - Tutela della fragilità
 - Mantenimento della quotidianità e delle abitudini personali
 - Mantenimento delle relazioni sociali
 - Omogeneità di comportamenti ed equità

3. Informazioni
 - Adeguatezza degli strumenti informativi
 - Informazioni sui servizi dell'Azienda
 - Informazioni su variazioni organizzative
 - Informazioni su prestazioni
 - Informazioni sulle modalità di comportamento, informazioni ai familiari (escluse quelle cliniche)
 - Adeguatezza e completezza della segnaletica (interna ed esterna all'Azienda)
 - Leggibilità e comprensibilità della modulistica
 - Leggibilità e comprensibilità della documentazione
 - Possibilità di conoscere le liste d'attesa
 - Sito Internet

4. Tempo
 - Liste di attesa per prenotazione e ricovero
 - Tempi di attesa per erogazione di esami e prestazioni
 - Tempi di attesa per certificazione, documentazione e presidi
 - Rispetto della priorità acquisita

5. Comfort e aspetti alberghieri
 - Pulizia, silenziosità, gradevolezza degli ambienti
 - Qualità, quantità, gradevolezza e orari dei pasti
 - Adeguatezza degli ascensori
 - Adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti
 - Adeguatezza e pulizia dei servizi igienici
 - Adeguatezza e comfort dei luoghi di attesa o delle sedi di coda
 - Adeguatezza e comfort degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta, Servizio di Continuità assistenziale, Strutture convenzionate

6. Offerta, sicurezza, strutture e logistica
 - Sicurezza della persona (molestie, furti, aggressioni)
 - Disponibilità figure professionali, funzioni e attrezzature
 - Accessibilità fisica dei servizi e trasporti interni
 - Barriere architettoniche
 - Parcheggi, parcheggi per disabili
 - Dislocazione territoriale dei servizi, distanze all'interno delle aree dell'Azienda
 - Sicurezza e manutenzione apparecchiature
 - Numero e dimensioni dei locali, dei corridoi, ecc.
 - Numero di letti per stanza

- Porte automatiche
 - Sicurezza e manutenzione delle strutture
 - Climatizzazione ambienti
 - Contatti telefonici (informazioni scorrette, mancanza di informazioni)
 - Modalità dei trasporti e degli spostamenti, per pazienti e familiari, all'interno e all'esterno dell'Azienda
 - Adeguatezza materiali e prodotti
7. Accessibilità e procedure amministrative
- Importi e procedure per i ticket
 - Problemi di interpretazione/applicazione delle norme
 - Procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazioni, inclusa la cartella clinica, certificazioni amministrative ecc. (code)
 - Trasparenza degli atti e delle procedure
 - Prenotazione visite ed esami
 - Adeguatezza degli orari degli sportelli, degli ambulatori
 - Accessibilità dei 'percorsi' organizzativi o burocratico-amministrativi per accedere alle prestazioni
 - Problemi legati a carenze di materiali
 - Rispetto sulla normativa della privacy
8. Aspetti tecnico-professionali
- Mancato intervento
 - Consenso informato
 - Comunicazioni cliniche a pazienti e familiari
 - Modalità di erogazione della prestazione – aspetto sanitario
 - Modalità di erogazione della prestazione – aspetto amministrativo
 - Completezza, chiarezza e correttezza delle certificazioni
 - Mancato intervento di prevenzione
 - Approccio fisico
 - Completezza e correttezza nella compilazione della cartella clinica
 - Chiarezza della modulistica relativamente al consenso informato
 - Presenza della firma del medico
 - Corretta identificazione dei pazienti/utenti
 - Conservazione documentazione ed effetti personali (smarrimenti)
9. Richieste improprie o non evadibili
- Non pertinenti alle Aziende Sanitarie o al Servizio Sanitario
 - Incomplete o incomprensibili
 - Anonime
10. Altro
- Altro (per contenuti non classificabili in nessuna delle categorie precedenti)

Art. 12 – Trattamento dei dati personali nelle richieste dei cittadini

Al fine di adempiere al corretto svolgimento dell'istruttoria, i dati personali vengono trattati dall' Ufficio relazioni con il Pubblico e dalle Strutture aziendali coinvolte nel percorso di tutela esclusivamente per

approfondire quanto esplicitato nella segnalazione, fornire riscontro all'utente e predisporre la documentazione necessaria per l'elaborazione del report periodico.

L'Azienda, per quanto riguarda eventuali istanze prive dei dati personali necessari a identificare e contattare l'interessato, prenderà in carico quanto segnalato ma non potrà fornire alcun riscontro successivo.

Art. 13 – Risposta all'utente

La risposta definitiva al cittadino viene fornita sulla base degli elementi acquisiti attraverso formale istruttoria, a mezzo lettera a firma del Responsabile dell'Ufficio relazioni con il Pubblico di norma entro trenta giorni dalla data di ricezione dall'Ufficio Protocollo aziendale salvo che l'istruttoria richieda un tempo superiore per approfondimenti e accertamenti necessari. Il termine massimo per l'invio della risposta al segnalante è di novanta giorni dalla data di ricevimento da parte dell'Ufficio Protocollo aziendale.

TITOLO III - SECONDO LIVELLO DI TUTELA

Qualora l'utente non si ritenga soddisfatto della definizione della segnalazione nel primo livello di tutela, può richiedere all'Azienda di attivare il secondo livello di tutela tramite la Commissione Mista Conciliativa. Il riesame deve essere supportato da adeguata e congrua motivazione. Nel caso in cui le motivazioni presentate non vengano ritenute valide o pertinenti, la richiesta di riesame potrà essere respinta.

Art. 14 – Commissione Mista Conciliativa: composizione e compiti

La Commissione Mista Conciliativa è un organismo di tutela di secondo livello presieduta da una persona esterna all'Amministrazione, che ha una funzione "super partes". La Commissione Mista Conciliativa ha il compito di riesaminare i casi oggetto di esposto o segnalazione con la finalità di facilitare la conciliazione attraverso il dialogo tra le parti interessate, di richiedere eventuali ulteriori informazioni e di fornire una valutazione conclusiva.

La Commissione è attivata dal Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico entro 30 giorni dalla richiesta e si riunisce nel luogo e nel tempo concordati con l'Ufficio stesso, che provvede a trasmettere al Presidente tutta la documentazione relativa all'istruttoria già svolta.

La Commissione è composta da 3 componenti:

- un Rappresentante della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, che funge da Presidente;
- un Rappresentante delle Associazioni di Volontariato che collaborano con l'Azienda o un Rappresentante delle Associazioni di Tutela dei Consumatori iscritte nei registri regionali che hanno dimostrato interesse a collaborare con l'Azienda;
- un Rappresentante dell'Azienda Sanitaria designato dal Direttore Generale.

Le funzioni di segreteria organizzativa sono espletate dal Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e, in caso di sua assenza/impossibilità, da un operatore addetto all'URP.

Le questioni che possono costituire oggetto di esame da parte della Commissione Mista Conciliativa sono quelle riguardanti gli aspetti: relazionali, di umanizzazione, legati all'informazione, legati alla tempistica, alberghieri, legati alle strutture e alla logistica, burocratico-amministrativi. Non costituiscono oggetto di esame da parte della Commissione i casi relativi ad aspetti tecnico - professionali.

TITOLO IV – NORME FINALI

Art. 15 – Reportistica delle segnalazioni

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico predispone periodicamente report semestrali/annuali utilizzando i dati inseriti nella banca dati regionale "Scheda reclami URP".

Il report, in rapporto alle segnalazioni e ai reclami pervenuti, individua i punti critici dell'organizzazione aziendale, che vengono presentati in un incontro annuale con i Responsabili ospedalieri e territoriali al fine di proporre e condividere azioni migliorative per superare i disservizi segnalati.

Il Report è presentato alla Direzione Strategica e pubblicato sul sito internet ed intranet. Il presente Regolamento sostituisce i precedenti Regolamenti di Pubblica Tutela ed entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento; del medesimo verrà data la massima diffusione anche mediante la pubblicazione in intranet ed intranet, dove verrà altresì resa disponibile la modulistica di riferimento.

COMITATO AZIENDALE DI PARTECIPAZIONE

L'Azienda può istituire un Comitato di Partecipazione che rappresenta il luogo di confronto e di comunicazione tra le Associazioni di Volontariato e di Pubblica Tutela e l'Azienda Sanitaria, in cui vengono discussi temi quali la partecipazione, l'accoglienza, l'informazione, la pubblica tutela, l'umanizzazione, le indagini di soddisfazione per il miglioramento della qualità dei servizi forniti dall'Azienda stessa. Il funzionamento e le modalità organizzative, in caso di attivazione, saranno disciplinate secondo la normativa vigente.

NUCLEO ETICO PER LA PRATICA CLINICA

A far corso dal 2019 è attivo a livello aziendale il Nucleo Etico per la Pratica Clinica (NEPC) quale strumento di supporto per tutti coloro che partecipano ai processi di cura (professionisti, amministratori, tutori, malati, parenti, ecc.), in particolare nei momenti in cui emergono delle questioni etiche che richiedono riflessione e con – decisione.

Il NEPC è un organismo multiprofessionale e multidisciplinare con funzioni di consulenza e formazione su aspetti bioetici che si affrontano nella pratica clinica. Non si occupa, invece, di aspetti puramente legali o disciplinari né di gestione del rischio clinico, per i quali esistono strutture o servizi aziendali specificamente preposti.