

PREMESSA E CRITERI DI LETTURA

La presente tabella costituisce parte integrante della Carta dei Servizi in ver.2.0 di entrambe le residenze, Sessano del Molise e Bojano, e individua, per ciascuna **dimensione della qualità**, i **fattori di qualità** (gli aspetti del servizio rilevanti per l'ospite e la famiglia), gli **indicatori** (le grandezze misurabili), gli **standard di qualità** (il livello che la Struttura si impegna a garantire) e gli **strumenti di verifica**. L'impianto segue lo schema del D.P.C.M. 19 maggio 1995 e la Direttiva P.C.M. 27 gennaio 1994.

Gli standard sono distinti in **generali** (riferiti al complesso delle prestazioni, espressi come valore medio o percentuale atteso) e **specifici** (riferiti alla singola prestazione, verificabili dal singolo ospite). Il monitoraggio è effettuato con cadenza trimestrale; gli scostamenti generano azioni di miglioramento.

1. ACCESSIBILITÀ

Capacità della Struttura di rendere il servizio fruibile e raggiungibile, agevolando l'accesso alle informazioni e alle prestazioni.

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
Informazione all'utenza	Disponibilità della Carta dei Servizi e del materiale informativo	100% dei richiedenti	Consegna/affissione Carta dei Servizi; bacheca informativa
Accesso alle informazioni	Tempo di risposta a richieste di informazioni	≤ 2 giorni lavorativi	https://sessano.serenasenectus.it/contatti/ https://bojano.serenasenectus.it/contatti/ Lista contatti
Orario di visita ai parenti	Ampiezza fascia oraria di accesso giornaliero	≥ 8 ore/giorno	Regolamento interno; Regolamento visite; bacheca orari;
Accessibilità fisica	Assenza di barriere architettoniche nei percorsi e negli spazi comuni	100% spazi conformi	Sopralluogo; documentazione autorizzativa di agibilità
Lista di attesa	Trasparenza dei criteri di ammissione e gestione lista d'attesa	100% criteri pubblicati	Procedura accoglienza PRO.17; registro domande di ingresso

2. TEMPESTIVITÀ

Tempi entro i quali la Struttura si impegna a erogare la prestazione o a dare riscontro alle richieste.

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
Accoglienza del nuovo ospite	Tempo di redazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) dall'ingresso	≤ 30 giorni	PRO.17 Processo di accoglienza; verbali UVM/PAI
Valutazione multidimensionale	Tempo di prima valutazione sanitaria all'ingresso	≤ 24 ore	Cartella clinica; scheda di valutazione all'ingresso
Assistenza medica	Presenza/reperibilità medica nelle 24 ore	100% delle giornate	Turni medici; cartella clinica
Risposta a reclami	Tempo di riscontro formale ai reclami	≤ 15 giorni	Procedura reclami; registro reclami e suggerimenti
Rilascio documentazione sanitaria	Tempo di consegna copia cartella clinica dalla richiesta	≤ 15 giorni	ALL.01 PRO.05 Richiesta copia cartella clinica

3. TRASPARENZA

Chiarezza, completezza e accessibilità delle informazioni su servizi, costi, regole e modalità di partecipazione.

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
Informazione su rette e servizi	Pubblicità di rette, servizi inclusi ed esclusi	100% pubblicati	Carta dei Servizi; tariffario; contratto
Consenso informato	Acquisizione del consenso ai trattamenti e al trattamento dati	100% degli ospiti	Modulistica consenso; cartella clinica
Accesso ai propri dati	Riscontro alle istanze di accesso ai dati personali (art. 15 GDPR)	≤ 30 giorni	ALL.01 PRO.05 Richiesta copia cartella clinica; registro istanze
Tutela e	Disponibilità di strumenti di reclamo,	100%	Modulo reclami/suggerimenti/soddisfazione;

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
partecipazione	segnalazione e suggerimento	disponibili	cassetta segnalazioni
Identificabilità del personale	Operatori muniti di cartellino di riconoscimento	100% del personale	SWR; audit multidisciplinare; procedura accoglienza

4. EFFICACIA, SICUREZZA E APPROPRIATEZZA

Capacità delle prestazioni di produrre i risultati attesi sulla salute e sul benessere dell'ospite, in condizioni di sicurezza.

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
Personalizzazione dell'assistenza	Ospiti con PAI redatto e aggiornato	100% degli ospiti	Verbali UVM/PAI; cartella clinica
Aggiornamento del PAI	Rivalutazione del PAI almeno semestrale o al variare delle condizioni	100% degli ospiti	Cartella clinica; verbali di rivalutazione
Gestione del rischio clinico	Eventi avversi registrati e analizzati	100% segnalati	ALL.5 PRO.07 Registro cadute ALL.6 PRO.07 Registro eventi avversi (escluse cadute) Incident Reporting software Zucchetti
Sorveglianza ICA	Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza	100% casi tracciati	Audit semestrale ICA; ALL.4 PRO.08 Registro ICA;
Prevenzione lesioni da pressione	Ospiti a rischio con scheda di valutazione e piano di prevenzione	100% dei soggetti a rischio	Scheda valutazione rischio; cartella clinica
Stato nutrizionale e idratazione	Ospiti a rischio con valutazione nutrizionale e monitoraggio idratazione	100% dei soggetti a rischio	Scheda valutazione rischio nutrizionale; scheda idratazione
Gestione del dolore	Ospiti con valutazione e monitoraggio del dolore	100% dei soggetti interessati	Scheda valutazione e monitoraggio del dolore
Appropriatezza farmacologica	Corretta gestione di prescrizione e somministrazione terapie	100% tracciabilità	Cartella clinica; scheda terapia/somministrazione

5. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Garanzia di assistenza senza interruzioni e di integrazione tra i professionisti e con la rete dei servizi sanitari e sociali.

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
Copertura assistenziale H24	Presenza infermieristica e socio-assistenziale nelle 24 ore	100% delle giornate	IO.07.1 Gestione turni INF/OSS; fogli presenza
Continuità sanitaria	Continuità dell'assistenza medica e infermieristica nei passaggi di consegna	100% turni con consegna	Diario clinico; consegne cambio turno; Modulo di riconciliazione terapeutica (in caso di trasferimento in ospedale)
Integrazione con la rete	Attivazione di percorsi con ASReM e servizi territoriali quando necessario	100% casi appropriati	PRO.04 Continuità assistenziale e rete sociale
Dimissione e trasferimento	Dimissioni/trasferimenti accompagnati da relazione sanitaria	100% degli eventi	Modulo dimissione (All.2 PRO.04); relazione finale
Servizi diagnostici esterni	Disponibilità di laboratorio e diagnostica tramite fornitori qualificati	100% prestazioni garantite	PRO.21 / PRO.22 Gestione servizi esterni; contratti/convenzioni

6. UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE

Attenzione alla persona, rispetto della dignità, dei tempi, delle abitudini e delle relazioni dell'ospite.

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
Rispetto delle preferenze	Rilevazione di abitudini e preferenze personali all'ingresso	100% degli ospiti	All.5 PRO.17 Scheda preferenze ospite
Cura della relazione	Mantenimento delle relazioni familiari e	Accesso quotidiano	Regolamento visite; programma attività

Fattore di qualità	Indicatore	Standard di qualità	Strumento di verifica / Evidenza
	sociali	garantito	occupazionali
Comfort alberghiero	Adeguatezza di ristorazione, pulizia e igiene degli ambienti	≥ 90% giudizi positivi	Questionario di soddisfazione; menù personalizzati;
Riservatezza e dignità	Tutela della privacy nelle prestazioni assistenziali	100% delle prestazioni	Procedure assistenziali; verifica in reparto
Assistenza nel fine vita	Accompagnamento e supporto in caso di decesso	100% dei casi	Modulo decesso (All.3 PRO.04); procedure di accompagnamento
Soddisfazione dell'ospite	Grado di soddisfazione di ospiti e familiari	≥ 90% giudizi positivi	Analisi statistica customer satisfaction; analisi reclami

MONITORAGGIO, RIESAME E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Gli indicatori sono rilevati con periodicità trimestrale a cura della Direzione e del Responsabile Qualità e Accreditamento. I risultati sono oggetto di riesame; in caso di scostamento dagli standard sono attivate azioni correttive e di miglioramento. La presente tabella è soggetta a revisione periodica e ad aggiornamento al variare dell'organizzazione, dei requisiti di accreditamento o della normativa di riferimento.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.P.C.M. 19 maggio 1995 – Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari».
- Direttiva P.C.M. 27 gennaio 1994 – Principi sull'erogazione dei servizi pubblici.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 – Sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- Reg. (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. – Protezione dei dati personali.
- Requisiti regionali di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie residenziali.

Data di emissione	Versione	La Direzione
15.06.2026	Ver. 2.0	