

Carta dei servizi



Associazione

Comunità Terapeutica Maria Fanelli-Onlus

*Ente Ausiliario della Regione Campania con sistema di qualità certificato
conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008 Certificato n.
50 100 2524*

1. PRESENTAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE

1.1 LA NOSTRA STORIA

La storia dell'Associazione Comunità Terapeutica Maria Fanelli ha avuto origine nel 1979 nella parrocchia Maria ss.ma del Carmine di Castellammare di Stabia dove un gruppo di giovani impegnati nella ricostruzione della Chiesa Parrocchiale manifestò l'esigenza di un'apertura ai problemi del territorio. In quegli anni il problema della tossicodipendenza cominciava a rendersi sempre più visibile in città; anche in Parrocchia alcuni drogati storici cominciavano ad affacciarsi, mentre giungevano notizie dai ragazzi delle scuole che circolava ormai il fumo che coinvolgeva un gruppo sempre maggiore di utenti.

Si passò alla fase operativa nel 1980, quando la signora Maria Fanelli lasciò per testamento alla Parrocchia del Carmine una donazione in denaro. Nel 1988 l'Arcidiocesi di Sorrento-Castellammare di Stabia dotò la Parrocchia di alcuni appezzamenti di terra nel Comune di Pimonte. Con l'aiuto delle offerte di benefattori è stato possibile costruire la casa di Pimonte in Via Gesinella, 18 dove oggi ha sede la Comunità Residenziale.

L'Associazione Comunità Terapeutica per il recupero dei tossicodipendenti Maria Fanelli fu costruita, con atto notarile, il 14 maggio del 1987. Aprì il Centro di Presa in Carico, destinato all'accoglienza e all'orientamento del disagio da dipendenza, nel mese di gennaio 1988 in Castellammare di Stabia e, in seguito, l'8 maggio 1991 in Pimonte la Comunità Residenziale presso cui sono accolti i tossicodipendenti per il percorso di recupero.

L'ultima nata è la Fondazione Fanelli, sorta per sostenere le attività dell'Associazione e della Cooperativa S. Lucia finalizzata al reinserimento lavorativo dei ragazzi al termine del percorso terapeutico. Ente Morale dal 18 marzo 1999, la Fondazione ha come patrimonio i terreni in Pimonte donati dalla Diocesi e la proprietà dell'immobile presso cui è ospitata la Comunità.

Nell'estate del 1999 la Fondazione ha acquistato una palazzina su quattro livelli destinata alla creazione di un Centro per il trattamento di tutte le dipendenze patologiche.

L'Associazione è iscritta per la Comunità residenziale nell'Albo degli Enti Ausiliari della Regione Campania, dal 27 ottobre 1993.

1.2 LA MISSION

La mission dell'Associazione Maria Fanelli è legata al trattamento psicosociale delle dipendenze. Queste ultime costringono gli intellettuali, i politici, i professionisti e, non ultimi, gli operatori che se ne occupano a continue revisioni per comprendere in modo aperto e critico le persistenti accelerazioni in un "mondo" caratterizzato da vertiginosi mutamenti.

Negli ultimi decenni il numero di soggetti abusatori di sostanze stupefacenti è cresciuto in maniera preoccupante, ma ciò che preoccupa ancora di più è il cambiamento delle sostanze oggetto di abuso e degli stili di vita ad esse connessi. Con l'avvento delle droghe sintetiche è cambiato il modo di intendere i concetti di droga e di drogato e soprattutto la percezione del rischio relativo all'utilizzo delle sostanze psicoattive. Queste nuove sostanze sono droghe pulite, droghe ricreative e quindi più facilmente gestibili e controllabili. Tutto ciò fa sentire chi ne fa uso profondamente distante dal vecchio stereotipo dell'eroinomane o comunque del tossico sporco che vive per strada.

Nell'ultimo periodo la nostra attenzione si è spostata anche verso altri disturbi di addiction quali quelli relativi all'alcool, all'alimentazione (bulimia, anoressia, binge), quelli relativi al gioco d'azzardo e al gambling e quelli affettivo-relazionali. La finalità è stata quella di creare un Centro per le Dipendenze Patologiche di cui la tossicodipendenza ne rappresenta solo un aspetto.

Un altro punto fondamentale del Centro è il trattamento di pazienti in doppia diagnosi cioè pazienti che presentano una correlazione tra effetti delle sostanze d'abuso e sintomi psichiatrici. La comorbilità nei pazienti con disturbo da uso di sostanze è un tema ampiamente conosciuto da chi lavora da anni nel campo delle tossicodipendenze. Tuttavia solo recentemente il termine di doppia diagnosi è diventato una parola chiave e al centro di molti dibattiti.

Uno dei principi basilari dell'Associazione Maria Fanelli è il miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti agli utenti ed ai propri familiari e per questa finalità che nel 2002 l'Associazione ha iniziato ad operare seguendo i principi fondamentali del sistema di Gestione Qualità ottenendo per la Comunità Residenziale la certificazione ISO 9001 nel febbraio 2003.

1.3 I PRINCIPI FONDAMENTALI

I principi fondamentali ai quali si ispira l'attività dell'Associazione e che sono contenuti all'interno della presente Carta dei Servizi, coincidono con quelli stabiliti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e sono in particolare:

Eguaglianza.

L'erogazione del servizio pubblico deve essere ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti.

Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e l'accesso ai servizi pubblici devono essere uguali per tutti.

Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche.

Va garantita la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree geografiche di utenza, anche quando le stesse non siano agevolmente raggiungibili, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti.

L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali.

In particolare, i soggetti erogatori dei servizi sono tenuti ad adottare le iniziative necessarie per adeguare le modalità di prestazione del servizio alle esigenze degli utenti portatori di handicap.

Imparzialità.

I soggetti erogatori hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore.

Continuità.

L'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa regolatrice di settore, deve essere continua, regolare e senza interruzioni.

I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio devono essere espressamente regolati dalla normativa di settore.

In tali casi, i soggetti erogatori devono adottare misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

Diritto di scelta.

Ove sia consentito dalla legislazione vigente, l'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio.

Il diritto di scelta riguarda, in particolare, i servizi distribuiti sul territorio.

Partecipazione.

La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico deve essere sempre garantita, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori.

L'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano.

L'utente può produrre memorie e documenti; prospettare osservazioni; formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio.

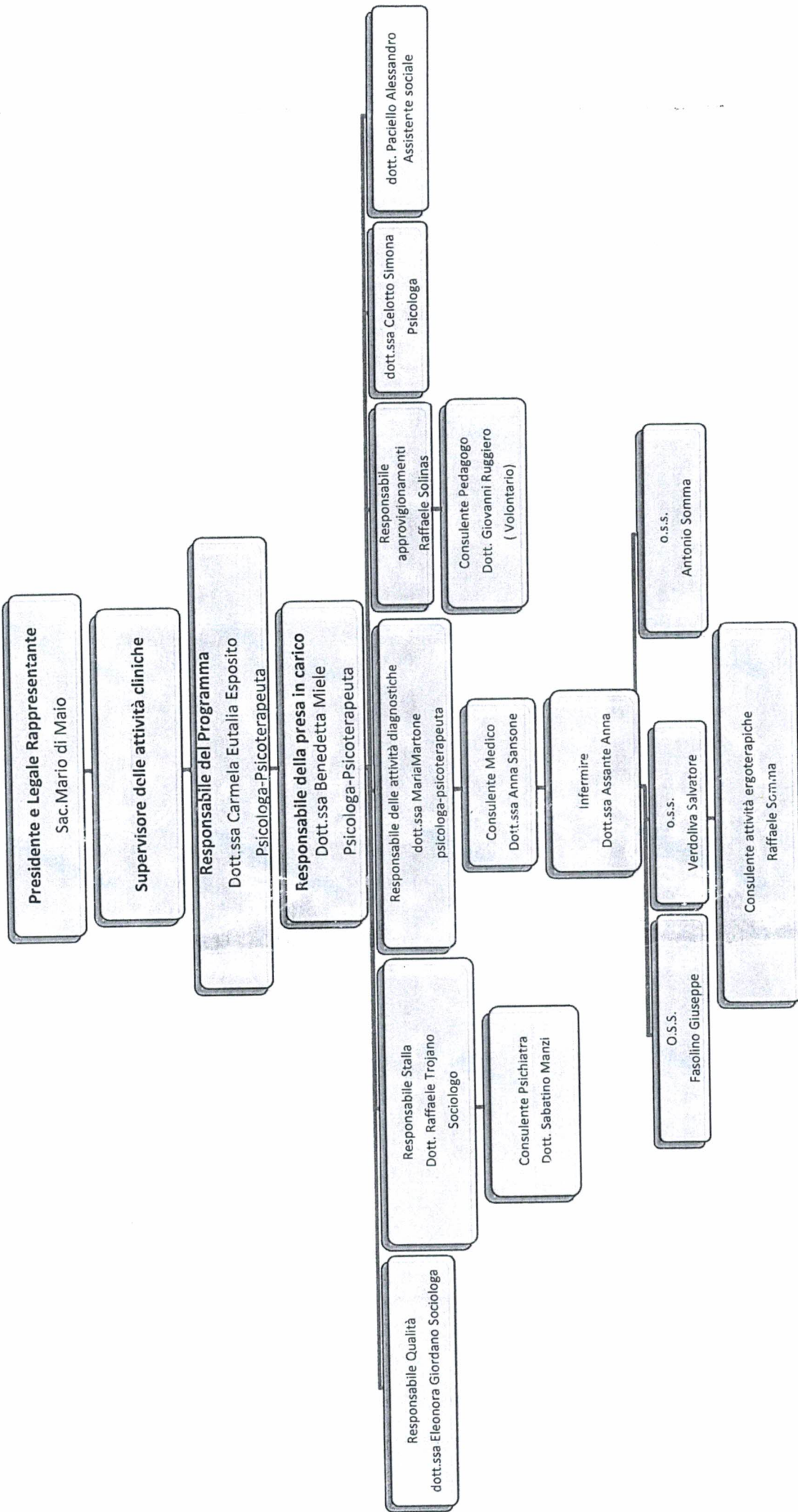
I soggetti erogatori danno immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate.

I soggetti erogatori acquisiscono periodicamente la valutazione dell'utente circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo.

Efficienza ed efficacia.

Il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia.

I soggetti erogatori adottano le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.



2. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA ED I SERVIZI FORNITI

2.2 LE ATTIVITÀ DELL'ASSOCIAZIONE

2.2.1 IL CENTRO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Centro per le Dipendenze Patologiche nasce nel 2000 nel comune di Castellammare alla via Alcide De Gasperi, 327 nella struttura del vecchio Centro di Presa in Carico. Il Centro di Presa in Carico nasce, invece, nel 1988 come filtro per l'inserimento nella Comunità Terapeutica di soggetti tossicodipendenti, quasi esclusivamente eroinomani.

Man mano che, nel tempo, si è evoluto il fenomeno e si sono modificate le abitudini drogastiche fino a stravolgere totalmente l'antica figura del tossicomane classico, anche il Centro e i suoi operatori hanno modificato orientamenti e tecniche, adattandosi alla richiesta che il cambiamento comporta.

Negli anni sono afferiti al servizio, oltre che gli eroinomani classici di età media 25-30 anni, anche le loro famiglie. Si è abbassata l'età ed è cambiata radicalmente la scelta della sostanza d'abuso. La richiesta d'aiuto si è diversificata nei modi e nelle patologie: cocainomani, assuntori di sostanze eccitanti, anfetamine, cannabis, anabolizzanti.

Percentuali significative sono divenuti i casi di *comorbidità*.

Le sostanze eccitanti si sono sostituite al sedativo classico, probabile risposta a modelli sociologici che richiedono alte prestazioni e livelli estremi di efficienza.

L'obiettivo del Centro per le Dipendenze Patologiche è quello di offrire all'utenza che vi accede risposte diversificate: psichiatrica, psicologica e sociale a tutte le forme di dipendenza patologica. Per risposta si vuole intendere la pianificazione di un trattamento rispondente ai bisogni della persona, dove la salute (equilibri bio-psico-sociale) viene tutelata indipendentemente dal desiderio di interrompere l'uso delle sostanze.

A tale scopo il Centro per le Dipendenze Patologiche è articolato nelle seguenti unità:

- 1) UNITA' DI ACCOGLIENZA;
- 2) UNITA' DI TRATTAMENTO CRAVING;
- 3) UNITA' SANITARIA;
- 4) UNITA' DI TERAPIA FAMILIARE;
- 5) UNITA' PSICODIAGNOSTICA.;

6) UNITA' DI STRADA;

Il servizio attualmente accoglie non solo dipendenti da sostanze psicotrope ma anche dipendenti da alcol, bulimia/anoressia e disordini alimentari vari, dipendenti da gambling e da gioco d'azzardo, dipendenti affettivo-relazionali, casi di comorbidità e nuclei familiari disfunzionali con paziente designato.

Il Centro per le Dipendenze Patologiche, così come il Centro di Presa in Carico, opera in collaborazione con i Ser.T di competenza, il medico di base, i servizi sociali.

Nel 2004 è stato finanziato dal fondo "Lotta alla droga" un progetto che prevedeva una ricerca-azione sulle dipendenze patologiche. La ricerca si è svolta da settembre 2004 a settembre 2005 coinvolgendo, oltre i partner del progetto (Cooperativa Primavera e Fondazione O.I.E.R.MO), gli Istituti di Istruzione Secondaria Superiore di Gagnano e Castellammare di Stabia. La ricerca ha avuto come obiettivo il misurare la dipendenza/autonomia degli adolescenti delle prime e seconde classi delle Superiori.

2.2.2 LA COMUNITÀ RESIDENZIALE

Ha sede nel comune di Pimonte alla via Gesinella, 18 in una struttura di nuova costruzione e può ospitare fino a trenta ragazzi.

Una volta inserito in Comunità, il ragazzo segue un programma di cambiamento, di ricerca di quei valori svaniti dall'uso prolungato delle sostanze e dal tipo di vita che ne consegue. Impara il rispetto di sé e il rapportarsi agli altri in maniera matura e positiva rispondendo alle sollecitazioni che gli provengono dalla vita in comune.

Le attività principali della Comunità sono: l'ergoterapia, la psicoterapia, le assemblee socioterapiche, i gruppi di confronto, il gruppo pedagogico, i colloqui di sostegno individuale, attività di formazione/professionalizzanti.

L'ergoterapia è strutturata in modo da aiutare il ragazzo a fare un'esperienza attraverso la quale recuperare la propria capacità di fare, la propria creatività, il proprio senso di responsabilità.

Il lavoro viene vissuto come uno strumento per la scoperta di sé, dei propri limiti e delle proprie capacità.

Fin dall'inizio le attività vengono pianificate a secondo dei bisogni del ragazzo e presentate dando un senso all'attività, stimolando la partecipazione attiva. Inizialmente il ragazzo viene inserito in lavori di gruppo, dove viene aiutato dai ragazzi più avanti nel programma ad esercitarsi nella capacità di eseguire il compito con continuità e costanza prestando attenzione alle proprie difficoltà di adattamento e

alle relazioni che stabilisce. In seguito, verso il sesto mese, egli diventa responsabile di un settore lavorativo ed ha compiti gestionali: es. la dispensa, la cucina, la muratura, la stalla ecc. verso la terza fase egli diventa supervisore ed ha il compito di pianificare, organizzare e gestire, insieme all'operatore le varie attività, inoltre si assume le responsabilità sia del gruppo dei compagni che dell'andamento delle attività.

La psicoterapia è un'attività con cadenza bisettimanale ed è svolta in gruppo con la metodica del modello Analitico Transazionale. Obiettivo di questa attività è quello di promuovere il cambiamento della persona attraverso un processo di consapevolezza delle proprie decisioni copionali perdenti e la sostituzione con altre che rispondono ai bisogni di autonomia, consapevolezza e relazioni autentiche.

Il gruppo di confronto si pone come obiettivo l'esercizio della capacità di rapportarsi alla realtà e agli altri in modo congruo sia ai propri bisogni che a quelli degli altri. Il gruppo di confronto è coordinato da un operatore e vi partecipano tutti i ragazzi in programma.

L'assemblea socioterapica ha una cadenza mensile ed è il momento di incontro alla pari tra staff e ragazzi. L'oggetto di riflessione delle assemblee socioterapiche è il setting comunitario e la sua strutturazione temporale; pertanto i contenuti delle assemblee sono: la verifica delle procedure e delle attività; la presentazione di eventuali nuove proposte e la programmazione. L'assemblea mensile è preceduta da preassemblee settimanali in cui si individuano le problematiche e gli argomenti da trattare.

I colloqui sono degli spazi individuali e hanno la funzione di supportare il ragazzo nel processo comunitario. All'interno dei colloqui il ragazzo impara a parlare di sé e a decodificare i propri bisogni nel qui ed ora, a verificarsi e ad elaborare strategie per evitare agiti comportamentali distruttivi. Vengono svolti su richiesta e sono tenuti da un operatore scelto dal ragazzo stesso.

Il gruppo pedagogico si propone di rafforzare l'appartenenza alla Comunità, attraverso il discutere insieme, creando ascolto e aiutandosi reciprocamente ad accettarsi. Attraverso la discussione il gruppo guida i singoli alla scoperta di se stessi, ad avere fiducia nelle proprie capacità sconfiggendo la dimensione distruttiva spesso presente nei suoi membri portandoli alla scoperta del mistero della vita e dell'impegno nella vita.

Il ragazzo in Comunità segue un Programma strutturato in tre fasi di durata diversa a seconda del modulo nel quale viene inserito, tutte precedute da un primo periodo di orientamento.

Durante il periodo di orientamento il ragazzo viene affidato ad un operatore (case manager) che ne osserva il comportamento e attraverso colloqui quotidiani, lo aiuta ad inserirsi nel processo comunitario e ad esplorare la propria motivazione al cambiamento. Obiettivo di questa fase è quello di conoscersi a vicenda, capire il

processo comunitario. stabilire un'alleanza. Dopo questo primo periodo di orientamento, il ragazzo inoltra all'equipe la richiesta di intraprendere il cammino comunitario. Con la risposta positiva dell'equipe entra nella prima fase del percorso terapeutico. In questa fase viene inserito nei gruppi di psicoterapia e nelle attività di ergoterapia con l'affidamento di compiti guidati. L'obiettivo di questa fase è quello di promuovere l'adattamento positivo alla realtà e il raggiungimento di cambiamenti di tipo comportamentali. Per adattamento positivo intendiamo un processo all'interno del quale il ragazzo recupera la possibilità di gestire i propri comportamenti e le proprie emozioni da lucido.

Il passaggio alla seconda fase avviene previa richiesta del ragazzo e approvazione da parte dell'equipe. Nella seconda fase il ragazzo inizia a muoversi da solo, la Comunità è sentita come una famiglia, il lavoro non come costrizione ma come impegno e guarda all'esterno in un'ottica di positività. In tale fase c'è l'affidamento di responsabilità all'interno dei vari settori e delle attività comunitarie, in questo periodo è prevista la prima verifica a casa; il ragazzo ogni due mesi esce dalla comunità e comincia a sperimentare il proprio cammino terapeutico.

L'ultima fase, la terza è strutturata, come le altre, in un arco di tempo di sei mesi. Il ragazzo, in questo periodo, assume il ruolo di supervisore delle varie attività comunitarie. Viene inserito in un ruolo di responsabilità sia nei confronti delle attività o delle cose, sia nei confronti dei propri compagni. Inoltre è prevista la permanenza per quattro giorni a casa, dove prepara il suo graduale reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

2.2 LA POLITICA DELLA QUALITÀ

Il Presidente dell'ASSOCIAZIONE ha individuato nel Sistema di Gestione per la Qualità e nel suo continuo miglioramento la leva strategica per l'efficacia delle attività di recupero dalle dipendenze patologiche. La mission dell'ASSOCIAZIONE è l'impegno a favore dei problemi connessi all'utilizzo di sostanze che inducono dipendenze patologiche. Punto nodale di questo nostro impegno è il pieno coinvolgimento di tutti coloro che direttamente (personale interno, fornitori) ed indirettamente sono fatti partecipi della mission. In particolare viene privilegiato un rapporto di massima umanizzazione tra l'equipe degli operatori e gli accolti.

Pertanto la Presidenza dell'ASSOCIAZIONE si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- ☞ fornire un servizio conforme ai requisiti prescritti dalla norma ISO 9001/2008 nell'ottica del miglioramento continuo dell'efficacia del SGQ e della legislazione nazionale e regionale applicabile;

- ⇒ sensibilizzare le risorse umane sull'importanza della soddisfazione degli accolti quale elemento distintivo della nostra ASSOCIAZIONE e condividere con tutto il personale gli obiettivi per la qualità ed i risultati raggiunti;
- ⇒ mantenere attivo un sistema organizzativo che assicuri il monitoraggio costante delle prestazioni mediante controlli di qualità interni ed attraverso la partecipazione a programmi di Verifica Esterna della Qualità;
- ⇒ prevenire le non Conformità che possono causare disservizi agli accolti;
- ⇒ rilevare ed esaminare cause delle non conformità occorse ad attuare idonee azioni correttive;
- ⇒ garantire l'efficienza delle strutture e quando necessario il loro rinnovo;
- ⇒ mantenere aggiornato il personale;
- ⇒ aggiornare periodicamente il Programma Terapeutico in funzione della misurazione dei tassi di efficacia e di efficienza definiti;
- ⇒ misurare periodicamente la soddisfazione degli accolti considerando le informazioni quali impulsi per avviare programmi di miglioramento delle attività svolte.

L'efficacia della realizzazione della Politica della Qualità è assicurata definendo con estrema chiarezza le responsabilità assegnate; particolare attenzione viene posta alla prevenzione, l'identificazione, registrazione e la correzione di qualsiasi Non Conformità.

Il Sistema Qualità implementato coerentemente alla norma ISO 9001:2008, promuove un approccio per processi nello sviluppo, attuazione e miglioramento del sistema di gestione per la qualità al fine di garantire un livello sempre più elevato di efficienza e regolarità dei servizi erogati. Nel corso dei Riesami del Sistema da parte del Presidente saranno fissati specifici obiettivi di periodo per la Qualità e, lo sviluppo e il raggiungimento, saranno discussi durante i successivi Riesami e regolarmente comunicati a tutte le risorse.

3. STANDARD DI QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI

3.1 ELEMENTI INTRODUTTIVI

Si chiarisce di seguito il significato dei termini:

- fattori di qualità,
- indicatori di qualità,
- standard di qualità.

I **fattori di qualità** di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la percezione delle

qualità del servizio da parte dell'utente, che fa l'esperienza concreta di quel servizio. Essi possono essere aspetti oggettivi (qualitativi o quantitativi) o soggettivi, rilevabili cioè solo attraverso la raccolta della percezione dell'utenza.

Gli **indicatori della qualità** sono variabili quantitative o parametri qualitativi, che registrano un certo fenomeno ritenuto "indicativo" di un fattore di qualità.

Uno **standard di qualità** è un valore atteso per un certo indicatore: essi si suddividono tra standard generali e specifici.

I primi rappresentano gli obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese e sono espressi in genere da valori medi statistici degli indicatori; i secondi si riferiscono invece a ciascuna delle singole prestazioni rese all'utente, che può verificarne direttamente il rispetto e sono espressi in genere da una soglia massima o minima relativa ai valori che l'indicatore può assumere.

3.2 GLI STANDARD DI QUALITÀ DELL'ENTE

Nella tabella seguente si riportano i fattori, gli indicatori, gli standard di qualità individuati dall'Associazione Maria Fanelli e le funzioni responsabili che devono garantirli:

TABELLA PERCORSI TERAPEUTICI ATTIVATI NEL 2017

Processo	Fattori di qualità	Indicatori di qualità	Standard di qualità
Presa in Carico	Ingresso in comunità rispetto ai contatti	Numero contatti / Numero di ingressi	122 contatti / 48 ingressi → 39,34%
Programma terapeutico	Capacità di ritenzione Orientamento 1° Fase 2° Fase 3° Fase	% di uscite per fase	Orientamento 8.33% Prima fase 33,33 % Seconda Fase 16.66% Terza fase 8.33%
	Ingresso in Comunità / Fine Programma • Utente ancora in trattamento	N° ingressi in Comunità / n° Fine Programma • N° 1	48 inserimento /15 fine programma → 31,25% • 2,08 %

TABELLA PERCORSI TERAPEUTICI ATTIVATI NEL 2018

Processo	Fattori di qualità	Indicatori di qualità	Standard di qualità
Presa in Carico	Ingresso in comunità rispetto ai contatti	Numero contatti / Numero di ingressi	119 contatti / 47 ingressi → 39.4%
Programma terapeutico	Capacità di ritenzione Orientamento	% di uscite per fase	Orientamento 12,7%

	1° Fase 2° Fase 3° Fase		Prima fase 46,8% Seconda Fase 4,2% Terza fase 6,3%
	Ingresso in Comunità / Fine Programma • Utente ancora in trattamento : n° 5	N° ingressi in Comunità / n° Fine Programma	Inserimento / fine programma 47 ingressi / 7 fine programma → 14,8% • Utente ancora in trattamento 10,6 %

TABELLA PERCORSI TERAPEUTICI ATTIVATI NEL 2019

Processo	Fattori di qualità	Indicatori di qualità	Standard di qualità
Presenza in Carico	Ingresso in comunità rispetto ai contatti	Numero contatti / Numero di ingressi	120 contatti / 54 ingressi → 45%
Programma terapeutico	Capacità di ritenzione Orientamento 1° Fase 2° Fase 3° Fase	% di uscite per fase	Orientamento 12,7% Prima fase 46,8% Seconda Fase 4,2% Terza fase 6,3%
	Ingresso in Comunità / Fine Programma • Utente ancora in trattamento : n° 5	N° ingressi in Comunità / n° Fine Programma	Inserimento / fine programma 47 ingressi / 7 fine programma → 14,8% • Utente ancora in trattamento 10,6 %

Gli standard di qualità sono continuamente rilevati mediante uno strumento predisposto da RGQ e precisamente:

- **Questionario di soddisfazione per gli utenti**, per valutare il grado di soddisfazione degli utenti che usufruiscono dei servizi offerti dall'Associazione;

Il documento suddetto viene elaborato dal Responsabile del Sistema Qualità e i risultati sono consultati almeno una volta all'anno dal Presidente durante l'attività di Riesame del Sistema Qualità, così come definito nella Sezione 05 del Manuale della Qualità.

In quella sede è suo compito verificare eventuali scostamenti tra gli standard di qualità dichiarati nella tabella precedente e quelli effettivamente rilevati, attivando, qualora lo ritenesse necessario, azioni correttive e preventive mirate a migliorare il grado di soddisfazione espresso dagli utenti.

Inoltre PR, in collaborazione con le funzioni responsabili dell'Ente, può decidere di stilare un piano di miglioramento degli standard di qualità, qualora ritenga che si siano verificate le opportune condizioni.

4. MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

4.1 PROCEDURA DI RECLAMO

L'Associazione. garantisce la funzione di tutela nei confronti degli utenti anche attraverso la possibilità per quest'ultimo di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità del servizio.

In particolare l'utente deve rivolgersi alla dott.ssa Eleonora Giordano (in qualità di Responsabile del Sistema di Gestione per la qualità), che registra il reclamo verbale sul modulo **MR023 Modulo Reclami scritti**, così come previsto dalla procedura aziendale *PQ008, Gestione della non conformità*.

La dott.ssa Giordano provvede a dare immediata risposta all'utente per le segnalazioni ed i reclami che si presentano di rapida soluzione, predisponendo contemporaneamente le opportune azioni correttive e preventive, mirate ad eliminare le cause che hanno prodotto il disservizio.

I reclami sono esaminati annualmente dal Presidente in sede di Riesame del Sistema Qualità al fine di determinare opportuni piani di miglioramento, documentati sul modulo RSQ021 "Riesame del Sistema qualità".

In alternativa l'utente ha la facoltà di sporgere reclamo per iscritto, utilizzando il **Modulo Reclami Scritti, MRS023**, (cfr. *PQ008, Gestione della non conformità*) messo a disposizione di tutti gli utenti presso l'ufficio della segreteria dell'Associazione.

RGQ esamina periodicamente i moduli MRS023, attivando eventualmente un'azione correttiva, così come previsto dalla procedura *PQ008, Gestione della non conformità*.

RGQ analizza il reclamo dell'allievo ed una volta intrapresa l'azione correttiva, eventualmente in collaborazione con PR, provvede, non oltre trenta giorni dalla presentazione del reclamo, ad informare l'utente delle azioni intraprese ed i tempi previsti per la rimozione della non conformità e delle cause che la hanno generata.

VERIFICA DEGLI IMPEGNI

L'Associazione garantisce la verifica dell'attuazione degli standard attraverso l'attività di Riesame del Sistema Qualità, condotta da PR durante la quale esamina tutta la documentazione utile per verificare il soddisfacimento degli obiettivi e degli standard di qualità e cioè:

- obiettivi della politica della qualità,
- risultati delle verifiche ispettive interne sul Sistema Qualità,
- risultati delle verifiche ispettive da parte dell'ente di certificazione,
- rapporti di non conformità,
- azioni correttive e preventive,
- strumenti di monitoraggio degli standard di qualità
- questionari informativi,
- reclami degli utenti scritti e verbali.

5. GLI ORARI APERTI AL PUBBLICO :

- **COMUNITÀ RESIDENZIALE** sita in Pimonte alla via Gesinella, 18
tel.081/8749228 aperta tutti i giorni 24 ore su 24;
- **CENTRO DI PRESA IN CARICO E CENTRO PER LE DIPENDENZE
PATOLOGICHE** sito in Castellammare di Stabia alla via A.De
Gasperi, 327 tel.081/5391756 aperto dal lunedì al venerdì dalle 9.00
alle 20.30 **TEMPI MASSIMI DI ATTESA**

In riferimento al Piano regionale di Contenimento delle Liste d'Attesa, i servizi di terapia riabilitativa per dipendenze dipendono direttamente dai servizi tossicodipendenze delle rispettive ASL (SERT). Nel caso di indisponibilità di posti, si provvede previa valutazione del fine programma previsti, ad instaurare un percorso di accompagnamento dell'utente di concerto con il SERT in attesa dell'ingresso. Sulla base dei dati storici il tempo massimo di attesa è di 30 giorni.

6. TUTELA DELLA PRIVACY

Il Servizio si impegna a garantire il rispetto della riservatezza delle informazioni personali raccolte sia tramite documentazione che durante colloqui. Ogni operatore è tenuto a non divulgare informazioni sugli utenti e a conservare in luoghi riservati i moduli e le cartelle personali.