

CARTA DEI SERVIZI



Carta dei servizi redatta ai sensi: del DPCM del 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari", del DGRC n° 369 del 23 marzo 2010 "Linee Guida per La Carta Dei Servizi Sanitari" e del DGRC n° 2100 del 31 dicembre 2008.

La Direzione

*Gentile Signora, Egregio Signore,
la Carta dei Servizi vuole essere uno
strumento a disposizione dell'utenza
affinché possa orientarsi fra i servizi
da noi offerti, in modo da ottenere sia
le informazioni sia le prestazioni nel
modo più semplice e diretto possibile.
Pertanto la Direzione ha predisposto
l'aggiornamento della Carta dei Servizi
in modo tale da adeguarla alle
modificazioni intervenute sino ad oggi
con l'impegno di provvedere, in futuro,
agli aggiornamenti necessari.
Abbiamo l'occasione di ringraziare
tutti coloro che hanno collaborato alla
realizzazione della guida: il personale
riabilitativo, sociale, medico,
infermieristico, assistenziale,
amministrativo.
Ci auguriamo che questa guida possa
essere un valido strumento conoscitivo
dei nostri servizi e della nostra Azienda.
Grazie per l'attenzione ed
un cordiale saluto.*

**L'Amministratore
Giovanni di Giura**

Indice

Indice.....	3
1. CARTA DEI SERVIZI	4
2. CHI SIAMO	4
2.1 MISSION	5
3. I NOSTRI OBIETTIVI	6
4. PRINCIPI FONDAMENTALI	7
5. ORGANIGRAMMA.....	8
6. INFORMAZIONI ED ORARI.....	11
7. DIRITTI EUROPEI DEL MALATO	12
8. MODALITÀ DI ACCESSO	12
9. LA DEGENZA: REGOLAMENTO INTERNO	14
10. REPARTO DI RIABILITAZIONE	16
11. RACCOLTA SEGNALAZIONI E OSSERVAZIONI O RECLAMI.....	17
12. STANDARD DI QUALITÀ E MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA	18
13. DIRITTI E DOVERI DEL PAZIENTE	19
14. STANDARD DI QUALITÀ E IMPEGNI	21
15. QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	21
16. LIVELLI DI SERVIZIO ED INDICATORI DELLA RELATIVA REGOLARITÀ(ADEGUATEZZA).....	22
17. SICUREZZA DEL CITTADINO/UTENTE NELLA STRUTTURA.....	22
18. PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO.....	23
19. CONSULENZA RELATIVA ALLE ANALISI EFFETTUATE ED INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI	24
20. CONSULENZA RELATIVA AD ESITO DI RISULTATI DI GRAVE RILEVANZA	24
21. ONERI A CARICO DEL PAZIENTE E PRESTAZIONI EROGATE.....	25
22. RIFERIMENTO PER IL SERVIZIO DI INFORMAZIONE E FARMACEUTICA.....	25

1. CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi è il documento che regola i rapporti fra le strutture che offrono servizi di pubblica utilità e i cittadini.


Tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, sono tenute a redigere la Carta dei Servizi così come dettato dal DPCM del 19 maggio 1995.

Infatti tale strumento rappresenta un attestato, ed un documento al tempo stesso, con cui una struttura sanitaria come la nostra, nel pieno rispetto delle norme che disciplinano l'esercizio delle sue attività, deve fornire in modo trasparente ed accessibile al cittadino tutte le informazioni relative alla Casa di Cura e le modalità per accedere correttamente alle prestazioni erogate.

Adottando la Carta dei Servizi la Casa di Cura si assume, con un patto scritto, precisi impegni e doveri verso i propri Utenti, i quali saranno in grado di confrontare la loro esperienza del servizio con quanto dichiarato dalla stessa Casa di Cura. La Carta dei Servizi costituisce, quindi, uno strumento per controllare l'effettiva attuazione degli impegni assunti dalla Casa di Cura ed i risultati conseguiti: è uno stimolo per il miglioramento della qualità del servizio offerto.

La Carta dei Servizi ha come finalità il miglioramento della qualità dei servizi forniti e il miglioramento del rapporto tra utente e fornitore dei servizi; per questo, attraverso la conoscenza approfondita della nostra struttura, permettiamo al paziente di fornire utili consigli per la nostra continua crescita nel raggiungimento dell'obiettivo primario: la salute.

2. CHI SIAMO

La casa di Cura "Villa Silvia Montesano" eroga, certificata per la norma UNI EN ISO 9001 dall'ente  in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno (day –

hospital) servizi e prestazioni nell'ambito della Medicina Riabilitativa comprendenti:

- la diagnosi
- la valutazione funzionale
- la cura e la riabilitazione

di Pazienti affetti da patologie post acute o croniche invalidanti.

Le suddette attività hanno per riferimento protocolli diagnostici e terapeutici che trovano applicazione pratica in percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi di carattere plurispecialistico, multidisciplinare e multiprofessionale che comprendono:

- visite mediche specialistiche;
- ogni atto o procedura diagnostica e funzionale, di riabilitazione, di educazione sanitaria e di reinserimento al lavoro diretta al recupero delle migliori condizioni psicofisiche, sociali, lavorative ed economiche del paziente e al mantenimento dell'autosufficienza.

La Casa di Cura opera in regime di accreditamento istituzionale con il SSN per prestazioni di:

1. Riabilitazione intensiva post acuta (cod. 56) in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per n.40 posti letto;
2. Lungodegenza (cod. 60) in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo per n.50 posti letto.

2.1 MISSION

La Direzione della Casa di Cura “Villa Silvia Montesano”, riconoscendo la centralità della persona umana nella sua triplice dimensione, biologica, psicologica e spirituale, è ben conscia della complessità della propria missione; per questo, oltre al pieno rispetto della normativa vigente, è costantemente impegnata a conseguire la soddisfazione delle attese dei Clienti/Assistiti assicurando:

- la massima validità nell'esecuzione dei trattamenti e nell'assistenza ai Clienti/Assistiti in ogni circostanza nell'esercizio della Medicina;
- la massima sicurezza dei Clienti/Assistiti e degli Operatori;
- il rispetto dell'ambiente;
- l'impiego di personale altamente qualificato in ogni settore;
- la promozione della formazione e del coinvolgimento permanente di tutti gli Operatori;
- l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse professionali, umane, strumentali e finanziarie;
- l'utilizzo di mezzi di diagnosi e cura moderni, costantemente aggiornati e tecnologicamente all'avanguardia, nei limiti delle proprie capacità economiche;
- l'impegno costante al miglioramento, attraverso l'instaurazione, il rilevamento, l'analisi (e la successiva implementazione di azioni e definizioni di piani) di specifici indicatori della Qualità del servizio erogato;
- l'attenzione al livello qualitativo di tutti i servizi o beni provenienti da fornitori ed il loro coinvolgimento nei nostri programmi di miglioramento perchè sono un anello della nostra catena.

CONTENIMENTO LISTE D'ATTESA

La Casa di Cura “Villa Silvia- Montesano” sposa in pieno le indicazioni della Regione riportate nel DECRETO N. 52 DEL 4/7/2019 OGGETTO: Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021) Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021).

Considerata:

- la necessità di pianificare idonee strategie per il contenimento dei tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie che costituiscono una delle caratteristiche fondamentali

dei livelli essenziali di assistenza, in quanto le prestazioni oltre ad essere appropriate dal punto di vista clinico ed organizzativo devono essere erogate al tempo “giusto”;

- la lunghezza delle liste di attesa un evento fortemente critico, in quanto può limitare la garanzia d’equità d’accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre la qualità percepita;

la struttura individua nell’Amministratore Delegato e nel Direttore Sanitario i referenti aziendali per le liste di attesa. Esse vengono gestite e monitorate attraverso l’analisi dell’offerta e della domanda delle prestazioni sanitarie/riabilitative, nonché l’individuazione, la definizione e la promozione di modelli organizzativi funzionali agli obiettivi di contenimento delle liste di attesa.

Attualmente il tempo massimo di attesa per ricovero programmato è in media di giorni 2, e la Direzione Sanitaria si occupa di verificare i tempi di attesa.

3. I NOSTRI OBIETTIVI

La Casa di Cura “Villa Silvia Montesano”, per volontà della Direzione ha intrapreso il cammino verso il “Mondo della Qualità” decidendo di adottare un modello organizzativo e gestionale in conformità alla norma UNI EN ISO 9001 (Edizione 2015) la quale stabilisce i criteri per un corretto svolgimento di tutte le attività aziendali.

La Direzione, consapevole da tempo di operare in un campo in cui, da un lato i bisogni del paziente sono particolarmente importanti e critici e, dall’altro, si sono evolute le normative di riferimento specifiche e le conseguenti necessità di adeguamento, ha deciso di istituire un Sistema Qualità con la ferma convinzione che gli obiettivi da raggiungere sono :

- Il pieno soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative del paziente
- il continuo miglioramento del servizio
- l’efficienza nella prestazione del servizio

Il raggiungimento di questi obiettivi deve essere perseguito gestendo il cambiamento con flessibilità, tempestività e determinazione, utilizzando al meglio gli strumenti organizzativi disponibili, migliorando la propria professionalità in ordine alle tecniche individuali di lavoro (pianificazione delle attività, addestramento del personale, gestione del tempo e delle priorità di lavoro), sviluppando la capacità di lavorare insieme agli altri; adeguandosi costantemente ai requisiti cogenti e contrattuali.

Le esigenze e le aspettative del Paziente vanno soddisfatte attraverso il massimo impegno nelle attività di esecuzione del servizio.

Tutte le figure professionali facenti parte della struttura, indipendentemente dalle specifiche responsabilità assegnate, sono determinanti per il conseguimento della soddisfazione del Paziente.

L’applicazione del Sistema Qualità coinvolge pertanto tutte le funzioni e richiede la partecipazione, l’impegno e l’efficace interazione di tutto il personale.

La Direzione si impegna ad attuare e sostenere la politica per la Qualità sopra esposta, a divulgarla ed a verificarla periodicamente prendendo in considerazione anche le esigenze e le proposte di tutto il personale.

4. PRINCIPI FONDAMENTALI

Il Centro, nell'espletamento delle sue attività, si ispira ai principi fondamentali espressi per la prima volta con la Legge 833 del 1978 e aggiornati con le successive modifiche e integrazioni; detti principi sono:

Uguaglianza

A tutti i cittadini sono erogati uguali servizi, a prescindere da età, sesso, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, costumi, condizioni fisiche, condizioni psichiche, condizioni economiche, struttura della personalità.

Imparzialità

A tutti i cittadini è assicurato un comportamento obiettivo ed equanime, da parte del personale che opera nella struttura.

Continuità

Ai cittadini è assicurata la continuità qualitativa, quantitativa e la regolarità dei servizi.

Diritto di scelta

Ogni cittadino, munito della richiesta del medico del Servizio Sanitario Nazionale su ricettario Nazionale, può esercitare il diritto di libera scelta rivolgendosi direttamente alla struttura accreditata prescelta.

Partecipazione

E' garantito il diritto del cittadino a collaborare, con osservazioni e suggerimenti, alla correlata erogazione della prestazione ed al miglioramento del servizio prestato dalla struttura.

Efficienza ed efficacia

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

5. ORGANIGRAMMA

Per assicurare che quanto promesso sia effettivamente mantenuto, la Residenza Sanitaria Assistenziale “Montesano Villa Silvia” ha deciso di riorganizzare ed inquadrare tutte le figure operanti al proprio interno in modo che chiunque sappia quali sono i propri compiti e le proprie responsabilità.

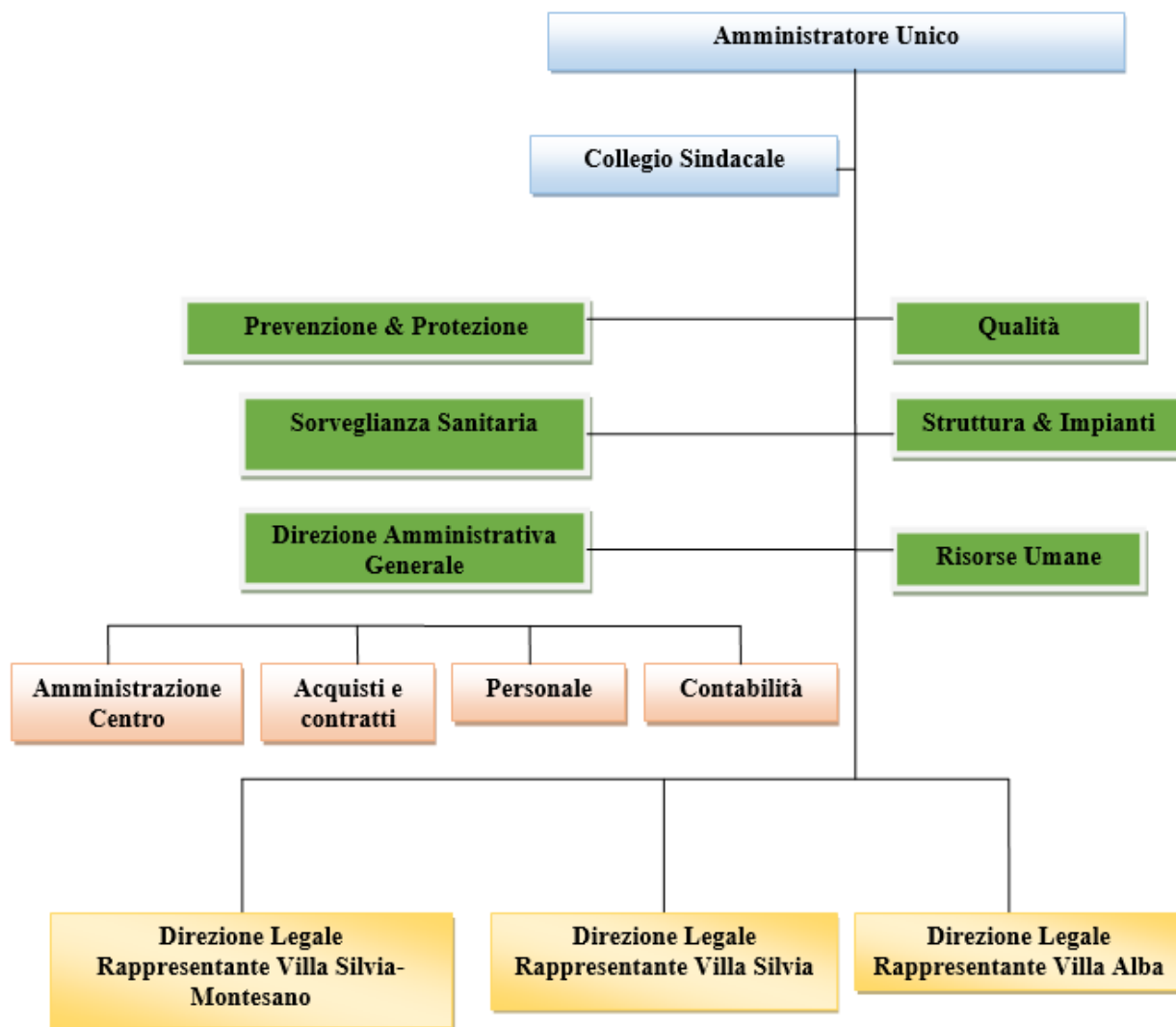


FIGURE RESPONSABILI DELLA CASA DI CURA MONTESANO

Amministratore Delegato: Dott. Giovanni di Giura

Direttore Amministrativo: Rag. Vittorio Zampella

Responsabile Qualità: Dott. Giovanni Di Giura

Direttore Responsabile Sanitario: Dott.ssa Maria Rosaria Caropreso

Medico Primario: Dott. Giarletta

Coordinatore dei TDR: Dott. Gerardo Ferrentino

Consulenze specialistiche: secondo necessità

Farmacista: Dott.ssa Antonella Molinaro

La Casa di Cura è dotata di una pianta organica del personale conforme agli standard previsti dalla legge e dalle Direttive Regionali e dalla documentazione concernente i titoli di studio e professionali degli operatori, comprese le dichiarazioni di non incompatibilità.

La Direzione Sanitaria è affidata ad un Medico Responsabile in possesso dei titoli e dei requisiti previsti dalla legge ed ha le seguenti attribuzioni:

- Cura l'applicazione del Regolamento della Struttura e il funzionamento della stessa, proponendone eventuali variazioni
- Trasmette annualmente all'assessorato competente in materia di sanità della regione e all'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, l'elenco del personale addetto ai servizi sanitari al 1° Gennaio di ogni anno e, entro 20 giorni, le eventuali variazioni
- Vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro clinico
- Stabilisce, di concerto con la Direzione Amministrativa, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni, i congedi ordinari del personale medico nonché del personale infermieristico, tecnico ed ausiliario
- Controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità e diligenza
- Vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari, proponendo all'Amministrazione, nel caso di inosservanza dei doveri, i provvedimenti disciplinari
- Esprime parere all'Amministrazione sull'acquisto di attrezzature e presidi sanitari e sulle trasformazioni edilizie della struttura
- Rilascia, agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante gli ospiti assistiti nella struttura
- Vigila sul funzionamento e sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina, della lavanderia curando la stretta osservanza delle norme in materia sanitaria
- Vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente in materia sanitaria
- Stabilisce i turni di guardia medica mensile articolata nelle 24 ore giornaliere
- Adempie anche alle funzioni specifiche di responsabile medico di raggruppamento, coordinando le attività sanitarie e assistenziali del personale medico e infermieristico, assicurando personalmente la visita medica almeno tre volte a settimana
- Redige, in collaborazione con il personale medico, un protocollo diagnostico, un protocollo terapeutico, un protocollo riabilitativo e un protocollo assistenziale infermieristico

- Collabora con l'Amministrazione nel monitoraggio delle prestazioni nella valutazione degli standard assistenziali, nonché negli interventi necessari per un uso più razionale e appropriato delle risorse

Il personale infermieristico ha la responsabilità:

- Della esecuzione delle prescrizioni mediche sia sulle attività diagnostiche che terapeutiche e riabilitative (recupero dell'autonomia, reinserimento sociale e familiare, ecc.) nonché delle prestazioni assistenziali alberghiere, ricreative e di socializzazione
- Di mantenere e curare l'igiene della persona, non indossare monili o gioielli durante il servizio, non usare trucco troppo appariscente, non portare le unghie lunghe, non lasciare sciolti i capelli lunghi (vanno raccolti, indossare la divisa con il cartellino di identificazione
- Di provvedere all'educazione sanitaria del paziente e della sua privacy e la dignità del paziente e della sua famiglia
- Di promuovere e realizzare la pianificazione di iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori socio sanitari (O.S.S.), degli operatori socio assistenziali (O.S.A.) e degli ausiliari
- Di collaborazione con il capo dei servizi sanitari e, ove è presente, con la caposala sulla organizzazione dei servizi e del personale
- Del segreto professionale a cui è vincolato sul piano etico, morale e professionale
- Della redazione del rapporto di consegna di ogni turno ove annota tutti i problemi riguardanti l'attività di reparto e l'assistenza ai malati
- Della redazione della cartella infermieristica ove istituita.

Il personale di assistenza ausiliaria socio sanitaria – operatore socio sanitario (O.S.S.) collabora con l'infermiere professionale e lo coadiuva negli interventi assistenziali terapeutici e riabilitativi, nonché nelle attività assistenziali alberghiere, ricreative e di svago.

Esegue le direttive dell'infermiere professionale. Esegue medicazioni, controlla l'efficienza delle apparecchiature a basso livello tecnologico, esegue la disinfezione e sterilizzazione del materiale sanitario, cura la vigilanza sul trasporto del paziente da e per i vari servizi diagnostici, della biancheria pulita, della biancheria sporca, dei reperti da inviare in laboratorio analisi, del ritiro dei farmaci.

Cura l'igiene della propria persona indossando la divisa con il cartellino identificativo, mantiene un atteggiamento riservato, cura il rispetto della privacy del paziente sul piano assistenziale prescritto dall'infermiere professionale.

L'O.S.A. collabora con l'infermiere professionale e con l'O.S.S. nelle attività assistenziali di tipo alberghiero, sull'igiene della unità di degenza del paziente, sull'igiene personale del paziente, sul trasporto dello stesso e degli alimenti, della biancheria pulita e sporca, dei farmaci, delle apparecchiature e attrezzature.

Il terapeuta della riabilitazione sulla base delle prescrizioni mediche e specialistiche contenute nel protocollo riabilitativo, effettua le prestazioni secondo quanto stabilito dal progetto riabilitativo di ciascun ospite.

Lo psicologo, di concerto con il personale medico e con il personale infermieristico si occupa dell'assistenza psicologica dell'ospite. Elabora un protocollo individuale che sottopone al personale medico psichiatra, con cui stabilisce i termini per la sua applicazione.

6. INFORMAZIONI ED ORARI

Informazioni : dal Lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 14.00

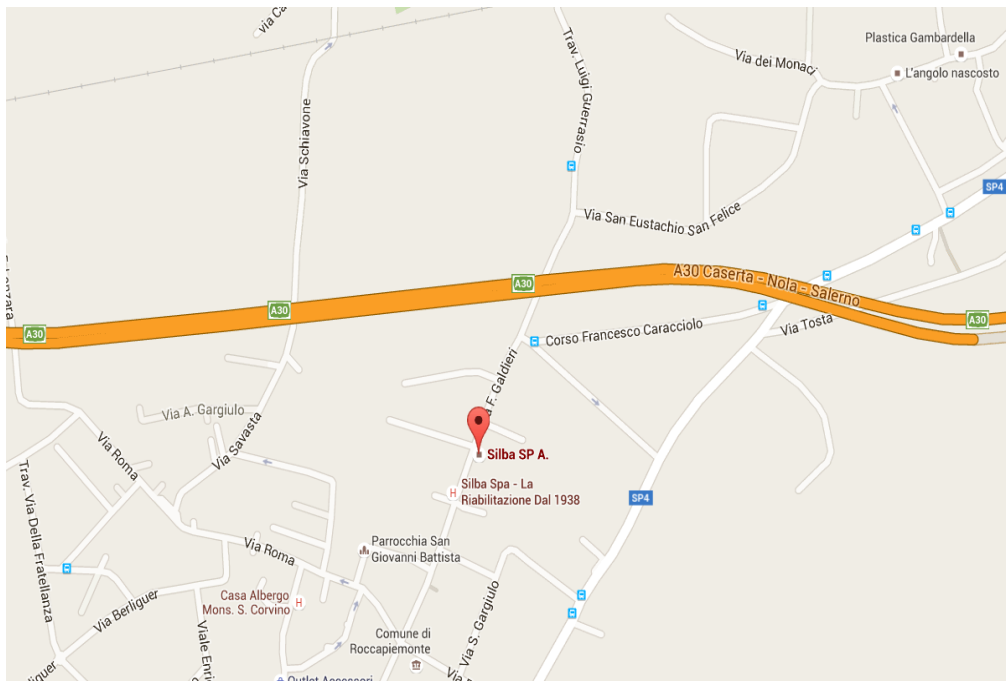
Web: www.salernoriabilitazione.it

Indirizzo e-mail: montesano@salernoriabilitazione.it

Tel. E Fax 0815144115

Indirizzo: Via Filomena Galdieri, trav.B.Rescigno – 84086 Roccapiemonte (Sa)

La casa di cura è ubicata nel Comune di Roccapiemonte, poco distante l'uscita autostradale A30 di Castel San Giorgio. L'edificio principale è suddiviso come di seguito indicato:



AREA COPERTA

LOCALIZZAZIONE	DESTINAZIONE
Seminterrato	Morgue, diagnostica per immagini, spogliatoi, deposito farmaceutico e deposito materiale. Locale per il culto.
Piano Terra	Accettazione, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, URP, sale di attesa, ambulatori, box e palestra FKT, laboratorio analisi cliniche, biblioteca ed archivi
Primo piano	Degenza, medicheria, infermeria, palestre di riabilitazione
Secondo piano	Degenza, medicheria, infermeria, palestre di riabilitazione

AREA SCOPERTA

Il centro è dotato di un area adibita a parcheggio gratuito e di ampie zone di verde attrezzato.

7. DIRITTI EUROPEI DEL MALATO

Le carte dei servizi delle strutture sanitarie grazie alla Deliberazione n. 369 del 23 marzo 2010 hanno recepito i diritti del malato enunciati nella carta europea:

1. prevenzione
2. accesso garantito per tutti
3. informazione
4. consenso informato
5. libera scelta tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari
6. privacy e confidenzialità
7. rispetto del tempo del paziente
8. individuazione di standard di qualità
9. sicurezza dei trattamenti sanitari
10. innovazione e costante adeguamento
11. iniziative organizzative e procedurali volte ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari
12. personalizzazione del trattamento
13. sistema del reclamo
14. procedure di risarcimento adeguato ed in tempi ragionevolmente brevi

8. MODALITÀ DI ACCESSO

L'accettazione del paziente avviene previa verifica del caso clinico, della disponibilità ricettiva della struttura e quindi prenotazione presso l'accettazione.

Informazioni

Tutte le informazioni inerenti le modalità di accesso, il disbrigo delle pratiche burocratiche e amministrative e tutte le attività svolte dal Centro possono essere richieste all'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) o ai Responsabili del Servizio Accettazione.

Come si accede al servizio

Il ricovero può essere proposto:

- dal Medico di Medicina Generale;
- da una struttura sanitaria presso cui è ricoverato il paziente;
- dal medico degli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali.

L'appropriatezza del ricovero riabilitativo viene definita dal responsabile del Reparto e viene valutata, a secondo dei casi e delle procedure di reparto, attraverso una visita preventiva o attraverso la valutazione della documentazione clinica richiesta dai Medici di Reparto. Il ricovero avviene attraverso l'URP.

- (tel. 081 - 514.41.15 - 514.51.59)
- (fax 081 - 514.41.15)

L'URP è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,00.

L'URP si trova al piano terra, accanto alla Reception.

L'apposita **scheda di richiesta ricovero** è **allegata alla Carta dei Servizi** e può essere anche ritirata presso l'URP. La scheda suddetta deve essere compilata dal medico proponente e consegnata a mano oppure trasmessa via fax o via mail gf.montesano@libero.it all'URP.

Non vengono in nessun caso accettate richieste di ricovero senza il timbro e la firma del medico proponente.

Accettazione

L'accettazione viene effettuata presso la reception, dove mostrerà il documento di riconoscimento, tessera sanitaria e l'impegnativa del MMG. Inoltre Lei, o un Suo familiare, è invitato a leggere e sottoscrivere l'"Autorizzazione al trattamento dei dati personali" secondo le disposizioni del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e il Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR)

Dopo la registrazione sarà accompagnato al reparto dove il medico compilerà la sua cartella clinica e al quale consegnerà l'eventuale documentazione sanitaria già in suo possesso.

Le sarà consegnata la guida ai servizi e il questionario di soddisfazione dell'utente che compilerà e imbucherà nell'apposita cassetta ubicata presso l'accettazione al piano terra.

Cosa portare con sé:

- **Carta d'Identità**

- *Tessera sanitaria*
- *Impegnativa del MMG*
- *Scarpe da ginnastica*
- *Tuta ginnica con apertura anteriore e magliette di cotone*
- *Asciugamani, saponi liquidi, spazzolino, biancheria personale, pantofole, vestaglia.*

L'Amministrazione non assume responsabilità per furti o smarrimento di valori o oggetti personali. E' utile portare tutti gli accertamenti diagnostici già eseguiti ed eventuali copie di cartelle cliniche. Al fine di garantire un'adeguata informazione ai propri utenti e loro familiari, la Casa di Cura di Riabilitazione si avvale di una serie di strumenti di comunicazione quali:

- targhe ed indicazioni per facilitare l'accesso al Centro
- Organigramma nominale per facilitare la comunicazione dell'utente con quanti operano all'interno del Centro
- Carta dei servizi per garantire la completezza e la facilità di accesso alle informazioni
- Ecc.

9. LA DEGENZA: REGOLAMENTO INTERNO

Orario dei controlli Medici

Tutti i giorni feriali dalle h 09.15 alle h 10.30. E' possibile richiedere un colloquio con i medici responsabili del paziente previo accordo con la direzione.

Attività assistenziale

La presenza dei Medici è assicurata 24 h su 24.

Il Fumo

E' severamente vietato fumare in tutti i locali della Casa di Cura. Nei locali in cui si applica il divieto sono esposti cartelli con l'indicazione del divieto stesso, nonché l'indicazione della relativa norma e delle sanzioni applicabili. Il personale incaricato procederà alla contestazione di eventuali infrazioni, alla loro verbalizzazione ed a riferirne agli organi competenti

La serenità

Il silenzio e la tranquillità sono elementi importanti per la serenità dei degenti, per cui si raccomanda di parlare a voce bassa ed abbassare il volume di radio o televisione.

L'ordine

Mantenere in ordine gli arredi della stanza, non tenere in stanza fiori, non far sedere sui letti i visitatori, non introdurre cibi, bevande, biancheria non intima, coperte. Si prega inoltre di far uso dei cestini per i rifiuti e di non buttare niente a terra o dalle finestre e nei presidi igienici.

Si prega di rimanere nelle proprie stanze durante le visite dei medici.

Le visite di parenti ed amici

Ogni paziente può ricevere visite da parte di parenti ed amici, che però non siano di ostacolo all'attività medica e non disturbino il riposo degli altri degenti.

L'accesso ai reparti di regola è consentito nei giorni feriali e festivi dalle ore 12.30 alle 14.00 e dalle 18.30 alle 20.00

Durante il giro visita dei medici di reparto, gli accompagnatori devono sostare nelle sale d'aspetto.

Alle 20.00 nessun visitatore dovrà essere presente nella Casa di Cura.

I pasti

La Casa di Cura si avvale di una ditta esterna, che garantisce l'igienicità e la sicurezza degli alimenti attraverso controlli microbiologici e chimici come previsto dal sistema HACCP. I menù possono essere personalizzati rispettando le indicazioni fornite dalla dietista dietro prescrizione medica. I pasti verranno serviti in vassoi personalizzati che ne garantiscono l'igiene e la tenuta termica. Il menù del giorno è articolato in 15 giorni, per ognuno dei quali sono previsti piatti diversi, sia per il pranzo che per la cena.

La colazione viene servita dalle ore 7,30 alle 8,00

Il pranzo dalle ore 12,00 alle 12,30

La cena dalle 18,00 alle 18,30

Durante la distribuzione del vitto i parenti sono pregati di non transitare nei corridoi.

Si ricorda che è proibito integrare l'alimentazione con cibi e bevande provenienti dall'esterno.

Le camere

La Casa di Cura è dotata di camere a quattro ed a due posti letti, con bagno, TV, aria condizionata e gas medicali centralizzati. Si può telefonare direttamente ai piani di degenza e chiedendo del paziente e della camera di riferimento. Nelle ore notturne la TV e i telefoni cellulari personali devono essere spenti o messi in modalità silenzioso.

Come si riconosce il personale

Il personale è dotato di cartellino di riconoscimento.

Dimissioni

Dal momento in cui viene disposta dalla Direzione Sanitaria la dimissione per fine trattamento, l'Assistito sarà avvisato almeno un giorno prima. Al momento di lasciare il Centro, verrà rilasciata una lettera di dimissioni nella quale sono sinteticamente riportate: diagnosi, terapie praticate, accertamenti diagnostici eseguiti, terapie da proseguire a domicilio, osservazioni su eventuali controlli e follow-up.

All'atto delle dimissioni, la Direzione Sanitaria provvederà a riconsegnare tutta la documentazione clinica personale fornita al momento dell'ammissione e assicurerà l'espletamento delle pratiche amministrative di dimissione presso la Direzione Amministrativa.

Nel caso in cui si richiedano dimissioni "contro il parere dei medici", sarà fatta firmare una dichiarazione, riportata sul diario sanitario della cartella clinica, che solleva il Centro da ogni responsabilità derivante da tale decisione.

Richiesta documenti:

- CERTIFICATO DI RICOVERO

Viene rilasciato in qualunque momento del ricovero su specifica richiesta dell'interessato prodotta presso l'Ufficio accettazione della clinica ubicato nella hall al piano terra.

- CARTELLA CLINICA

Dopo le dimissioni il paziente può richiedere una copia della cartella clinica sia presentandosi direttamente all'Ufficio Accettazione che delegando una persona di propria fiducia dalle 17 .00 alle 19.00 il Lunedì, Martedì, Giovedì e Venerdì.

La procedura per il rilascio verrà comunicata all'atto della richiesta.

- RADIOGRAMMI

Possono essere richiesti dal paziente all'Ufficio Amministrazione che provvederà a raccogliere tutti gli esami effettuati durante il ricovero.

A richiesta possono essere rilasciati anche gli originali. Per quest'ultima operazione occorre una richiesta medica e un versamento di una cauzione che sarà rimborsata al momento della restituzione dei radiogrammi.

La cauzione deve essere versata presso l'Ufficio cassa della Casa di Cura.

Assistenza religiosa

Agli ospiti è assicurata, mediante richiesta preventiva, l'assistenza religiosa secondo la religione e il credo personale. Per i pazienti di fede cattolica al piano interrato si trova la Cappella.

10.REPARTO DI RIABILITAZIONE

L'attività della struttura si rivolge a soggetti con disabilità gravi o gravissime secondarie a lesioni neurologiche (ictus, cerebrolesioni traumatiche o vascolari di media gravità, malattie neurodegenerative in fase di riabilitazione intensiva e/o estensiva, lesioni midollari che non necessitano di unità spinale, etc..) ed ortopediche (politraumi, postumi di fratture trattate chirurgicamente, protesi d'anca e ginocchia etc..) che richiedono un impegno terapeutico intensivo e/o estensivo e multi/interdisciplinare.

Il primario medico è il Dott. Giarletta.

INTERVENTI DI RIABILITAZIONE INTENSIVA (COD 56)

Posti Letto attivati in regime di degenza ordinaria: 40

INTERVENTI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA (COD 60)

Posti letto attivati in regime di degenza ordinaria: 50

A completamento di tali articolazioni operano dei Servizi specifici per la diagnosi e trattamento:

valutazione e riabilitazione della disfagia e delle problematiche del linguaggio

training all'utilizzo di ausili e protesi

valutazione e trattamento del dolore non oncologico

Modalità operative

Il modello organizzativo della struttura:

- tutte le prestazioni debbono essere coerenti con la definizione e le verifiche del progetto riabilitativo individuale predisposto;
- il lavoro riabilitativo è strutturato per obiettivi; la durata della degenza è strettamente legata al raggiungimento di essi (di norma entro 60 gg);
- il percorso riabilitativo deve essere registrato su cartella clinica;
- alla conclusione del programma deve esservi una valutazione formalizzata dei risultati conseguiti;
- la modalità operativa è quella del lavoro in equipe con momenti strutturati sia di verifica dei programmi riabilitativi che di aggiornamento.

Dell'equipe riabilitativa fanno parte:

- il medico dell'UOC
- i terapisti della riabilitazione
- la logoterapista
- gli infermieri professionali

Il medico del UOC di riabilitazione, che è garante della continuità del progetto riabilitativo, provvede, insieme all'equipe, alla stesura del programma riabilitativo, ne verifica settimanalmente l'attuazione, esegue una valutazione formalizzata alla fine del programma.

11. RACCOLTA SEGNALAZIONI E OSSERVAZIONI O RECLAMI

La scheda per la rivelazione del gradimento consente all'Amministrazione di valutare la qualità dell'assistenza, verificare la natura dei problemi e delle disfunzioni, nonché di elaborare ed apportare dei correttivi che consentano di rimuovere ogni anomalia e migliorare le prestazioni sul piano quantitativo e qualitativo.

Inoltre è a disposizione degli utenti una scheda di reclamo, copia accessibile in accettazione del Centro, al fine di consentire agli utenti di esprimere il proprio disappunto per disservizi o altro genere di attività non regolari rilevate. La direzione si farà carico di rispondere a tali reclami entro 7 giorni lavorativi.

12. STANDARD DI QUALITA' E MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

Il Centro si pone come obiettivo primario il continuo miglioramento del servizio erogato impegnandosi a porre in essere una serie di attività idonee a fornire una risposta alle esigenze espresse dai fruitori dei propri servizi.

A tal fine ha implementato un sistema di controllo di qualità conforme alle normative vigenti, che fornisce una serie di strumenti atti alla verifica degli standard enunciati da questa carta.

Viene monitorata la soddisfazione del cliente e quindi la qualità percepita mediante un apposito questionario. Lo stesso modulo mette a disposizione degli utenti gli strumenti per formalizzare eventuali segnalazioni di disservizi nonché proposte e suggerimenti per una migliore fruibilità dei servizi da parte degli stessi.

In caso di limitazione e/o esclusione dalla fruizione di prestazioni da noi erogate e in generale per la segnalazione di disservizi, presso l'URP è a disposizione il Modulo di Reclamo, che noi invitiamo a compilare in tutte le sue parti.

A termine della redazione deve essere riportato presso l'URP dove il Responsabile provvederà ad inoltrarlo al Responsabile Qualità e alla Direzione del Centro.

Quest'ultimi hanno stabilito, dalla presentazione del reclamo, il termine massimo di 30 giorni entro cui la causa del disservizio dovrà essere eliminata.

Nel caso in cui tale scadenza non dovesse essere rispettata sarà compito del Responsabile Accettazione informare il Cliente che ha sollevato il reclamo, dei motivi che hanno portato alla non risoluzione del problema entro i tempi di cui sopra.

Indagine sulla Soddisfazione degli utenti

Annualmente il Responsabile Qualità raccoglie le Schede Soddisfazione Cliente e le analizza attraverso l'uso di tecniche statistiche.

Verranno poi contattati i Responsabili delle aree risultate oggetto dei sondaggi al fine di individuare azioni preventive e azioni correttive finalizzate all'eliminazione delle eventuali cause di "Non Conformità" da Lei riscontrate.

Scheda Valutazione Grado Soddisfazione Clienti

Siamo interessati a conoscere la Sua opinione in merito all'esperienza avuta nella nostra struttura. In particolare per il personale che vi opera e per i servizi offerti.

13. DIRITTI E DOVERI DEL PAZIENTE

DIRITTI

Art. 1 – Nella Casa di Cura “Villa Silvia Montesano” ai sensi dell’art. 14 comma 5 del D.L. 502/92 modificato dal D.L. 517/93 è attivato presso la Direzione Sanitaria l’ufficio reclami a cui sono attribuite le seguenti funzioni:

Ricevere osservazioni, opposizioni o reclami in via amministrativa, presentate dai soggetti di cui all’art. 2 del presente regolamento;

Provvedere a dare tempestiva risposta al reclamante su delega della Direzione Amministrativa;

Fornire al reclamante tutte le informazioni e quant’altro necessario per garantire la tutela dei diritti riconosciuti dalla normativa vigente in materia;

Predisporre, quando non avesse potuto eliminare la causa del reclamo, la risposta firmata dal legale rappresentante della Casa di Cura “Villa Silvia Montesano” in cui si dichiara che le anzidette conclusioni non impediscono la proposizione in via giurisdizionale ai sensi dell’art. 14 comma 5 del D.L. 502/92 modificato dal D.L. 517/93.

Art. 2 – Sono soggetti legittimati agli atti di cui al comma a del precedente art. 1 tutti gli utenti, parenti o affini nonché i responsabili degli Organismi di Volontariato e Tutela, accreditati presso la Regione Campania.

Art. 3 – I soggetti individuati all’art. 2 possono esercitare il proprio diritto, presentando osservazioni, opposizioni o reclami, entro 15 gg, dal momento in cui l’interessato abbia avuto conoscenza dell’atto o comportamento contro cui voglia opporsi, in uno dei seguenti modi:

Lettere in carta semplice, indirizzata e inviata alla Direzione Amministrativa e consegnata alla Direzione

Sanitaria;

Colloquio con il Direttore Sanitario o suo delegato.

Art. 4 – La Direzione Sanitaria provvede a comunicare per vie brevi, ai Responsabili dei Servizi chiamati in causa, i contenuti dei ricorsi affinché essi adottino le misure necessarie per rimuovere i disservizi verificatisi. In caso positivo dà la diretta risposta agli interessati.

Art. 5 – Nel caso in cui l’intervento opposto ad osservazioni o reclami non sia stato risolutivo, il ricorso debitamente istruito e con un progetto di risposta, viene trasmesso alla Direzione del Centro, che dovrà provvedere alla comunicazione della decisione adottata. Qualora il reclamante non si considerasse soddisfatto della decisione, potrà entro 15 gg. Produrre una nuova istanza.

Art. 6 – La Direzione Sanitaria dovrà curare:

L'invio della risposta firmata dalla Direzione Amministrativa all'utente e contestualmente ai Responsabili dei Servizi interessati dal ricorso;

L'invio alla Direzione Amministrativa dell'opposizione alla decisione sul ricorso affinché essa venga riesaminata adottando, entro 15 gg. dal ricevimento, il provvedimento definitivo, sentito il Direttore Sanitario

DOVERI

La diretta partecipazione all'adempimento di alcuni doveri è la base per usufruire dei propri diritti. L'impegno personale ai doveri è un rispetto verso la comunità sociale. Ottemperare ad un dovere vuol dire anche migliorare la qualità delle prestazioni erogate da parte della struttura.

Il cittadino, quando accede ad una struttura sanitaria è invitato ad avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri malati, con la volontà di collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico e con la Direzione della sede sanitaria in cui si trova.

L'accesso in ospedale o in un'altra struttura sanitaria esprime da parte del cittadino-paziente un rapporto di fiducia e di rispetto verso il personale sanitario, presupposto indispensabile per l'impostazione di un corretto programma terapeutico ed assistenziale.

E' dovere di ogni paziente informare tempestivamente i sanitari sulla propria intenzione di rinuncia, secondo la propria volontà, a cure e prestazioni sanitarie programmate affinché possano essere evitati sprechi di tempi e risorse.

Il cittadino è tenuto al rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi che si trovano all'interno delle strutture sanitarie, ritenendo gli stessi patrimonio di tutti e quindi anche propri.

Chiunque si trovi in una struttura sanitaria è chiamato al rispetto degli orari delle visite stabiliti dalla Direzione Sanitaria, al fine di permettere lo svolgimento della normale attività assistenziale terapeutica e favorire la quiete e il riposo degli altri pazienti. Si ricorda inoltre che per motivi igienico-sanitari e per il rispetto degli altri degenti presenti nella stanza ospedaliera è indispensabile evitare l'affollamento intorno al letto.

Per motivi di sicurezza e igienico-sanitari nei confronti dei bambini si sconsigliano le visite dei minori di dodici anni. Situazioni eccezionali di particolare risvolto emotivo potranno essere prese in considerazione rivolgendosi al personale medico del reparto.

In situazione di particolare necessità, le visite al degente al di fuori dell'orario prestabilito dovranno essere autorizzate con permesso scritto rilasciato dal Primario o da persona da lui delegata. In tal caso il familiare autorizzato dovrà uniformarsi alle regole del reparto ed avere un atteggiamento consono all'ambiente ospedaliero, favorendo al contempo la massima collaborazione con gli operatori sanitari.

Nella considerazione di essere parte di una comunità, è opportuno evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri degenti (rumori, luci accese, radioline con volume alto, ecc.).

E' dovere rispettare il riposo sia giornaliero che notturno degli altri degenti.

Nella Casa di Cura è vietato fumare. Il rispetto di tale disposizione è un atto di accettazione della presenza degli altri e un sano personale stile di vivere nella struttura sanitaria.

L'organizzazione e gli orari previsti nella struttura sanitaria nella quale si accede devono essere rispettati in ogni circostanza. Le prestazioni sanitarie richieste in tempi e modi non corretti, determinano un notevole disservizio per tutta l'utenza.

E' opportuno che i pazienti e i visitatori si spostino all'interno della struttura utilizzando i percorsi riservati ad essi, raggiungendo direttamente le sedi di loro stretto interesse.

Il personale sanitario per quanto di competenza è invitato a far rispettare le norme enunciate per il buon andamento del reparto ed il benessere del cittadino malato.

Il cittadino ha diritto ad una corretta informazione sull'organizzazione della struttura sanitaria ma è anche un suo preciso dovere informarsi nei tempi e nelle sedi opportune.

14. STANDARD DI QUALITA' E IMPEGNI

Gli standard di qualità si configurano nella Carta dei servizi come impegni dichiarati formalmente allo scopo di fornire una garanzia al cittadino utente sui servizi erogati dal Centro.

Gli impegni si traducono in azioni, processi e comportamenti che il Centro ha adottato ed adotterà nel tempo, al fine di garantire alcuni fattori di qualità ed il loro miglioramento.

Impegni legati all'accesso alla struttura:

- Ottimizzazione dell'organizzazione per cercare di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni
- Distribuzione della carta dei servizi
- Le richieste di terapie urgenti vengono accolte e soddisfatte nel più breve tempo possibile

Impegni legati alla Qualità del servizio erogato:

- Aggiornamento professionale per il personale
- Rinnovo ciclico delle attrezzature e costanti investimenti per il miglioramento della stesse
- Continuo controllo e revisione delle apparecchiature
- Scambio continuo di informazioni tra il personale medico

15. QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Esso viene distribuito durante la permanenza dell'assistito presso la Casa di Cura, il quale una volta compilato può lasciarlo in apposito contenitore predisposto.

Modello esemplificativo del questionario è allegato alla carta dei servizi.

16. LIVELLI DI SERVIZIO ED INDICATORI DELLA RELATIVA REGOLARITA'(ADEGUATEZZA)

Ricordando che sono escluse le dimensioni relative alla qualità tecnica (competenza, affabilità, sicurezza, ecc.), la qualità del servizio in sanità ruota intorno ai seguenti aspetti:

1. gli aspetti legati al tempo, come la puntualità, la regolarità (rispetto di programmi prefissati e comunicati);
2. gli aspetti legati all'informazione relativa al trattamento sanitario: comprensibilità, chiarezza, completezza;
3. gli aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza all'ingresso nella struttura, comprensivi della segnaletica, della necessaria informazione generale sui servizi (orari, nomi dei responsabili, ecc.);
4. gli aspetti legati alle strutture fisiche: il comfort e la pulizia della struttura, dei servizi, delle sale di attesa;
5. gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane: la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento, la capacità di rassicurazione, il rispetto della privacy, la cortesia e il rispetto della dignità, ecc.
6. gli aspetti legati all'adeguatezza delle prestazioni erogate: mediante l'effettuazione di controlli sulla formazione del personale e sulla manutenzione delle attrezzature.

17. SICUREZZA DEL CITTADINO/UTENTE NELLA STRUTTURA

La salvaguardia della sicurezza dei cittadini/utenti e delle strutture del Centro è la premessa fondamentale delle attività del Centro.

Al fine di garantire che in ogni aspetto della operatività del Centro la sicurezza sia adeguatamente considerata come elemento prioritario, è stato implementato un piano della sicurezza in conformità del D.Lgs. 81/2008, che garantisce:

- Il continuo miglioramento delle infrastrutture e degli impianti
- Un adeguato programma di formazione
- Adeguati sistemi di prevenzione e di allarmi
- Adeguate procedure di emergenza

Tutte le fasi che il cittadino/utente vive, dall'ingresso al Centro fino all'uscita, sono pertanto valutate al fine di ridurre ogni eventuale rischio.

IL COMFORT

Garantire ai propri pazienti una permanenza almeno gradevole nella struttura è uno degli obiettivi che il Centro si pone.

ASPETTI RELAZIONALI – COMPORTAMENTALI

Il Centro garantisce ai propri clienti alcune regole di base del proprio personale sugli aspetti relazionali verso gli stessi.

LA RICONOSCIBILITÀ

La individuazione personale di tutti i dipendenti è garantita attraverso la dotazione di un cartellino di riconoscimento (da portare in modo ben visibile).

LA PRESENTABILITÀ

Essa è assicurata sia attraverso l'utilizzo di un abbigliamento decoroso e pulito, ove non sia prevista un'apposita divisa, sia ponendo una particolare attenzione alla cura personale, evitando forme di trascuratezza e/o eccentricità.

COMPORTAMENTI, MODI E LINGUAGGIO

Tutti gli operatori dovranno mantenere atteggiamenti tali da stabilire con il paziente un rapporto di fiducia e collaborazione. Il linguaggio utilizzato per le informazioni e le comunicazioni, sia scritte che verbali tra Azienda e Paziente, dovrà essere chiaro e comprensibile.

Il personale affronterà con prontezza e disponibilità eventuali problemi che dovessero verificarsi ai pazienti.

RISPETTO DELLA PRIVACY

Attraverso l'applicazione D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e del Regolamento Europeo n.679/2016 (GDPR)

ATTENZIONE ALL'AMBIENTE

In sintonia con la crescente sensibilità sulle problematiche ambientali, il Centro si propone quale soggetto promotore di iniziative atte a migliorare sia l'impatto ambientale delle attività connesse alle prestazioni erogate sulla collettività, sia la sicurezza dei pazienti che utilizzano la struttura. Presso la nostra Casa di Cura si effettua la raccolta differenziata dei rifiuti solidi urbani e dei rifiuti speciali così come previsto delle normative sanitarie e comunali locali.

18.PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO

La Direzione procede a monitorare:

- la customer satisfaction
- gli indicatori della qualità (suddivisi tra indicatori di customer satisfaction e indicatori di processo).

Gli indicatori e gli standard di qualità sono fissati su :

- accoglienza e orientamento
- comprensibilità e completezza delle informazioni
- accessibilità alle prestazioni e alle strutture
- regolarità , puntualità, tempestività
- tutela dei diritti
- umanizzazione e valorizzazione delle relazioni sociali e umane
- personalizzazione e riservatezza
- partecipazione
- confort

Dall'analisi ed elaborazione dei dati così ricavati si estrapolano delle informazioni utili al fine di poter assumere decisioni e/o azioni relative:

- al miglioramento del sistema di gestione della qualità e dei suoi processi;
- al miglioramento del servizio erogato in relazione ai requisiti del cliente
- ai bisogni di risorse

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione dell'utente si basano sul riesame delle informazioni relative al cliente. La raccolta di tali informazioni è di tipo attivo (questionari ed indagini, studi di settore) e/o passivo (reclami).

Il monitoraggio della soddisfazione del cliente viene effettuato, quindi, attraverso l'ausilio di dati interni (reclami del cliente) ed esterni (questionari e/o indagini - studi di settore).

19. CONSULENZA RELATIVA ALLE ANALISI EFFETTUATE ED INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

I responsabili delle unità operative, e tutti i medici afferenti ai reparti, sono a disposizione degli utenti per consulenze relative alle prestazioni sanitarie ricevute, nonché all'interpretazione dei risultati di eventuali esami effettuati e alla precisa spiegazione degli esiti delle terapie. I pazienti possono richiedere questi servizi al personale di accettazione che provvederà ad avvisare i responsabili.

20. CONSULENZA RELATIVA AD ESITO DI RISULTATI DI GRAVE RILEVANZA

Nel caso in cui esami effettuati al paziente diano esito ritenuto dal medico responsabile di gravità elevata, egli provvederà a contattare e riferire ai familiari di riferimento, o ad un tutore, tali risultati. Tale procedura sarà applicata in particolar modo nel caso in cui si renda necessario prendere delle decisioni immediate, ed il paziente non sia in grado di decidere autonomamente.

21. ONERI A CARICO DEL PAZIENTE E PRESTAZIONI EROGATE

Il paziente è tenuto a presentare esclusivamente l'impegnativa del MMG; tutti gli oneri delle prestazioni in fase di ricovero, se in convenzione con l'ASL, sono a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

L'elenco completo delle prestazioni erogate dalla casa di cura, può essere consultabile presso l'accettazione.

22. RIFERIMENTO PER IL SERVIZIO DI INFORMAZIONE E FARMACEUTICA

A disposizione dei pazienti, tutti i giorni feriali nelle ore diurne è presente la farmacia della Casa di Cura, per dare eventuali informazioni agli assistiti.

23. EMERGENZA COVID-19

La pandemia da COVID-19 che da Gennaio 2020 ha investito l'Italia costringendo il governo dall'8 marzo 2020 ad assumere misure di contenimento del virus, dall'uso della mascherina al distanziamento sociale, dalla quarantena per alcune categorie di soggetti fino al c.d. "lockdown", ha visto le strutture sanitarie impegnate in prima linea sia per quanto riguarda l'emergenza, sia per quanto riguarda la prevenzione ed il contenimento del contagio.

La nostra struttura ha da subito messo in atto tutti i regolamenti nazionali e regionali, pubblicando sul sito aziendale nella sezione "Comunicazione al Personale" tutti i protocolli per la gestione del contenimento del COVID-19.



www.salernoriabilitazione.it