

  	NORME CHE REGOLANO IL RAPPORTO TRA CENTRO E UTENTE DOMICILIARE	Codice Documento AMM 001 Rev. 8 del 22.04.2024
--	--	---

1. Il Centro riabilitativo AIRRI Medical, pur tenendo conto delle richieste degli utenti, ha facoltà:
 - per i neo-inseriti in trattamento, di individuare il terapista;
 - per coloro che sono già in trattamento, di effettuare variazioni dello stesso in relazione ad esigenze organizzative, di formazione e aggiornamento, di recupero ecc. che man mano possono presentarsi e rendere inevitabili tali variazioni.

2. Il terapista che effettua prestazioni riabilitative a domicilio, informati i referenti del Centro, pur tenendo conto delle esigenze degli utenti, ha la facoltà:
 - per i neo-inseriti in trattamento, di stabilire giorni ed orari delle sedute di terapia;
 - per coloro che sono già in trattamento, di effettuare variazioni degli stessi in relazione ad eventuali esigenze organizzative, di formazione, di aggiornamento, di recupero ecc. che possono presentarsi e rendere inevitabili tali variazioni. Le sedute di terapia devono comunque svolgersi nell'orario di esercizio del Centro, dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 19.30 e il sabato dalle ore 08.00 alle 15.00.

3. Il terapista effettua il trattamento secondo quanto previsto dal Progetto Riabilitativo e non è tenuto a svolgere altre mansioni.

4. Le sedute di terapia, le visite mediche ed eventuali altri accessi sono a carico del S.S.R., quindi nulla è dovuto al terapista, al medico, o ad altri operatori che agiscono per conto del Centro.

5. **Per ogni prestazione resa** (visita medica, colloquio psicologico, valutazione, somministrazione di test, terapia neuromotoria / neuropsicomotoria / logopedica / occupazionale, interventi educativi, colloquio assistente sociale ecc.), **l'utente è tenuto ad apporre la propria firma sull'apposito foglio**, come sarà indicato dal terapista. **Per i minori e per coloro che sono impossibilitati** sono tenuti a firmare i **genitori/tutori** ovvero **persone delegate** (prossimi congiunti, familiari, conviventi o responsabili della struttura presso cui dimora l'interessato), che gli utenti devono preventivamente indicare **su apposito modulo** accompagnato da copia fotostatica di un documento di identità valido.

6. L'utente o chi per lui è pregato di custodire con cura il foglio accessi. Il foglio accessi va consegnato, per i dovuti adempimenti amministrativi, alla fine di ogni mese, al terapista.

  	NORME CHE REGOLANO IL RAPPORTO TRA CENTRO E UTENTE DOMICILIARE	Codice Documento AMM 001 Rev. 8 del 22.04.2024
--	--	---

7. L'utente o chi per lui è inoltre chiamato ad apporre la firma sulla cartella clinica e sugli allegati alla stessa, laddove richiesto e come indicato di volta in volta dal medico o dagli operatori.
8. L'utente che, per qualsiasi motivo (familiare, personale, di salute ecc.), non possa effettuare la terapia, è tenuto a **comunicare l'assenza** esclusivamente e **tempestivamente** alla segreteria amministrativa, telefonicamente ai numeri **069044194-069042739** oppure via whatsapp al **3938156367** (adulti)- **3349848080** (età evolutiva).
9. Considerata la possibile compromissione dell'efficacia del trattamento riabilitativo, anche se dovute a motivi di salute, debitamente documentate da certificati, **le assenze ripetute, prolungate e/o di durata non prevedibile, possono comportare la sospensione del progetto riabilitativo** : superati i limiti di assenze sul totale degli accessi previsti dal Progetto, così come indicati dal DCA 979/2020, **la struttura dimette il paziente, informando preventivamente i servizi ASL di residenza.**
10. L'**assenza per motivi personali** va giustificata compilando l'**apposita dichiarazione**.
11. L'**assenza per motivi di salute** (riposo, cure a domicilio), va giustificata compilando l'**apposita dichiarazione** e accompagnata da **certificato medico di malattia** (per i minori di 6 anni dopo 3gg; per i minori con più di 6aa dopo 5gg; per gli adulti dopo 7gg).
12. **In caso di ricovero** (struttura ospedaliera od extraospedaliera) o terapie effettuate non a domicilio (cure termali/inalatorie) si deve produrre **entro 3 gg certificato di ricovero** riportante diagnosi e prognosi (da far pervenire al Centro anche tramite whatsapp, fax o e-mail) o prescrizione terapeutica e, al rientro, **relazione di dimissione.**

In mancanza di suddette idonee certificazioni (considerando che la malattia potrebbe controindicare alcune procedure riabilitative o comportare variazioni del programma) al rientro dell'utente **le sedute di terapia non possono essere riprese.**

Per i dati richiesti di cui ai punti n.10 e 11 si richiama la nota informativa sul trattamento dei dati personali (Reg UE 2016/679).

 	NORME CHE REGOLANO IL RAPPORTO TRA CENTRO E UTENTE DOMICILIARE	Codice Documento AMM 001 Rev. 8 del 22.04.2024
--	--	---

13. Eventuali recuperi saranno programmati solo nei limiti di quanto disciplinato dalla DCA 979/2020 , verificata la disponibilità di operatori.
14. Non è possibile usufruire contemporaneamente di trattamenti riabilitativi in regimi assistenziali differenti e/o presso altri centri, pubblici o accreditati: si raccomanda pertanto la tempestiva comunicazione di eventuale presa in carico presso altre strutture.

In caso venga rilevata una irregolarità nella fruizione della autorizzazione al trattamento riabilitativo, le prestazioni eventualmente già effettuate saranno addebitate all'utente secondo le tariffe in vigore presso il Centro.
15. Trattandosi di utenti spesso non autonomi, **durante la visita medica o il trattamento riabilitativo è obbligatoria la presenza in casa di un familiare o di un incaricato,** all'occorrenza immediatamente disponibili.
16. L'utente e/o i familiari/caregivers sono tenuti a non ostacolare il normale svolgimento della terapia e a mantenere un comportamento corretto nei confronti del terapeuta, che è tenuto ad analogo comportamento.
17. L'utente deve attenersi scrupolosamente alle indicazioni del terapeuta.
18. **Si raccomanda l'osservanza delle comuni norme igieniche** (etichetta respiratoria, igiene delle mani e pulizia).
19. **L'utente è tenuto alla segnalazione tempestiva di eventuali variazioni di residenza, di domicilio e/o di altri dati** comunicati in precedenza: la mancata o tardiva segnalazione degli stessi può comportare la sospensione del progetto riabilitativo.
20. **Qualora l'utente ritenga di segnalare eventuali disservizi o comportamenti ritenuti non corretti, può contattare coordinatori o Direzione, o compilare l'apposito modulo di reclamo.**
21. Il Centro, ravvisata la non accettazione o l'inosservanza del presente regolamento, si riserva la facoltà di non accogliere la richiesta di trattamento o di sospendere il progetto riabilitativo.

Campagnano di Roma, li _____

Firma utente per presa visione ed accettazione

  	NORME CHE REGOLANO IL RAPPORTO TRA CENTRO E UTENTE DOMICILIARE	Codice Documento AMM 001 Rev. 8 del 22.04.2024
---	--	--

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto.....C.F.....

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di
dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

dichiara

a causa di impedimento e/o a causa delle condizioni di salute e in assenza di familiari o parenti,
di prendersi cura del sig..... e a tal
fine di essere autorizzato alla firma dei documenti inerenti il suo rapporto con AIRRI Medical.

Luogo e data_____

Firma_____