

CARTA DEI SERVIZI

Servizio Cure Domiciliari e Telemedicina



Sede Legale

Via Angelo Rubino, n.80
Vallo della Lucania, 84078

Sede Organizzativa

Via Salita Purgatorio – Prignano Cilento (SA)
consorziosanitariocilento@pec.it
consorziocilento@gmail.com
Tel. 0974278459

revisione:	01	02	03	04	05
data emissione:	02/05/2024	09/12/2024	27/02/2026	18/04/2026	30/04/2026
motivo revisione:	Aggiornamento CSC	Aggiornamento sedi CSC	Aggiornamento sedi CSC	Aggiornamento sedi CSC	Aggiornamento sedi CSC
emissione RGQ: Nello Luongo					
verifica DS: Giuseppina Arcaro					
approvazione PRE: Maurizio Puglisi					

INDICE

1. PREMESSA E MISSION	3
Chi Siamo	3
Mission del servizio	3
2. OBIETTIVI	5
Cure domiciliari (C-DOM).....	5
3. INFORMAZIONI GENERALI	7
Ambito territoriale di intervento	7
Destinatari del servizio	7
Condizioni che danno diritto all'accesso e criteri di accoglienza della domanda	8
Requisiti generali	8
Criteri di priorità	8
Prestazioni erogate	9
4. COME ATTIVARE LE CURE DOMICILIARI	10
5. GLI OPERATORI COINVOLTI	13
Il Direttore sanitario del CONSORZIO SANITARIO CILENTO	13
Medico Coordinatore	14
Operatori e collaboratori	14
6. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO	16
Continuità assistenziale	18
Gestione delle urgenze	18
Criteri di dimissione	19
Costi per gli utenti	20
Rilevazione della soddisfazione degli utenti/caregiver e Reclami	20
Modalità di richiesta documentazione sanitaria	20
Telemedicina, fascicolo sanitario domiciliare e strumenti informatici	20
Verifica e miglioramento continuo della qualità	21
7. COME RAGGIUNGERE LE SEDI DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI	21
8. AGGIORNAMENTO CARTA DEI SERVIZI.....	22

1. PREMESSA E MISSION

Chi Siamo

Il Consorzio Sanitario Cilento nasce dall'esperienza decennale di diverse strutture sanitarie operanti nel Cilento, nel Vallo di Diano e a Salerno città, che hanno scelto di mettere in rete competenze, professionalità e presenza territoriale per rispondere al crescente bisogno di salute nell'ambito delle cure domiciliari.

Il Consorzio eroga servizi orientati alla presa in carico globale della persona fragile, assicurando interventi integrati di natura sanitaria, riabilitativa e assistenziale, in coerenza con la normativa vigente e con i livelli assistenziali autorizzati. L'organizzazione del servizio è finalizzata a favorire la permanenza della persona nel proprio domicilio, sostenere la famiglia e i caregiver e garantire continuità assistenziale attraverso il raccordo con ASL, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e servizi territoriali competenti.

La costituzione del Consorzio si colloca in linea con gli indirizzi nazionali e regionali di rafforzamento dell'assistenza territoriale, delle cure domiciliari e dei modelli innovativi di sanità di prossimità, inclusi gli strumenti di telemedicina. In tale prospettiva, il Consorzio si propone come rete organizzata di soggetti sanitari del territorio, capace di coniugare esperienza, prossimità, integrazione professionale e innovazione organizzativa al servizio delle persone assistite.

Mission del servizio

La presente Carta dei Servizi ha lo scopo di informare utenti, familiari, caregiver e soggetti interessati circa l'organizzazione, le modalità di accesso, le prestazioni erogate e gli standard di qualità del Servizio Cure Domiciliari del Consorzio Sanitario Cilento

L'assistenza domiciliare si colloca nella rete dei servizi sociosanitari e ha lo scopo di garantire alle persone in condizione di fragilità prestazioni sociosanitarie "integrate" e "a domicilio", anche in contesti di residenzialità individuale/collettiva, alternativa alla propria casa, eletti dalla persona a dimora abituale.

Questa Carta dei Servizi contiene tutte le informazioni che riguardano l'organizzazione e il funzionamento dell'assistenza domiciliare assicurata dal Servizio Cure Domiciliari (C-DOM) di **Consorzio Sanitario Cilento**.

Il Servizio di Cure Domiciliari (C-DOM) nasce presso Il **Consorzio Sanitario Cilento** per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute dei cittadini in condizioni di fragilità e compromessi nell'autonomia attraverso un qualificato servizio di cure domiciliari.

Favorisce la permanenza nel proprio contesto di vita di persone di qualunque età, affette da patologie croniche o acute trattabili a domicilio.

Persegue, inoltre, l'obiettivo di mantenere e/o sviluppare l'autonomia dell'assistito, anche attraverso l'educazione e l'addestramento di familiari o collaboratori (caregiver) e la valorizzazione delle loro capacità assistenziali, promuovendo la conoscenza delle pratiche di cura.

Il Servizio C-DOM ha come mission la tutela della persona fragile e della sua famiglia, nel percorso nella rete dei servizi sociosanitari ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali attraverso:

- l'Integrazione tra professionisti sia sanitari sia sociali.
- gli interventi al domicilio delle persone applicando modelli innovativi di assistenza integrata, sanitaria e sociale
- la collaborazione con i Distretti nei quali è inserita

Il servizio è organizzato in coerenza con la normativa nazionale e regionale in materia di cure domiciliari e assicura, secondo i livelli assistenziali autorizzati e accreditati, prestazioni sanitarie e sociosanitarie integrate, programmate sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno e del Piano di Assistenza Individuale (PAI), in raccordo con l'Azienda Sanitaria Locale, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i servizi territoriali competenti.

“Il servizio opera in raccordo con ASL, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, UVI/UVM, servizi territoriali, immissioni protette e, ove previsto, Centrale Operativa Territoriale.

2. OBIETTIVI

Le Cure Domiciliari sono un servizio erogato direttamente al domicilio della persona che include, a seconda dei casi, prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali e di supporto psicologico ed educativo.

È finalizzata ad assicurare un supporto per:

- Favorire il benessere e la cura della persona in condizione di temporanea o definitiva fragilità
- Stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera
- Garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale
- Sostenere la famiglia e i caregiver nel percorso di cura

Cure domiciliari (C-DOM)

Le Cure Domiciliari (C-DOM) si collocano nella rete dei servizi volti a garantire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a domicilio a persone in condizioni di fragilità e impossibilitate a fruire, fuori dal proprio ambiente di vita, delle cure necessarie.

Le prestazioni sono assicurate da personale qualificato e si aggiungono, ma non si sostituiscono, all'assistenza già garantita dai familiari e/o loro collaboratori.

Le Cure Domiciliari sono pertanto finalizzate ad assicurare alla famiglia e alla persona malata un reale supporto per:

- garantire la permanenza dell'assistito nel suo ambiente di vita il più a lungo possibile
- migliorare la qualità della vita quotidiana e favorire la continuità delle cure e dell'assistenza negli eventuali passaggi tra casa e ospedale e viceversa
- favorire, per quanto possibile, la stabilità delle condizioni di salute e il mantenimento dell'autonomia dell'assistito
- valorizzare le capacità di cura dei familiari e delle persone che collaborano nell'assistenza anche attraverso momenti di educazione e di addestramento.

Il Servizio Cure Domiciliari del Consorzio Sanitario Cilento eroga, nei limiti dei livelli autorizzati e contrattualizzati, le seguenti tipologie di assistenza:

Livello assistenziale	Coefficiente di intensità assistenziale (CIA)	Caratteristiche principali	Valutazione multidimensionale / PAI
Cure domiciliari di livello base	inferiore a 0,14	Bisogni assistenziali di minore complessità; non presuppongono necessariamente presa in carico multidisciplinare	Non sempre obbligatori
Cure domiciliari integrate di I livello	da 0,14 a 0,30	Interventi per bisogni assistenziali di complessità medio-bassa, con presa in carico della persona	Sì
Cure domiciliari integrate di II livello	da 0,31 a 0,50	Interventi per bisogni assistenziali di complessità medio-alta, con maggiore intensità e frequenza assistenziale	Sì
Cure domiciliari integrate di III livello	maggiore di 0,50	Interventi ad elevata complessità, con necessità di continuità assistenziale e supporto strutturato a famiglia/caregiver	Sì

L'intensità assistenziale, la composizione dell'équipe, la frequenza degli accessi e la durata del piano assistenziale sono definite in base alla valutazione multidimensionale e al PAI.

3. INFORMAZIONI GENERALI

Ambito territoriale di intervento

Il servizio è erogato nell'ambito territoriale di competenza delle sedi organizzativa e operative del Consorzio Sanitario Cilento, in raccordo con l'ASL Salerno, territorialmente competente e secondo i livelli assistenziali autorizzati.

Possono accedere al servizio:

- gli assistiti residenti nel territorio dell'ASL Salerno;
- gli assistiti residenti in altra ASL o in altra Regione, nei casi e con le autorizzazioni previste dalla normativa vigente e dagli accordi interaziendali applicabili.

Destinatari del servizio

Il Servizio di Cure Domiciliari di base e integrate è rivolto a persone di qualunque età che necessitano di cure sociosanitarie presso il proprio domicilio in quanto, in via temporanea o definitiva, impossibilitati ad accedere autonomamente ai servizi del territorio o ambulatoriali, con la presenza di una rete familiare formale o informale di supporto.

Il Servizio adotta modalità operative per vigilare che il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e anche delle specificità religiose e culturali.

Rientrano tra i destinatari, a titolo esemplificativo:

- persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti;
- persone in dimissione protetta da strutture ospedaliere o residenziali;
- persone con patologie croniche, degenerative, neurologiche, oncologiche o disabilitanti;
- persone con bisogni riabilitativi, infermieristici o assistenziali continuativi a domicilio;
- persone in condizioni di fragilità sanitaria e sociale valutate eleggibili dai servizi competenti.

L'ammissione al servizio avviene sulla base della valutazione di eleggibilità e, ove previsto, della valutazione multidimensionale dei bisogni.

Condizioni che danno diritto all'accesso e criteri di accoglienza della domanda

Requisiti generali

1. bisogni sanitari e sociosanitari gestibili a domicilio;
2. non autosufficienza temporanea o permanente;
3. impossibilità a raggiungere i servizi ambulatoriali;
4. presenza di rete familiare o di supporto;
5. idoneità del contesto abitativo.

Criteri di priorità

1. dimissione protetta;
2. urgenza assistenziale;
3. elevata fragilità;
4. insufficienza della rete di supporto;
5. prevenzione di ricoveri impropri.

I criteri di priorità, i tempi di attesa e la presa in carico sono definiti secondo le indicazioni regionali, aziendali e distrettuali competenti.

La presa in carico avviene sulla base della valutazione di eleggibilità effettuata dai soggetti competenti e della successiva valutazione multidimensionale, ove prevista, con definizione del PAI.

- Costituiscono criteri di priorità, in relazione alla gravità e alla complessità del bisogno:
- dimissione protetta con necessità di continuità assistenziale tempestiva;
- condizioni cliniche e funzionali che richiedano interventi domiciliari non differibili;
- elevata fragilità sanitaria e sociosanitaria;
- assenza o insufficienza della rete familiare e di supporto;
- necessità di evitare ricoveri impropri o istituzionalizzazione.

L'accesso al servizio è comunque subordinato alla valutazione della compatibilità assistenziale domiciliare, alla disponibilità delle risorse previste e alla definizione del percorso assistenziale da parte dei servizi competenti.

Prestazioni erogate

Il servizio eroga, sulla base del PAI e del profilo assistenziale assegnato, prestazioni infermieristiche, riabilitative, assistenziali, psicologiche, educative e di supporto, secondo i bisogni rilevati e nel rispetto dei livelli autorizzati.”

In particolare, gli operatori del **Consorzio**, ognuno per le proprie competenze, garantiscono le seguenti prestazioni:

- medicazioni, prelievi, terapia;
- riabilitazione;
- igiene e supporto alla persona;
- supporto psicologico/educativo;
- logopedia, se prevista;
- eventuali prestazioni a distanza/telemedicina

4. COME ATTIVARE LE CURE DOMICILIARI

Accesso tramite PUA

Le cure domiciliari integrate si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico.

L'attivazione del servizio avviene secondo le procedure previste dalla normativa regionale e dalle disposizioni dell'ASL competente, mediante accesso alla rete territoriale e successiva valutazione del bisogno.

Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

1. presentazione della richiesta presso la PUA o altro canale previsto dall'ASL/Ambito;
2. proposta di ammissione;
3. valutazione multidimensionale UVI;
4. definizione del PAI;
5. individuazione del case manager;
6. attivazione del piano esecutivo;
7. dimissione.

La Legge Regionale 11/07, art. 41, prevede che l'accesso unitario concertato tra A.S.L. e Comuni degli Ambiti Territoriali nell'ambito della programmazione sociosanitaria congiunta, sia oggetto di uno specifico regolamento allegato al Piano di Zona, che disciplini le funzioni della PUA e delle UVI, prevedendo una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative Distrettuali e Servizi Sociali dell'Ambito territoriale.

Valutazione UVI e PAI

L'accesso alle cure domiciliari prevede:

- La compilazione da parte del MMG o del PLS dell'apposito modulo di segnalazione e della parte Sanitaria delle Schede di Valutazione Multidimensionale SVAMA (nel caso di soggetti anziani e adulti) e SVAMDI (nel caso di soggetti adulti con disabilità);
- La convocazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), per la valutazione dell'elezione dell'utente nelle cure domiciliari.

Se l'UVI non ritenga necessario l'attivazione delle cure domiciliari deve darne motivata comunicazione al MMG o al PLS e all'utente e/o ai familiari dell'assistito.

Nel caso in cui la proposta delle cure domiciliari sia approvata, l'UVI stila il piano individuale di assistenza, avvalendosi anche di altri specialisti se necessario, concordando:

- la durata del periodo di erogazione delle cure domiciliari;
- la tipologia degli operatori sanitari coinvolti;
- le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale;
- la cadenza degli accessi del MMG o del PLS al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il PAI, pertanto, dovrà esplicitare:

- i bisogni socioassistenziali dell'utente;
- la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità dell'intervento e le figure professionali impegnate, in rapporto al bisogno accertato;
- la titolarità e competenze e responsabilità di spesa fra sanità e sociale;
- le competenze e le funzioni del responsabile della presa in carico e delle figure di riferimento;
- le competenze e le funzioni del caregiver;
- la data di avvio e durata del progetto con la previsione di verifica intermedia;
- gli obiettivi del PAI;
- gli eventuali trattamenti terapeutici particolari;
- gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi elettromedicali necessitanti;
- il consenso della famiglia, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al PAI, anche per l'eventuale quota di compartecipazione della spesa.

La valutazione multidimensionale dovrà concludersi entro e non oltre i 20gg dalla segnalazione. Solo in caso di dimissione protetta entro le 48 ore dalla segnalazione. Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede UVI per rispondere ai bisogni di natura sociale.

Nei casi ordinari, la valutazione multidimensionale è effettuata entro i tempi previsti dalla normativa e dalla programmazione distrettuale.

Attivazione urgente e dimissione protetta

Nei casi di dimissione protetta o di urgenza assistenziale, l'attivazione avviene con carattere prioritario secondo le modalità definite dai servizi competenti.

L'UVI verifica l'attuazione del PAI mediante il responsabile del caso (case manager) individuato nelle modalità previste dalla D.G.R.C. n. 41/2011.

Al PAI, segue il piano esecutivo, redatto dopo aver definito il profilo di cura e l'intensità assistenziale delle cure domiciliari; esso contiene:

- Azioni specifiche, tipologia di prestazioni ed intervento
- Quantità durata e frequenza di ogni tipologia di intervento (accessi, consulenze, ore giornaliere e settimanali...);
- Fornitura di presidi e materiali;
- Somministrazione di farmaci;
- Strumenti e tempi per il monitoraggio del piano.

Per ciascun assistito preso in carico viene individuato un referente del caso (case manager), indicato nella documentazione sanitaria, con funzioni di raccordo operativo tra assistito, caregiver, équipe e servizi coinvolti.

Il referente del caso (case manager) è indicato nella documentazione sanitaria e costituisce il punto di raccordo operativo tra persona assistita, caregiver, équipe e servizi coinvolti.

5. GLI OPERATORI COINVOLTI

Il servizio si avvale di un'organizzazione multiprofessionale e multidisciplinare composta da personale sanitario, riabilitativo, assistenziale, psicologico e amministrativo, secondo quanto previsto dal PAI, dal livello assistenziale assegnato e dal modello organizzativo del Consorzio.

Il Direttore sanitario del CONSORZIO SANITARIO CILENTO

Si occupa di:

- coordinamento e responsabilità clinica;
- organizzazione del servizio;
- valutazione e miglioramento della qualità;
- mantenimento dei requisiti sanitari previsti;
- verifica della qualità degli interventi svolti e della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo o manutenzione di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta, della gestione del rischio clinico, della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nonché con gli specialisti di riferimento);
- gestione del rischio clinico;
- comunicazione e raccordo con i Medici di Assistenza Primaria e con gli specialisti di riferimento;
- continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il piano assistenziale;
- continuità dell'informazione;
- continuità gestionale;
- continuità relazionale, anche in caso di trasferimento o dimissione;
- continuità assistenziale in caso di urgenza o eventi imprevisti, in relazione alla tipologia e all'intensità assistenziale dell'utenza trattata.

Al fine dell'organizzazione del servizio, le competenze sono gestite in collaborazione con il Coordinatore infermieristico.

Medico Coordinatore

È responsabile della gestione dei servizi e in particolare del soddisfacimento delle esigenze espresse dagli utenti; coordina il personale, pianifica gli interventi, verifica la qualità dei servizi erogati, è referente per gli utenti, i familiari e i committenti; propone iniziative di formazione e aggiornamento per gli operatori.

Supervisiona la corretta tenuta della documentazione.

Operatori e collaboratori

Le figure professionali effettivamente coinvolte nel singolo caso sono definite nel PAI e nel piano esecutivo sulla base dei bisogni rilevati, del livello assistenziale assegnato e degli obiettivi di cura.

Sono:

- medici specialisti;
- infermieri;
- fisioterapisti e terapisti della riabilitazione;
- OSS;
- psicologi;
- logopedisti o altri professionisti, se previsti dal PAI;
- personale amministrativo e di segreteria.

Ogni sede operativa ha un Direttore Tecnico Responsabile ed un Amministrativo come riportato nella tabella delle sedi.

Tutti gli operatori del **Consorzio Sanitario Cilento** sono riconoscibili mediante apposito cartellino identificativo che riporta fotografia, nome, iniziale del cognome e profilo professionale, e logo.

PRESSO	SEDE	DIRETTORE TECNICO RESPONSABILE	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
Consorzio Sanitario Cilento	Via Angelo Rubino, 80- Vallo della Lucania (SA)	Dr.ssa Giuseppina Arcaro	Coccaro Angelo
Centro Fisiokinesiterapico Cilento SRL	Via Valenzani snc – Vallo della Lucania (SA)	Dr. Andrea Salati	Dario Di Spirito
Centro Fisiokinesiterapico Cilento SRL	Via Valenzani snc – Orria (SA)	Dr. Fabrizio Cammarota	Marco Puglisi
Centro Juventus Vibonati srl	Corso Umberto I, N. 128 - Vibonati (SA)	Dr. Oreste Pascucci	Fortunato Sofia
Medical R Medicina Fisica e riabilitazione	Via Salita Purgatorio, n.10 – Prignano Cilento (SA)	Dr. Giuseppe Basile	Inverso Claudia
Fisiortokinesis srl	Via Provinciale, 12 - Albanella (SA)	Dr. Florigi De Feo	Angelo Coccaro
Ortokinesis S.r.l.	Contrada Valloni, n. SNC, Piaggine (SA)	Dr. Carmelo Saggese	Giuseppina Bianco
Eitaly srl	Via Nicola Risi, N. 2 Roscigno (Sa)	Dr. Giovanni Greco	Erminio Crisci
Cron srl	Via Garibaldi, N. 57 Montesano Sulla Marcellana (Sa)	Dr. Pepe Antonio	Strefezza Silvio
Casa di Cura Tortorella Spa	Via Nicola Aversano, 1 – 84124 Salerno – Italia	Dott. Sergio Chirico	Maria Carla Saccone
Casa di Cura Prof. Luigi Cobellis SRL	Via Nazionale Contrada Badia- Vallo della Lucania (SA)	Dr. Liguori Gerardo	Giuseppina Vitale
CE.SA.T. SRL	Via Wagner 19- Salerno	Dr. Pompeo Domenico	Luigi Cavallo
Laboratorio Analisi Schiavo SRL	Via Nazionale Contrada Badia, snc- Vallo Della Lucania (SA)	Dr. Manlio Schiavo	Clelia Schiavo
Istituto di Radiologia e Medicina Nucleare srl- I.RAD.	Via Trinità – Sala Consilina (SA)	Dr. Aldo Rescinito	Luigi Pagano

6. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Sedi e recapiti del servizio

Il servizio si articola in una **Sede Organizzativa** centrale e in **Sedi Operative** territoriali, collegate tra loro funzionalmente, al fine di garantire prossimità, coordinamento degli interventi, continuità organizzativa e supporto amministrativo e clinico-assistenziale.

La sede organizzativa svolge funzioni di coordinamento del servizio, segreteria organizzativa, raccolta delle richieste, supporto informativo, gestione documentale e raccordo con i servizi territoriali e regionali.

Le sedi operative costituiscono i punti di riferimento logistici e organizzativi per l'erogazione delle prestazioni domiciliari sul territorio.

Sono previste:

- una **Sede Legale**

Consorzio Sanitario Cilento, Via Angelo Rubino, n.80 Vallo della Lucania

- una **Sede Organizzativa**

Consorzio Sanitario Cilento, Via Salita Purgatorio – Prignano Cilento (SA)

- **Sedi Operative:**

PRESSO	SEDE	CONTATTI
Consorzio Sanitario Cilento	Via Salita Purgatorio – Prignano Cilento (SA)	consorziosanitariocilento@pec.it consorziocilento@gmail.com Tel. 0974278459
Centro Fisiokinesiterapico Cilento SRL	Via Valenzani snc – Vallo della Lucania (SA)	centrofktadmin@libero.it orriarsa@gmail.com Tel. 0974/993000
Centro Fisiokinesiterapico Cilento SRL	Via Valenzani snc – Vallo della Lucania (SA)	centrofktadmin@libero.it fktcilento@gmail.com Tel. 0974/3111
Centro Juventus Vibonati srl	Corso Umberto I, N. 128 Vibonati (SA)	informazioni@centrojuventusvibonati.it centrojuventusadmin@libero.it tel. 0973 301264
Medical R Medicina Fisica e riabilitazione	Via Salita Purgatorio, n.10 – Prignano Cilento (SA)	medicalradmin@libero.it medicalriabilitazione@outlook.it tel. 0974/831518
Fisiortokinesis srl	Via Provinciale, 12 Albanella (SA)	info@fisiortokinesis.it fisiortokinesis@gmail.com +39 0828 1992441 +39 348 5246630
Ortokinesis srl	Contrada Valloni, n. SNC, PIAGGINE (SA)	centroortokinesis@tiscalinet.it www.ortokinesispiaggine.it Tel. 0974/942669;
Eitaly srl	Via Nicola Risi, N. 2 Roscigno (Sa)	eitalysrl@Gmail.Com Tel. 08281817703
Cron srl	Via Garibaldi, N. 57 Montesano Sulla Marcellana (Sa)	cronsas@libero.it cronsas@pec.it +39 0975 863270
Casa di Cura Tortorella Spa	Via Nicola Aversano, 1 – 84124 Salerno – Italia	amministrazione@casadicuratortorella.it 089 2578111
Casa di Cura Prof. Luigi Cobellis SRL	Via Nazionale Contrada Badia- Vallo della Lucania (SA)	info@clinicacobellis.it www.clinicacobellis.it +39 0974 75888 Fax: +39 0974 75042
CE.SA.T. SRL	Via Wagner 19- Salerno	cesat@pec.it www.cesatdiagnosticaperimmagini.it 089 335890/ 089 757226
Laboratorio Analisi Schiavo SRL	Via Nazionale Contrada Badia, snc- Vallo Della Lucania (SA)	labschiavo@gmail.it www.analisschiavo.com +39 0974 717154 Fax: +39 0974 719276
Istituto di Radiologia e Medicina Nucleare srl- I.RAD.	Via Trinità – Sala Consilina (SA)	studioradiologicosala@gmail.com +39 0975 24058/ 351 6776788

Continuità assistenziale

La continuità assistenziale è garantita in relazione alla natura dei bisogni e del PAI. Le cure domiciliari di base e di I livello sono organizzate su 5 giorni settimanali; le cure domiciliari integrate di II e III livello sono organizzate su 7 giorni settimanali, secondo quanto previsto dalla programmazione assistenziale e dai requisiti applicabili.

Il Consorzio garantisce la continuità assistenziale in coerenza con il PAI, con il livello assistenziale assegnato e con le disposizioni normative e aziendali applicabili.

Per ciascun assistito viene individuata un'équipe assistenziale di riferimento di riferimento, mantenuta, ove possibile, per tutta la durata del percorso, al fine di favorire continuità informativa, gestionale e relazionale.

La continuità assistenziale è assicurata anche attraverso:

- il fascicolo sanitario domiciliare e il diario assistenziale;
- il case manager/referente del caso;
- il raccordo con MMG/PLS, specialisti, distretto e servizi territoriali;
- le procedure di passaggio di consegne, trasferimento e dimissione protetta.

Gestione delle urgenze

Le modalità operative di gestione delle urgenze, delle emergenze e delle variazioni cliniche sono disciplinate dalle procedure interne dell'organizzazione. Gli operatori segnalano tempestivamente ai soggetti clinicamente competenti ogni evento rilevante, in coerenza con il livello assistenziale assegnato e con il PAI.

In relazione al livello assistenziale assegnato e al PAI, il servizio assicura il raccordo con il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, con il Distretto sanitario competente e con gli altri servizi territoriali coinvolti, al fine di garantire la continuità delle cure e la corretta gestione degli eventi imprevisti o delle variazioni delle condizioni cliniche dell'assistito.

In caso di emergenza sanitaria deve essere attivato il Servizio di Emergenza Urgenza 118.

Le modalità operative di gestione delle urgenze e delle emergenze sono disciplinate dalle procedure interne dell'organizzazione.

Le urgenze e le variazioni cliniche rilevate dagli operatori sono tempestivamente comunicate ai soggetti clinicamente competenti secondo il livello assistenziale assegnato e le procedure interne vigenti.

Criteri di dimissione

La dimissione dal Servizio Cure Domiciliari avviene:

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso della persona assistita.
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

Il responsabile dell'UO distrettuale competente provvede alla compilazione del modulo di dimissione (con l'assenso del MMG) e viene annotato nella cartella domiciliare sia informatizzata che cartacea.

La cessazione dell'assistenza deve avvenire con preavviso al paziente e alla famiglia di almeno sette giorni.

A seguito della dimissione, tutti i documenti sanitari relativi ai singoli assistiti vengono archiviati e conservati secondo la normativa vigente.

La dimissione è registrata nella documentazione sanitaria domiciliare e formalizzata con aggiornamento del fascicolo dell'assistito, con indicazione della data e della motivazione della chiusura del percorso assistenziale.

Costi per gli utenti

Le prestazioni erogate nell'ambito dei percorsi autorizzati e contrattualizzati con il Servizio Sanitario sono rese secondo la normativa vigente e le condizioni definite dai competenti enti pubblici. Eventuali prestazioni non ricomprese nei percorsi pubblici sono disciplinate secondo le condizioni economiche e organizzative comunicate all'utenza prima dell'erogazione.

Rilevazione della soddisfazione degli utenti/caregiver e Reclami

Il Consorzio rileva periodicamente la soddisfazione degli utenti e dei caregiver mediante questionari, colloqui e strumenti di ascolto finalizzati a valutare la qualità percepita del servizio, l'efficacia organizzativa e la relazione con gli operatori.

Gli utenti, i caregiver e gli aventi diritto possono presentare reclami, segnalazioni, osservazioni o richieste di chiarimento in forma scritta o verbale presso la sede organizzativa o le sedi operative, nonché tramite posta elettronica o PEC.

I reclami e le segnalazioni sono registrati e presi in carico dal Consorzio; salvo diversa complessità del caso, viene fornito riscontro entro 30 giorni dal ricevimento.

L'analisi periodica delle segnalazioni e dei reclami costituisce parte integrante del sistema di monitoraggio e miglioramento della qualità.

Modalità di richiesta documentazione sanitaria

La documentazione sanitaria può essere richiesta dalla persona assistita o da chi ne abbia titolo mediante richiesta presentata presso la sede di riferimento, via e-mail o via PEC, con allegazione della documentazione utile all'identificazione del richiedente. Il rilascio avviene nei tempi previsti dalla normativa vigente e dalle procedure interne, nel rispetto della riservatezza e della protezione dei dati personali.

Telemedicina, fascicolo sanitario domiciliare e strumenti informatici

Il **Consorzio** adotta strumenti informatici e sistemi di tracciabilità delle attività assistenziali, mediante fascicolo sanitario domiciliare e diario assistenziale, aggiornati secondo le procedure interne e la normativa

applicabile. Ove previsto dal profilo assistenziale, dall'organizzazione del servizio e dalla normativa vigente, possono essere utilizzate modalità di telemedicina e strumenti digitali per il monitoraggio e il supporto a distanza.

Verifica e miglioramento continuo della qualità

Il Consorzio adotta strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità del servizio, anche mediante analisi delle attività erogate, della soddisfazione degli utenti e caregiver, dei reclami, dei disservizi e delle criticità rilevate nel corso dell'assistenza.

Gli esiti del monitoraggio sono utilizzati per la definizione di azioni di miglioramento, per l'aggiornamento organizzativo del servizio e per la revisione periodica della documentazione del sistema qualità.

7. COME RAGGIUNGERE LE SEDI DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

Tutte le sedi possono essere raggiunte all'indirizzo di riferimento, negli orari stabiliti e previo appuntamento telefonico.

Per informazioni, richieste di chiarimento, attivazione del servizio, segnalazioni e reclami, gli utenti possono contattare la sede organizzativa o la sede operativa di riferimento ai recapiti indicati nella presente Carta dei Servizi, negli orari di apertura comunicati dall'organizzazione.

ORARI DI SERVIZIO

Il front office e la segreteria organizzativa costituiscono il punto di riferimento per informazioni, richieste di chiarimento, attivazione del servizio, trasmissione di documentazione, segnalazioni e reclami.

Gli utenti, i familiari e i caregiver possono contattare la sede organizzativa e/o la sede operativa di riferimento ai recapiti indicati nella presente Carta dei Servizi, negli **orari di apertura** comunicati dall'organizzazione.

Dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18.00

ORARIO DEL SERVIZIO DOMICILIARE

L'erogazione delle prestazioni domiciliari avviene secondo il Piano di Assistenza Individuale (PAI), in relazione al livello assistenziale assegnato, alla complessità del bisogno, alla programmazione degli accessi e alle disposizioni regionali e aziendali applicabili.

Profilo di cura	Operatività del Servizio
Livello base	5 giorni a settimana , dal lunedì al venerdì;
I livello	5 giorni a settimana , dal lunedì al venerdì;
II livello	7 giorni settimanali
III livello	7 giorni settimanali

8. AGGIORNAMENTO CARTA DEI SERVIZI

La presente Carta dei Servizi è soggetta ad aggiornamento periodico e viene revisionata ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'organizzazione del servizio, nei livelli assistenziali erogati, nei riferimenti normativi o nelle modalità di accesso e di gestione dell'assistenza domiciliare.