

I N D I C E

1.	SCOPO	2
2.	RIFERIMENTI.....	2
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
4.	LISTA DI DISTRIBUZIONE	2
5.	ANALISI DEI RISCHI E OPPORTUNITA'	2
6.	RESPONSABILITA'	3
7.	ATTIVITA'	3
7.1	RAPPORTI CON ENTI PUBBLICI STATALI, REGIONALI E LOCALI.....	5
7.2	RAPPORTI CON L'ASSESSORATO REGIONALE ALLA SALUTE.....	5
7.3	RAPPORTI CON L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE.....	6
7.3.1.	<i>Il MMG coinvolto nel percorso assistenziale</i>	7
7.4	RAPPORTI CON I CITTADINI UTENTI E CON IL CAREGIVER.....	9
7.4.1	<i>La centrale operativa: punto di snodo delle integrazioni</i>	9
7.4.2	<i>Carta dei Servizi</i>	10
7.4.3	<i>Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)</i>	11
7.4.4	<i>Trattazione dei reclami</i>	11
7.5	RAPPORTI CON I FORNITORI	11
7.6	RAPPORTI CON ASSOCIAZIONI ED ENTI DI TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI.....	12
7.7	ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI.....	12
8.	ALLEGATI	12

Rev.	Data	MOTIVO DELLA REVISIONE	EMESSO DA	VERIFICATO DA	APPROVATO DA
00	18.09.17	Adeguamento alla norma ISO 9001:2015	DS-DA	RQ	PR
01	21.02.22	Aggiornamento generale	DS-DA	RQ	PR

1. SCOPO

La presente procedura definisce le responsabilità, le modalità e gli strumenti mediante i quali deve essere stabilito e mantenuto il rapporto con tutte le parti interessate, così come individuate e definite nell'All. n.1 *Analisi del contesto*.

2. RIFERIMENTI

- Decreto Legislativo 4.12.1997 n.460. Disposizioni riguardanti le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS)
- D.A. n 1543 del 2/7/2008 la “Nuova caratterizzazione dell’assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”
- Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”
- DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l’autorizzazione all’esercizio e per l’accreditamento del soggetto deputato al governo dell’accesso alle cure domiciliari
- Norma ISO 9001:2015 punto 8.2.1.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica allo svolgimento di tutte le attività che hanno impatto sulle esigenze ed aspettative di tutte le parti interessate alla attività istituzionale della SISIFO.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

1. Presidente
2. Direttore Sanitario
3. Direttore Operativo
4. Direttore Amministrativo
5. Responsabile Qualità Accreditamento

5. ANALISI DEI RISCHI E OPPORTUNITA’

Le attività per l’individuazione dei rischi e delle opportunità e la definizione delle conseguenti misure di prevenzione legate ai processi di gestione dei rapporti con le Parti Interessate sono riportate nell’allegato 1 alla presente procedura.

6. RESPONSABILITA'

Nella tabella seguente sono riepilogate le responsabilità delle funzioni aziendali coinvolte nell'applicazione dei contenuti della presente procedura.

<i>Funzioni aziendali</i>	<i>Responsabilità</i>
Presidente	Sottoscrizione accordi contrattuali con il SSR Approvazione della carta dei servizi Reporting al CdA ed alla Assemblea dei Soci
Direttore Sanitario	Gestione dei rapporti con ASP e Assessorato alla Salute Gestione dei rapporti con Enti e Organismi di sorveglianza Gestione dei rapporti con Associazioni di volontariato Medici di Medicina Generale
Direttore Operativo	Gestione del Personale
Direttore Amministrativo	Gestione dei rapporti con i fornitori
Responsabili del Coordinamento Sanitario	Definizione dei requisiti per l'assistenza a pazienti e familiari Pianificazione ed attuazione degli interventi domiciliari
Responsabile Qualità e Accreditamento	Attività di supporto alla gestione dei rapporti Rilevazione della customer satisfaction e redazione dei report Gestione dei reclami
Pianificatore / Case Manager	Coordinamento e gestione operativa dell'assistenza a pazienti e familiari Pianificazione ed attuazione degli interventi domiciliari Coordinamento risorse interne e stakeholder esterni

7. ATTIVITA'

SISIFO ha attuato per l'erogazione dell'assistenza una forte integrazione socio sanitaria.

L'integrazione socio sanitaria in Sicilia ha avuto il suo inizio con la legge regionale 22/86, legge di riforma dei servizi socio assistenziali, la quale prevedeva la piena integrazione tra ASP e COMUNI nella gestione degli utenti immessi nella rete dei servizi socio-sanitari.

Le ASP in particolare con i progetti sperimentali "ADI", partiti nel 1999 (Decreto Aprea), hanno iniziato di fatto le cure domiciliari sanitarie nelle varie tipologie assistenziali i cui

risultati, fatta eccezione per alcune realtà, non hanno consentito una crescita omogenea sul tutto il territorio siciliano.

Con l'avvento della legge 328/2000 e l'attivazione dei piani di zona, si è aperto un nuovo scenario sull'integrazione socio-sanitaria che ha portato tutti gli attori della rete a rivedere programmi, strategie e risorse in un'ottica di collaborazione e di integrazione nella gestione dei servizi territoriali rivolti ai cittadini.

Nella mappa delle risorse territoriali oltre a quelle Istituzionali (Comuni, Province, ASP), un ruolo fondamentale è svolto dagli organismi no-profit e specificatamente dalla cooperazione sociale.

Negli ultimi trent'anni lo sviluppo della cooperazione sociale in Sicilia ha consentito la creazione di una rete capillare di organizzazioni che gestiscono i servizi territoriali rivolti alla persona sia in campo socio assistenziale che socio-sanitario.

La capacità organizzativa ed imprenditoriale della cooperazione sociale ha sviluppato importanti sinergie pubblico-privato in grado di progettare, organizzare e gestire i servizi socio-sanitari con risultati evidenti in termini di qualità, efficacia ed efficienza con costi per la comunità ampiamente sostenibili. La rete socio assistenziale di SISIFO ONLUS.

I nodi della rete socio assistenziale in cui al centro si trova lo sportello unico socio assistenziale (ASP e il COMUNE DI RESIDENZA) che accoglie l'utenza e lo orienta all'interno della rete stessa sono:

- centri di assistenza riabilitativa
- centri residenziali
- ospedali e case di cura private
- assistenza farmaceutica
- assistenza specialistica
- assistenza integrativa e protesica
- assistenza abitativa
- assistenza economica
- assistenza domiciliare di cure palliative
- assistenza domiciliare di base
- assistenza domiciliare integrata
- MMG/PLS
- Hospice

7.1 Rapporti con Enti pubblici statali, regionali e locali

I rapporti con gli Enti Pubblici ai quali compete il rilascio di licenze, autorizzazioni e permessi necessari per lo svolgimento delle attività aziendali, la sorveglianza su specifiche tematiche connesse con l'erogazione dei servizi e la concessione di finanziamenti e contributi a vario titolo sono di competenza del Presidente del CdA che si avvale del supporto del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo; quando necessario può avvalersi di consulenze esterne, nel qual caso il rapporto di consulenza dovrà essere formalizzato.

Ai sopralluoghi ed alle verifiche condotte dai diversi Organismi preposti alla vigilanza e controllo presenzieranno il Direttore Sanitario, il Responsabile Qualità e Accredimento ed il Responsabile del settore oggetto di verifica, secondo le attribuzioni di responsabilità stabilite nell'organigramma; in caso di assenza o impedimento di un Responsabile dovrà essere designato un sostituto, al quale sarà rilasciata apposita delega formalizzata.

Anche se per quanto riguarda le modalità di gestione dell'assistenza i principali riferimenti istituzionali sono il Comune e l'ASP di riferimento come già evidenziato prima.

Dovrà, comunque, essere sempre garantita la presenza contemporanea di almeno due dipendenti della SISIFO per l'intera durata del sopralluogo o verifica ispettiva.

7.2 Rapporti con l'Assessorato Regionale alla Salute

La definizione dei rapporti con l'Assessorato Regionale alla Salute per l'accreditamento istituzionale e per la sottoscrizione dell'atto di convenzione compete al Presidente del CdA, con il supporto del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

E' compito del Responsabile Qualità e Accredimento verificare che sia costantemente mantenuto il possesso dei requisiti strutturali, organizzativi generali e specifici previsti per l'accreditamento istituzionale (DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento del soggetto deputato al governo dell'accesso alle cure domiciliari) provvedendo, ove necessario, alle opportune segnalazioni alla Presidenza, anche attraverso la formalizzazione di non conformità, come previsto dalla apposita procedura.

Ai sopralluoghi ed alle verifiche condotte dagli Organismi facenti capo all'Assessorato presenzieranno il Direttore Sanitario, il Responsabile Qualità e Accredimento ed il responsabile del settore oggetto di verifica; in caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario dovrà essere designato un sostituto, al quale sarà rilasciata apposita delega formalizzata. Dovrà, comunque, essere sempre garantita la presenza contemporanea di almeno due dipendenti della SISIFO per l'intera durata del sopralluogo o verifica ispettiva.

7.3 Rapporti con l'Azienda Sanitaria Provinciale

E' compito congiunto del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo assicurare l'adempimento degli obblighi contrattuali con l'ASP di riferimento.

La comunicazione con la ASP è immediata e continua grazie anche ad un sistema di comunicazione integrato ossia un software di gestione delle Cure domiciliari.

Questa modalità costituisce uno strumento di lavoro sia nella programmazione che nella fase operativa, per assumere decisioni di natura assistenziale, rivedere periodicamente le procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e bisogni alla luce dei risultati ottenuti.

L'ente esecutore assume inoltre l'obbligo della trasmissione periodica al competente servizio della ASL delle informazioni necessarie al monitoraggio continuo dell'andamento dell'assistenza (vedi paragrafo sul debito informativo).

La conclusione dell'intervento si compie con il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la conseguente dimissione o il passaggio ad altro livello assistenziale o con la morte del malato.

La dimissione è autorizzata dall'UVG in seguito alla rivalutazione clinica e sociale delle condizioni del paziente, attraverso il confronto con l'Ente erogatore che ha avuto in carico il paziente stesso.

Nel caso di malati inguaribili, la morte può essere preparata nella fase di assistenza tramite l'accompagnamento della famiglia al lutto.

Nella attività quotidiana il fulcro della organizzazione è costituito quindi dal software che raccoglie e smista tutte le informazioni relative alla organizzazione dell'assistenza.

E' proprio l'informatica ad avere consentito quella simultaneità di trasmissione di notizie fra soggetti fra loro distanti che costituisce la peculiarità della organizzazione.

E' un sistema modulare web-based che è finalizzato a rispondere alle esigenze che possono avere i vari soggetti che a vario titolo partecipano appunto al processo di assistenza domiciliare per quanto attiene i processi di comunicazione formalizzata, di informazione, di programmazione, gestione e rendicontazione delle attività oltre che di verifica di qualità dei servizi e di archiviazione della documentazione sanitaria ed amministrativa e di tutte le informazioni connesse all'assistenza.

Il sistema di comunicazione con l'ASP è immediato ed avviene tramite 6 moduli di attività con cui è stata schematizzata tutta l'attività di assistenza domiciliare:

- 1) VALUTAZIONE PAZIENTI
- 2) INSERIMENTO / ACQUISIZIONE PAI

- 3) PIANIFICAZIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALI 4) RILEVAZIONE ACCESSI DOMICILIARI (in remoto) e CONTROLLO GESTIONALE
- 4) RENDICONTAZIONE
- 5) NOTE CLINICO ASSISTENZIALI

La pagina di accesso al sistema informatico si trova sul web e tale pagina di ingresso fornisce accesso ai vari sistemi informatici utilizzati nei servizi ADI dalla cooperativa nelle diverse ASP territoriali.

L'accesso è possibile inserendo delle credenziali e selezionando il sistema cui si vuole avere accesso.

Il sistema prevede la possibilità di un accesso sicuro e differenziato da parte di ASP Medici di Medicina Generali, Cooperativa OSA, Operatori della Cooperativa; assistiti ed altri soggetti che si intendesse coinvolgere nel sistema.

Sulla base delle proprie credenziali, è possibile avere accesso a selezionati gruppi di informazioni e, se autorizzati, all'inserimento dei dati nel sistema.

Il sistema dispone anche di un Forum accessibile, ai soggetti abilitati, anche via Tablet PC.

E' possibile anche prevedere l'inoltro di email automaticamente generate dal sistema ad esito delle valutazioni da indirizzare ai vari soggetti che possono essere utilmente coinvolti nel processo di valutazione e la archiviazione di tali email e delle relative risposte. Il sistema consente inoltre di inserire all'interno in questo sistema tutte le indicazioni utili alla creazione in automatico dei flussi informativi sulla Assistenza Domiciliare richiesti alle ASL dal Ministero della Salute (SIAD) che mensilmente e puntualmente vengono trasmessi.

I rapporti con i Distretti saranno garantiti dalla segreteria di collegamento che manterrà un canale di comunicazione permanente con i referenti Distrettuali dell'ADI indicati dall'ASP di Palermo, recandosi periodicamente presso le sedi Distrettuali per la discussione sui casi e per risolvere le problematiche inerenti il servizio.

Mentre alle verifiche eventuali verifiche condotte dagli Organismi facenti capo all'ASP presenzieranno il Direttore Sanitario, il Responsabile Qualità e Accreditamento ed i Coordinatori Sanitari; in caso di assenza o impedimento dovrà essere designato un sostituto, al quale sarà rilasciata apposita delega formalizzata.

Dovrà, comunque, essere sempre garantita la presenza contemporanea di almeno due dipendenti per l'intera durata della verifica ispettiva.

7.3.1. Il MMG coinvolto nel percorso assistenziale

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di

aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale é accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- cure domiciliari di livello base
- cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello
- cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello
- cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello

In tutti questi profili assistenziali è sempre mantenuto il ruolo del medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia che collaborerà con gli operatori SISIFO per attuare il «Progetto di assistenza individuale».

Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

Tab. n.1 Responsabilità e ruolo del MMG

Livello di assistenza	Coinvolgimento del MMG	Ruolo e funzione del MMG
cure domiciliari di livello base	SI	
cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello	SI	La figura del MMG/PLS è centrale e assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura
cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello	SI	La figura del MMG/PLS è inserita nell'UVM a pari titolo degli altri componenti dell'Unità di Valutazione Multidimensionale
cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello	SI	La figura del MMG/PLS è inserita nell'UVM a pari titolo degli altri componenti dell'Unità di Valutazione Multidimensionale

7.4 Rapporti con i cittadini utenti e con il caregiver

Obiettivo principale è la realizzazione di un sistema integrato di risposte sanitarie e socio assistenziali che valorizzi la centralità dell'assistito e dei suoi bisogni. Ciò si realizza con la modulazione dell'erogazione delle prestazioni di assistenza sulla base delle specifiche esigenze degli utenti, attraverso un modello di risposta fondato sulla qualità e flessibilità degli interventi.

Eventuali servizi e/o prestazioni aggiuntive possono essere offerti dall'Associazione, senza oneri a carico dell'ASP, previa autorizzazione formale della stessa.

Le responsabilità e le modalità gestione dei rapporti, con particolare riguardo all'obbligo di informazione ed educazione dei pazienti e dei familiari, sono dettagliate nella procedura PG.8.5-02 *Gestione del processo assistenziale* e nella Procedura PG.8.5_01 *Accesso alle prestazioni e continuità assistenziale*.

Nell'erogazione delle prestazioni i Medici e gli Infermieri si atterrano ai codici di deontologia dei rispettivi Ordini professionali ed alle indicazioni contenute nel *codice etico* della SISIFO, evitando in ogni caso di prescrivere e praticare prestazioni non necessarie ed applicando sempre e comunque il principio del consenso informato.

7.4.1 La centrale operativa: punto di snodo delle integrazioni

La Centrale Operativa costituisce il fulcro organizzativo dei servizi oggetto dell'appalto. Presso la Centrale Operativa sarà possibile accedere al software integrato di gestione del processo di cure domiciliari e consultare in tempo reale i dati acquisiti e registrati dagli operatori a domicilio dei pazienti. tramite accessi remoti autorizzati sarà possibile al personale ASP accreditato, accedere alle stesse informazioni, al fine di monitorare costantemente l'andamento del servizio.

Nello stesso modo è possibile comunicare con i pazienti per via telefonica e consultare i dati rilevati e trasmessi dalle periferiche in dotazione agli operatori.

La Centrale Operativa è presidiata nelle ore diurne da personale dedicato e da essa sarà possibile attivare la reperibilità infermieristica.

La Centrale è inoltre il luogo presso il quale si effettueranno le riunioni di équipe periodiche.

La Centrale Operativa è a disposizione degli operatori del Distretto, degli operatori sul territorio e dei familiari (o caregiver) dalle ore 8,00 alle 20,00 dal lunedì al venerdì. I

l sabato dalle 8 alle 14. Il servizio sarà inoltre accessibile telefonicamente 24/24 ore.

Il servizio organizzativo è telefonicamente accessibile ed attivo 365 giorni l'anno.

7.4.2 Carta dei Servizi

La redazione della carta dei Servizi è curata dalle Direzioni Sanitarie con il supporto del Responsabile Qualità e sottoposta a verifica ed approvazione da parte del Presidente. Nella redazione del documento si terrà conto:

- a) dei requisiti strutturali e organizzativi previsti dalle leggi nazionali e regionali
- b) delle risorse disponibili per la realizzazione ed erogazione dei servizi;
- c) del grado di qualità percepita dai cittadini utenti, quale risulta dai sondaggi sistematicamente effettuati attraverso appositi questionari.

Il documento deve illustrare, in modo comprensibile a tutti i cittadini utenti:

- a) la missione la politica della qualità della SISIFO
- b) i servizi offerti;
- c) i criteri e le modalità per l'accesso;
- d) l'ambito territoriale di intervento;
- e) le modalità per l'attivazione dei servizi;
- f) le modalità di comunicazione con il personale sanitario ed amministrativo;
- g) i parametri e gli standard utilizzati per la misurazione della qualità erogata;
- h) la metodologia per la loro rilevazione;
- i) i diritti ed i doveri dei pazienti e dei loro familiari;
- j) gli organismi di tutela del paziente;
- k) i controlli previsti sulla erogazione dei servizi.

Per assicurare una corretta ed ampia informazione a tutti i cittadini, la Carta dei Servizi sarà stampata in numero di copie sufficienti a consentirne la distribuzione a tutti i cittadini che utilizzano i servizi della SISIFO ed a quanti ne facciano richiesta alla Segreteria dell'Associazione. Il Personale addetto all'accoglienza ed il Personale infermieristico avranno cura di chiedere ai pazienti ed ai familiari se hanno preso visione del documento, invitandoli, in caso contrario, a farlo.

La carta dei servizi, inoltre, dovrà essere pubblicata in versione aggiornata sul sito web aziendale.

L'aggiornamento della Carta dei Servizi avverrà ogni qualvolta si renda necessario per effetto della introduzione di nuovi servizi o di diverse modalità di accesso; l'aggiornamento è documentato dall'avanzamento dell'indice di revisione e dalla data; è compito del Responsabile Qualità e Accreditamento provvedere, all'atto della

distribuzione della nuova edizione, a raccogliere tutte le copie della precedente edizione ed eliminarle, salvo l'originale che resterà archiviato per il suo ufficio.

7.4.3 Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

E' costituito alle dipendenze del Presidente con il compito di assicurare l'informazione, l'accoglienza e la tutela dei cittadini utenti, con particolare riguardo agli aspetti della personalizzazione ed umanizzazione del rapporto.

L'URP opera in stretto contatto con il Responsabile Qualità per assicurare la coerenza degli obiettivi di qualità della SISIFO con le attese effettive ed i bisogni dei cittadini utenti nonché l'integrazione tra i processi aziendali, compresi i piani di miglioramento, in grado di assicurare il più alto livello di qualità delle prestazioni.

7.4.4 Trattazione dei reclami

La presentazione di un reclamo da parte di un cittadino che ha utilizzato i servizi dell'Associazione è un segnale sulla possibile esistenza nel sistema di gestione aziendale di disfunzioni che possono avere la loro causa nell'organizzazione, nella struttura tecnica dei servizi, nei comportamenti del Personale. Ai fini del mantenimento dei più alti livelli di qualità del servizio, tale segnale è di importanza fondamentale perché consente di intervenire per la eliminazione delle disfunzioni e di riportare ai livelli desiderati la soddisfazione dei cittadini.

Il reclamo va, quindi, visto come apporto collaborativo da parte dei cittadini utenti per il miglioramento del sistema aziendale e come tale va trattato, dedicandovi la massima attenzione ed instaurando con il cittadino reclamante un rapporto di ampia e trasparente collaborazione.

La trattazione del reclamo deve innanzitutto portare alla risoluzione del problema posto in evidenza ed al recupero del consenso dell'utente; ma deve anche agire come importante informazione di ritorno sulla efficacia ed efficienza del sistema qualità. La raccolta e l'analisi dei dati provenienti dai reclami deve servire, unitamente all'analisi dell'andamento di altri indicatori, al continuo miglioramento dei processi aziendali.

Le responsabilità e le modalità per la gestione dei reclami sono definite nella procedura operativa PR.10.2 *Gestione NC-AC -reclami e Piani di Miglioramento*.

7.5 RAPPORTI CON I FORNITORI

La responsabilità della gestione dei rapporti con i fornitori è attribuita al Direttore Amministrativo che opererà nell'ottica del loro più ampio coinvolgimento nei programmi di miglioramento continuo dell'Associazione, assicurando lo sviluppo di un rapporto di partnership.

Le modalità di gestione dei rapporti sono dettagliate nella procedura PG.8.4-01 *Gestione degli Approvvigionamenti*.

7.6 RAPPORTI CON ASSOCIAZIONI ED ENTI DI TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, oltre al compito di assicurare l'informazione, l'accoglienza e la tutela dei cittadini utenti, con particolare riguardo agli aspetti della personalizzazione ed umanizzazione del rapporto, ha anche quello di assicurare l'interfaccia con le Associazioni di volontariato ed Enti di tutela dei diritti dei cittadini utenti.

Per la definizione delle modalità di svolgimento delle attività che le Associazioni ed Enti di tutela intendono svolgere il responsabile dell'URP si riferirà alle indicazioni del Direttore Sanitario, in base alle quali redigerà i protocolli di intesa che saranno sottoposti alla firma del Presidente.

Dovrà, in ogni caso, essere garantito l'accesso alle Associazioni che lo richiedano con appropriate motivazioni ed assicurato ogni necessario supporto.

7.7 ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI

Di seguito si precisano le responsabilità per la conservazione degli originali relativi alla documentazione utilizzata per la definizione dei rapporti contrattuali:

- *a cura del Presidente*
 - Decreto di accreditamento
 - Convenzione con ASP
 - Bilanci di esercizio
- *a cura del Direttore Sanitario*
 - Comunicazione della UOC SOCIO SANITARIA dell'ASP
 - Cartelle cliniche chiuse
 - Relazione annuale sui risultati conseguiti
- *a cura del Responsabile Qualità e Accreditamento*
 - Originale della carta dei servizi
 - Report degli indicatori interni
 - Report dei rilievi di soddisfazione dei cittadini utenti

- Report dei reclami

8. ALLEGATI

Carta dei servizi

Il Presidente del Consorzio Sisifo
Avv. Giuseppe Piccolo

Legge Regionale n. 14/2014
Art. 10, comma 1, lett. a)

SISIFO
CONSORZIO
DI COOPERATIVE
SOCIALI ARL
P.IVA 04799350824