

CARTA DEI SERVIZI CDD

Data	Redazione	Verifica e approvazione
Anno 2026	Visioli Sonia	Milzani Marco

INDICE

Premessa

Centro Diurno Disabili (CDD)

- ❖ **I principi di erogazione del Servizio atti a tutelare i diritti delle persone**
- ❖ **Definizione della missione e delle politiche complessive**
- ❖ **Obiettivi**

Presa in carico

- ❖ **Prestazioni erogate**
- ❖ **Destinatari: descrizione dell'unità di offerta**
- ❖ **Servizi offerti**
 - Prestazioni sanitarie
 - Prestazioni farmaceutiche
 - Prestazioni assistenziali
 - Rilascio della dichiarazione fiscale
 - Accesso alla documentazione sociosanitaria
 - Prestazioni alberghiere
 - Unità di offerta servizio trasporto
 - Prestazioni specifiche con costi aggiuntivi non comprese nella retta
- ❖ **Modalità di accesso, criteri di formazione delle liste e di accoglienza**
- ❖ **Dimissione dell'ospite**
- ❖ **Rette**
- ❖ **Sede del servizio**
- ❖ **Apertura del Servizio**
- ❖ **Giornata tipo**

Programmazione

- ❖ **Progetto Individualizzato: educativo ed assistenziale**
- ❖ **Condivisione del PEI e rapporto con le famiglie**
- ❖ **Attività**

Valutazione e miglioramento delle attività: strumenti, indicatori, modalità e tempi

- ❖ **Principali strumenti di lavoro**

Il personale

- ❖ **Programma di lavoro del personale asa-oss ed educatori**
- ❖ **Piano delle sostituzioni**
- ❖ **Piano gestionale delle risorse pulizia distribuzione pasti**
- ❖ **Personale dipendente e la sua formazione**

Presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione: utenza o familiari e dipendenti

Clausola di salvaguardia dei diritti alla privacy o degli altri diritti della personalità

Previsione di forme di ristoro in caso di disservizi

Premessa

Il presente documento contiene i processi assistenziali del CDD, i criteri e le modalità di accesso dell'utente, i criteri e le modalità di presa in carico e di dimissioni.

La Carta dei Servizi è uno strumento di conoscenza a disposizione dei cittadini, del territorio e di altri Servizi e rende esplicito il criterio attraverso il quale viene progettato, pensato, organizzato e gestito il Centro Diurno Disabili.

Per la natura evolutiva di ogni Servizio Sociosanitario, la Carta viene periodicamente aggiornata e modificata, in ragione dei cambiamenti che investono il Servizio.

Centro Diurno Disabili (CDD)

❖ I principi di erogazione del Servizio atti a tutelare i diritti delle persone:

- Eguaglianza
- Imparzialità: il Servizio opera secondo criteri di obiettività;
- Continuità: le prestazioni vengono erogate in modo regolare e continuativo;
- Partecipazione: gli utenti e la famiglia vengono informati in merito alle modalità di funzionamento del Servizio e coinvolti nell'elaborazione del progetto individualizzato;
- Semplificazione:
- Efficienza ed efficacia
- Professionalità: si assicura la presenza di operatori qualificati, che condividono strumenti e metodologie di lavoro;
- Lavoro di rete con i servizi del territorio: il Servizio ricerca e promuove la collaborazione e la creazione di raccordi con altri soggetti pubblici e privati presenti sul territorio.

❖ Definizione della missione e delle politiche complessive

Il Centro Diurno Disabili articola la propria offerta nel quadro della legislazione nazionale e regionale vigente in materia di servizi alla persona, aderendo al principio ispiratore che pone rilievo alla partecipazione attiva del cittadino ai servizi pubblici, e ponendosi come strumento di tutela e protezione sociale delle persone disabili, anche attraverso il lavoro di integrazione e di rete con gli altri Servizi presenti sul territorio.

❖ Obiettivi

Il Centro Diurno Disabili (CDD) è un Servizio diurno per persone con gravi disabilità, dipendenti da qualsiasi causa.

Il Centro offre prestazioni socio sanitarie integrate, predisponendo progetti individualizzati in cui viene data risposta ai bisogni sanitari, assistenziali, riabilitativi ed educativi di ogni ospite.

Il Servizio realizza interventi personalizzati con l'obiettivo di:

- mantenere e migliorare le condizioni di salute fisica e psichica;
- sostenere e potenziare la capacità di svolgere gli atti quotidiani;
- sperimentare e mantenere relazioni interpersonali significative;
- valorizzare le caratteristiche personali.

Il CDD pone al centro del suo intervento la collaborazione con le famiglie, ritenute ricche di risorse concrete. Per questo, si ricerca con loro un'alleanza che permetta di condividere la gestione della quotidianità, connotata dalla fatica connessa alla presenza di un familiare con disabilità, coinvolgendole il più possibile direttamente nella scelta degli interventi più adeguati.

Presa in carico

❖ Prestazioni erogate

L'organizzazione interna persegue la finalità di realizzare compiutamente la gestione del CDD.

Le prestazioni erogate sono di tipo educativo, assistenziale, infermieristico e riabilitativo, sono inoltre previste ginnastica dolce, psicomotricità, musicoterapia, stimolazione basale, attività fino motoria, uscite sul territorio, attività di sviluppo e mantenimento delle capacità cognitive, relazionali e personali e di inclusione sociale.

L'apporto specifico di ogni figura professionale permette una visione complessiva della persona, che guarda agli aspetti educativi, assistenziali, sanitari e sociali. Gli operatori si confrontano, definiscono le proposte, declinano gli obiettivi individuali, e di gruppo. Periodicamente l'équipe si riunisce per discutere delle problematiche legate alla vita quotidiana del CDD, ai Progetti Individuali (P.I.) degli ospiti, alle modalità di intervento e a questioni di tipo organizzativo.

❖ Destinatari: descrizione dell'unità di offerta e posti abilitati

Il CDD "Il Cardo" è un servizio diurno che può accogliere persone con disabilità dipendenti da qualsiasi causa, la cui fragilità è compresa nelle 5 classi della Scheda Individuale Disabile (SIDI). È accreditato per 30 posti accreditati e 28 a contratto.

Il Servizio accoglie persone con disabilità psicofisiche gravi e complesse, di età superiore ai 18 anni, di norma fino ai 65 anni. La proposta del CDD si rivolge anche a persone con disabilità di età inferiore ai

18 anni, che, per le loro condizioni di fragilità, hanno ottenuto la deroga alla frequenza da parte dell'équipe di valutazione dell'ASST o necessitano di un progetto integrato a cui possono concorrere diverse unità di offerta (altri servizi, scuola).

❖ **Raggiungibilità dell'Unità di offerta**

Il CDD eroga il servizio trasporto da casa e ritorno con i mezzi in dotazione al Cardo.

TreNord, il servizio di trasporto pubblico di autobus gestito da SAB e servizi di bus privati collegano Edolo ad altre località della provincia di Brescia e Sondrio.

❖ **Rette**

La retta giornaliera riconosciuta alla cooperativa è composta da una quota socio-assistenziale a carico dei comuni di residenza di ogni utente e da una quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario della Regione Lombardia. La quota socio-assistenziale viene addebitata direttamente all'utente dai comuni di residenza o unione dei comuni in base a specifici regolamenti ed in funzione del voucher accordato all'utente.

Dal 1/1/2025 ATSP corrisponde alla cooperativa un importo giornaliero per il servizio CDD pari a:

- euro 50,92 IVA compresa per la frequenza "esclusiva" a tempo pieno o verticale
- euro 29,92 IVA compresa per la frequenza "esclusiva" part-time orizzontale
- euro 19,95 IVA compresa per i giorni di doppia frequenza (CDD e CSS).

La cooperativa garantisce il trasporto. La tariffa trasporto è pari ad euro 367,50 IVA compresa base annui + euro 0,75 IVA compresa per ogni km.

La retta è comprensiva del servizio mensa. In caso di assenza dell'ospite la retta è decurtata della quota relativa al costo mensa pari ad euro 6,30 IVA compresa.

Le attività facoltative (es. vacanze organizzate dal servizio) non sono comprese nella retta ma a carico dell'iscritto.

Prestazioni non comprese nella retta

- Costi derivanti dalla frequenza a servizi esterni.
- Accompagnamento per terapie/trattamenti.
- Assistenza di un operatore dedicato all'utente in caso di suo ricovero ospedaliero, anche in regime di day hospital.
- Assistenza per ogni evento straordinario che richieda la presenza di un operatore.
- Acquisto di farmaci/protesi/ausili.
- Cure mediche ed accertamenti diagnostici.
- Spese strettamente personali dell'utente (es. abbigliamento, lavasecco per capi delicati, parrucchiere/barbiere, estetista, articoli personali, rasoio elettrico, prodotti specifici, consumazioni extra, ecc.).

In questi casi il familiare/amministratore di sostegno concorda con l'Ente le modalità per lo svolgimento del servizio ed i relativi costi per le ore di effettivo impiego dell'operatore.

❖ Servizi offerti

Prestazioni sanitarie

Secondo la normativa vigente in materia al CDD non è richiesta né la presa in carico dell'assistenza medica e l'accompagnamento a visite specialistiche. In orario CDD è prevista la presenza di una infermiera per la somministrazione della terapia.

Prestazioni farmaceutiche

Secondo la normativa vigente in materia l'accesso alle prestazioni farmaceutiche (come anche la richiesta protesica e agli ausili personali) è di competenza familiare/amministratore di sostegno. Il CDD garantisce l'adeguata somministrazione dei farmaci forniti dalla famiglia e l'idoneo utilizzo degli ausili personali (carrozzina, deambulatore, ecc.).

Prestazioni assistenziali

Cura e assistenza quotidiana alla persona secondo i bisogni individuali degli utenti.

Rilascio della dichiarazione fiscale (DGR n. 26316/1997)

Nel mese di maggio viene rilasciata agli interessati apposita dichiarazione annuale attestante la quota riferita alle prestazioni di carattere sanitario da allegare alla dichiarazione dei redditi (come da deliberazione n. VI/26316-1997 e successive modifiche).

Accesso alla documentazione sociosanitaria

L'amministratore di sostegno, previo appuntamento, può accedere alla documentazione socio-sanitaria dell'utente. Per eventuali richieste di documentazione non ordinaria o relazioni, vanno concordati tempi e costi (indicativamente euro 21 per ogni ora di lavoro necessaria alla produzione della documentazione, oltre ad eventuali costi di segreteria) con il direttore.

Prestazioni alberghiere

I servizi garantiti agli utenti dalla struttura sono i seguenti:

- somministrazione dei pasti preparati nella cucina della struttura in base alle esigenze dell'utente;
- articoli per l'igiene di uso comune (sapone, carta igienica)
- pulizia degli spazi comuni e individuali.

Unità di offerta servizio trasporto

Il CDD eroga il servizio trasporto da casa e ritorno con i mezzi in dotazione al Cardo.

TreNord, il servizio di trasporto pubblico di autobus gestito da SAB e servizi di bus privati collegano Edolo ad altre località della provincia di Brescia e Sondrio.

❖ **Modalità di accesso, presa in carico, criteri di formazione delle liste e di accoglienza**

La richiesta di inserimento è formulata dai familiari/rapresentanti legali, direttamente o tramite i servizi territoriali. Va presentata su apposito modulo predisposto (Allegato 1) dall'Ente ed è indirizzata al direttore che la sottopone all'approvazione del presidente della cooperativa, dopo la valutazione di ammissibilità da parte dell'équipe di valutazione formata da direttore, coordinatore del servizio e dopo aver condiviso con assistente sociale dell'ATSP.

La valutazione della richiesta di ammissione avviene sulla base della documentazione presentata, viene effettuata dall'équipe di valutazione composta da: direttore, coordinatore, assistente sociale, con l'eventuale supporto di un medico specialista. L'esito negativo della valutazione impedisce che la persona venga inserita in lista di attesa.

Se c'è la disponibilità di posto, il familiare/amministratore di sostegno, viene invitato per ricevere delucidazioni sulle modalità di accesso a forme di integrazione economica da parte di enti pubblici.

I **criteri di priorità di accesso** al CDD sono determinati, oltre che dalla data della richiesta, sulla base dei bisogni degli utenti e delle famiglie e tengono conto di eventuali urgenze per la complessità di gestione a domicilio. I criteri di priorità possono prevedere una presa in carico progressiva secondo livelli di urgenza e bisogni dell'utente.

Una volta a conoscenza della richiesta, valutata la fattibilità dell'accesso al Centro, la coordinatrice dà inizio al percorso di **accoglienza** incontrando la famiglia ed accompagnandola nella conoscenza degli spazi concreti del servizio, delle modalità di lavoro, delle opportunità offerte ecc.

Dopo il formale impegno da parte della ATSP e presa di conoscenza della procedura del servizio si procede all'inserimento.

La fase di osservazione e presa in carico prevede:

- incontri con il familiare/amministratore di sostegno ed eventuali servizi invianti, per una miglior conoscenza della persona e per arrivare alla condivisione del percorso volto alla definizione di contenuti ed obiettivi del progetto educativo e assistenziale;
- osservazione diretta dell'utente al fine di poter adeguatamente individuare e valutare i suoi bisogni e le sue potenzialità;
- stesura di un progetto socio-educativo provvisorio condiviso con il familiare/amministratore di sostegno entro 4 settimane.

Elenco dei documenti necessari per l'inserimento da presentare alla struttura:

- a. Documenti amministrativi:
- b. certificato contestuale (nascita, residenza e stato di famiglia);
- c. carta di identità e codice fiscale (in originale);
- d. carta regionale servizi (tessera sanitaria) ed eventuale tessera di esenzione ticket (in originale);

- e. copia verbale della Commissione medica ASL attestante l'invalidità civile;
- f. copia certificato di gravità ai sensi della L.104/92;
- g. eventuale contrassegno invalidi per la circolazione e tessera di trasporto (entrambi in originale);
- h. copia del decreto di nomina del rappresentante legale;
- i. copia del permesso o della carta di soggiorno;
- j. recapiti telefonici dei familiari/rappresentanti legali;
- k. consenso al trattamento dei dati personali da parte del familiare/amministratore di sostegno e altro consenso informato richiesto in adempimento alle normative regionali;
- l. sottoscrizione da parte del familiare/amministratore di sostegno di altre autorizzazioni previste dall'Ente.

Documenti socio-sanitari:

- 1. relazione di presentazione e valutazione dell'utente a cura dell'ente inviante;
- 2. relazioni socio educative dei servizi in cui l'utente è inserito;
- 3. indicazione del medico di base (da condividere con la struttura) e dell'eventuale medico specialista;
- 4. terapia farmacologica in atto con prescrizione medica, se assunta in orario CDD;
- 5. fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, esami ematochimici e strumentali recenti riguardanti lo stato di salute generale dell'utente (a discrezione della famiglia);
- 6. segnalazione sanitaria di eventuali allergie (farmacologiche e non) e/o intolleranze.

Entro 30 giorni dall'inserimento, viene steso un progetto individualizzato per ogni ospite (anche provvisorio), che punta al raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita, coerente con i suoi bisogni, le sue potenzialità, le aspettative, i desideri e lo stile di vita della famiglia. Il progetto individualizzato è finalizzato al raggiungimento del benessere dell'utente attraverso una serie di obiettivi generali e specifici e di conseguenza le attività assistenziali, sanitarie, riabilitative, abilitative e di socializzazione per ogni utente.

❖ Dimissione dell'ospite e continuità delle cure

Le dimissioni dell'utente dalla Comunità dopo il suo inserimento definitivo, possono avvenire:

- per mutate condizioni di bisogno dell'ospite che rendono le prestazioni erogabili non più adeguate;
- perché la prestazione è divenuta eccessivamente onerosa per il verificarsi dell'aggravarsi della situazione sanitaria;
- di avvenimenti straordinarie e imprevedibili;
- per condotta dell'ospite incompatibile con la vita comunitaria;
- per grave sfiducia da parte dell'amministratore di sostegno/familiare circa l'operato ed i metodi di indirizzo educativo e sociosanitario ed evidente impossibilità di collaborazione.

La richiesta di dimissione va comunicata e motivata per iscritto, con un preavviso di almeno 15 giorni, la dimissione avviene in forma condivisa ed assistita. Le motivazioni vanno valutate con i familiari/amministratore di sostegno, i servizi territoriali coinvolti, al fine di individuare le condizioni e le strutture più adeguate ai nuovi bisogni dell'utente per consentire il proseguimento del suo progetto di vita.

Se si verifica la situazione in cui il Centro non è più idoneo a rispondere ai bisogni dell'ospite, le eventuali dimissioni vengono concordate con il soggetto inviante, con il quale viene fatta una valutazione della miglior collocazione alternativa per l'ospite, e al quale viene inviata una relazione conclusiva del progetto individualizzato realizzato presso il CDD.

La relazione dà evidenza dello stato di salute dell'utente, degli interventi effettuati, dell'eventuale necessità di trattamenti successivi e fornisce ogni informazione utile a garantire continuità nel processo di cura.

❖ Sede del servizio

Il CDD è sito in Via Leonida Magnolini 48, Edolo (BS).

La struttura che ospita il CDD è situata all'interno di uno spazio verde in zona semi-centrale.

Il Servizio è suddiviso in differenti ambienti, funzionali a garantire la possibilità di proporre interventi di svariata natura. Alcuni spazi sono infatti maggiormente ampi e adatti alle attività di grande gruppo, altri sono più piccoli e consentono di fare proposte a gruppi composti da meno partecipanti, dove l'intervento dell'operatore è maggiormente individualizzato sull'ospite.

È presente, inoltre, un ampio spazio esterno, delimitato da recinzioni, utilizzabile in sicurezza nel periodo dell'anno più caldo sia per attività di socializzazione e svago sia per proposte di tipo motorio.

❖ Apertura del Servizio

Il servizio garantisce una apertura annuale di 47 settimane, con chiusure per le festività natalizie, pasquali e nazionali; il calendario viene definito annualmente e comunicato entro novembre alle famiglie. Nell'organizzazione generale del CDD si tiene conto di una scansione annuale, in cui si alternano proposte pensate per il periodo invernale e attività strutturate per i mesi estivi (giugno, luglio, agosto e settembre), caratterizzate da un maggior utilizzo di spazi esterni e da proposte aggregative.

Il servizio viene di norma garantito dal lunedì al venerdì, dalle 7 alle 16.30.

❖ Giornata tipo

La giornata al CDD è articolata in fasce orarie, secondo un'organizzazione precisa.

La giornata è normalmente così strutturata:

7 – 9.30 accoglienza utenti e trasporti;

9.30 – 10.00 riunione con gli utenti;

10.00 – 12.00 attività;

12.00 – 13.00 pranzo;

13.00 – 14.00 igiene personale e relax;

14.00 – 16.30 attività (trasporto a casa quando necessario).

Questa organizzazione varia per proposte sull'intera mattinata o giornata.

Il Centro garantisce quotidianamente risposta ai bisogni assistenziali ed educativi attraverso:

- attività educative indirizzate al benessere e all'autonomia personale ed all'autosufficienza,
- attività assistenziale di cura e igiene degli ospiti,
- somministrazione del pasto ai disabili non autosufficienti,
- attività psicomotorie e riabilitative, anche con la presenza del fisioterapista.

In generale le attività sono volte a sperimentare, esplorare materiali e tecniche diverse, per sviluppare creatività o arrivare alla produzione di prodotti precisi, predefiniti, mirate all'acquisizione e/o al mantenimento delle capacità motorie, comportamentali, cognitive e affettivo - relazionali. Sono inoltre previste attività di socializzazione in contesti quotidiani esterni al CDD che favoriscono la crescita globale della persona, attraverso l'acquisizione di un'autonomia sperimentata in contesti meno protetti e contenitivi del servizio; attività ludico motorie; attività sportive indirettamente terapeutico-riabilitative; soggiorni vacanza.

Tutte le attività sono finalizzate a permettere di cogliere e sostenere reazioni ed adattamento al nuovo, al cambiamento, capacità di autonomia e di socializzazione.

Questo consente di garantire agli utenti contesti diversificati, caratterizzati da possibilità relazionali maggiormente ricche ed articolate e di rispondere in modo sempre più personalizzato ai bisogni e ai desideri delle persone.

Attività di programmazione

Il programma del CDD viene effettuato: ad ottobre si programmano le attività e gli interventi invernali da novembre ad aprile, nella programmazione di aprile si programma l'organizzazione del servizio da maggio ad ottobre. A scadenza trimestrale viene condotto un bilancio della programmazione in considerazione dell'andamento dell'utente. Le proposte si strutturano attraverso un criterio di flessibilità ed elasticità rispetto al singolo e con costante attenzione alla complessità del servizio. L'organizzazione prevede la definizione dell'attività educativa, assistenziale, abilitativa e riabilitativa settimanale.

❖ Progetto Individualizzato: educativo ed assistenziale

Viene steso un Progetto Individualizzato (P.I.) per ogni ospite, che punta al raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita, coerente con le sue capacità, aspettative, desideri e stile di vita della famiglia e finalizzato al raggiungimento del benessere possibile. Individua una serie di obiettivi generali e specifici e di conseguenza le attività riabilitative, abilitative e di socializzazione per ogni utente. Ad ognuno vengono fatte proposte diverse, a volte di tipo individuale, a volte di piccolo, medio e grande gruppo, ponendo attenzione alla strutturazione di un clima di accoglienza, di ascolto e di scambio. I progetti individualizzati sono aggiornati periodicamente (Procedura FASAS), con una costante

attenzione ai cambiamenti, all'evoluzione o involuzione del singolo, presentato alla famiglia, per condividere il più possibile gli aspetti dell'intervento.

❖ **Condivisione del Progetto Individualizzato e rapporto con le famiglie**

Per progettare l'intervento di cura, occorre pensare a ogni persona disabile nella sua vita intera, con i suoi processi di organizzazione, interazione, adattamento e riflettere su di lui come persona con una storia, un suo processo evolutivo, una sua modalità relazionale, un suo specifico contesto di vita. Questo rimanda alla necessità di gestire un equilibrio fra la complessità delle domande emergenti negli ospiti e nelle loro famiglie, fra le istanze valoriali del servizio e quelle dei familiari, fra stili educativi e di vita diversi. Diventa allora importante lavorare nel senso di una mediazione finalizzata a scelte e proposte condivise. La famiglia è vista come portatrice di risorse sia per la cura del congiunto che per la partecipazione alla vita del Servizio. Aprirsi all'ascolto porta inevitabilmente ad accogliere dimensioni di fatica, di stanchezza che possono essere accolte, ma anche di problemi di cui non ci si può fare carico.

In momenti di cambiamento, della salute dell'utente o in genere legati ad aspetti normativi e/o organizzativi, gli incontri con i genitori hanno l'obiettivo di mettere a tema e condividere con loro la filosofia dell'intervento. I colloqui sono un momento privilegiato di scambio tra coordinatrice e/o educatori di riferimento e familiari, in cui costruire un'alleanza sulle scelte educative/assistenziali (Progetto Individualizzato: P.I.).

Durante i colloqui viene condiviso il progetto individualizzato e, almeno due volte all'anno, avviene un confronto in merito alla verifica dello stesso.

Il Servizio, soprattutto attraverso l'educatore di riferimento, si impegna a creare con la famiglia un rapporto di collaborazione, basato sul rispetto e sulla fiducia.

❖ **Attività**

Le attività che si svolgono in CDD e a cui gli utenti partecipano coerentemente con il loro P.I. Le proposte si strutturano attraverso un criterio di flessibilità ed elasticità rispetto al singolo e con costante attenzione alla complessità del servizio.

Le attività programmate hanno le seguenti finalità:

- stimolazione sensoriale soprattutto per i disabili maggiormente compromessi, nell'intento di contrastare il più possibile l'isolamento e la chiusura relazionale, mantenendo attivi i canali comunicativi personali;
- stimolazione delle competenze cognitive ed operative;
- socializzazione, sostenere l'autonomia sociale e la capacità di condividere proposte in gruppo, nel rispetto degli spazi e dei tempi altrui;
- espressione di sé, nelle quali viene sollecitata l'espressione della propria individualità attraverso l'uso di materiali e tecniche di intervento specifiche;
- motorie, contrastare l'irrigidimento motorio e la tendenza all'inerzia, stimolando altresì il piacere di raggiungere un obiettivo, tollerando anche la fatica connessa;
- mantenimento o al recupero di autonomia personale rispetto ad incombenze della vita quotidiana.

Le uscite sul territorio sono proposte che si realizzano utilizzando risorse spazi ed opportunità del territorio:

- socializzazione in contesti quotidiani di normalità, che favoriscano la crescita globale della persona, attraverso l'acquisizione di un'autonomia sperimentata in contesti meno protetti e contenitivi del Servizio;
- ludico motorie;
- sportive indirettamente terapeutico- riabilitative.

Le attività con altri servizi si inseriscono nell'ambito delle proposte sul/nel territorio finalizzate a favorire una apertura del Servizio verso l'esterno e a sviluppare connessioni con il territorio.

Nella vita del Servizio, l'aspetto di relazione è considerato il tessuto su cui si intreccia la trama delle attività. La comunicazione non viene affidata solo al linguaggio verbale, ma attraverso la capacità di riconoscere i messaggi che arrivano dal corpo dell'altro.

Attività e laboratori:

- Zeus!
- Attività artigianali (sartoria, laboratorio collane, maglieria, telaio circolare ecc.)
- Libera espressione (laboratorio artistico)
- Disegno
- Fino motoria
- Giochi motori
- Falegnameria
- Fisioterapia
- Psicomotricità
- Ginnastica dolce
- Musicoterapia
- Stimolazione basale
- Biglietteria (attività manuale con carta, colla, ecc.)
- Mosaico
- Attività di sviluppo della capacità comunicative (con metodo ABA, attraverso lo scambio di storie, lettura di quotidiani, ecc)
- Giochi di memoria
- Giochi di socializzazione
- Giochi didattici e di alfabetizzazione
- Musica
- Ascolto musicale
- Ascolto di storie
- PC
- Beauty
- Uscite sul territorio

Valutazione e miglioramento delle attività: strumenti, indicatori, modalità e tempi

Gli strumenti utilizzati per la valutazione sono: la scheda di verifica del Progetto Individualizzato (P.I.) che prevede di valutare ogni obiettivo, sia educativo che assistenziale, attraverso metodi sia quantitativi (scale numeriche) che qualitative (diari e descrizioni dei progressi). Per la parte fisioterapica il fisioterapista compila un diario degli interventi aggiornato semestralmente e ogni volta che si verificano cambiamenti.

Le scale validate utilizzate per la valutazione dei bisogni dell'utente sono: ICF, Braden, Barthel, Morse, ABC, Tinetti. Si effettuano verifiche periodiche delle modalità di intervento, secondo le scadenze previste (scadenze e rinnovi delle valutazioni sono registrate nel Fasis elettronico). Gli operatori comunicano tempestivamente all'équipe eventuali scostamenti tra il piano di intervento previsto e i reali bisogni dell'utente.

L'équipe rappresenta un momento di scambio e confronto, finalizzato all'elaborazione della programmazione, dei Progetti Individuali e la loro costante valutazione e verifica.

Durante le équipe e le giornate di programmazione vengono valutati i piani delle attività per ogni singolo ospite, viene definito il bisogno e di conseguenza le attività da erogare e le modalità di erogazione e gli operatori coinvolti, vengono discussi e risultati raggiunti e le criticità e le conseguenti azioni migliorative. In équipe si discutono, monitorano, verificano e rivalutano le linee progettuali ed operative per ciascun utente e per il servizio.

Le riunioni di équipe, sono convocate e condotte dal coordinatore, con cadenza bimensile.

Il coordinatore garantisce la costante connessione tra le diverse parti del Servizio e con l'esterno.

La condivisione delle informazioni tra operatori e la documentazione del lavoro avviene mediante Fasis elettronico.

Tutti i componenti dell'équipe del servizio sono tenuti a esibire un cartellino di riconoscimento appositamente fornito dalla cooperativa.

❖ Principali strumenti di lavoro

I principali strumenti di lavoro sono i seguenti:

Equipe. Formata da educatori professionali, ASA e OSS. Si riunisce bimestralmente per discutere i bisogni degli utenti (P.I.) e la programmazione delle attività in sinergia con l'infermiera e la fisioterapista. Si occupa della pianificazione delle attività e del monitoraggio utenti.

Progetto (PI) (in Fasis digitale): gli obiettivi educativi sono elaborati dagli educatori, entro 4 settimane dall'ingresso dell'utente sulla base dei bisogni/potenzialità/autonomie/inclinazioni dell'utente osservati da tutta l'équipe. Viene aggiornato quando si presentano particolari problematiche e comunque non oltre i sei mesi. Vi si definiscono gli obiettivi i tempi le modalità di attuazione e le persone coinvolte.

Gli obiettivi assistenziali sono elaborati dal coordinatore del servizio assieme alla famiglia e all'infermiera, il personale ASA-OSS e tenuto conto della valutazione del fisioterapista; al momento dell'inserimento nel servizio una prima valutazione viene data entro una settimana dall'ingresso dell'ospite sulla base delle informazioni sanitarie e sui dati relativi all'autonomia della persona osservati dall'équipe multidisciplinare. Vi si definiscono gli obiettivi, i tempi, le modalità di attuazione e le persone coinvolte.

Scheda medica: compilata dal medico curante all'ingresso dell'utente nel servizio e rivalutata al bisogno.

Diario Utente (in Fasas digitale): in esso sono documentati gli eventi riguardanti il percorso dell'utente. L'operatore vi registra i propri interventi educativi ed osservazioni; parimenti registra puntualmente le situazioni rilevanti occorse all'utente ed i relativi interventi di tipo socioassistenziale.

Modulo Terapia farmacologica (in Fasas digitale): riporta esattamente la terapia farmacologica in atto secondo un prospetto mensile che consente l'immediata tracciabilità della somministrazione dei farmaci.

Tutti questi strumenti di lavoro confluiscono nel **Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FaSaS)** previsto dalla normativa regionale per la tenuta e l'aggiornamento delle informazioni sull'utente.

Foglio presenze.

Scheda per esprimere reclami/apprezzamenti: compilato spontaneamente, disponibile presso Ufficio Amministrazione o Coordinatori. (All.2)

Altri strumenti, al bisogno: registro spese utenti, monitoraggio pressione arteriosa, monitoraggio defecazione, monitoraggio ciclo mestruale, monitoraggio minzione, monitoraggio peso corporeo e altre rilevazioni a seconda delle specifiche necessità emerse.

IL PERSONALE

Tutto il personale è assunto con contratto di lavoro subordinato CCNL, garanzia di un corretto e trasparente rapporto tra le parti, in termini di reciproci diritti e doveri; solo occasionalmente per motivi organizzativi viene impiegato personale con contratto di somministrazione lavoro.

L'Ente gestore assolve al proprio debito informativo con Regione Lombardia, attraverso la Scheda Struttura e la Scheda Personale, rendicontando tutto il personale con le qualifiche "a standard" impiegato nell'anno precedente.

❖ Programma di lavoro del personale asa-oss ed educatori

Durante le equipe vengono definite le eventuali necessità di variazione del programma mensile previsto per le attività di Educatori e ASA OSS in base alle esigenze dell'utenza e alle collaborazioni con enti od eventi del territorio. L'orario del personale è definito da contratto ed un orario fisso per tutte le settimane dell'anno (modificato in caso di subentrante necessità del dipendente o del datore di lavoro). Le attività sono organizzate in planning mensili suddivisi per settimane.

Tutti i componenti dell'èquipe del servizio sono tenuti a esibire un cartellino di riconoscimento appositamente fornito dalla cooperativa sia all'interno che all'esterno del CDD.

L'apporto specifico di ogni figura professionale permette una visione complessiva della persona, che guarda agli aspetti educativi, assistenziali, sanitari e sociali.

Coordinatore. Insieme al Direttore è garante del buon andamento della vita comunitaria ed è chiamato a tradurre in modalità operative:

- le normative vigenti
- le linee politiche della cooperativa;
- le decisioni della direzione.

Il coordinatore si occupa del monitoraggio quotidiano degli aspetti gestionali, organizzativi del servizio e del rapporto con le famiglie. Collabora direttamente con le funzioni specifiche dell'Azienda: Presidenza, Direzione e Uffici Amministrativi per il controllo programmato della gestione delle risorse umane ed economiche. È referente presso i servizi esterni e le altre agenzie del territorio, che partecipano a vario titolo alla realizzazione del progetto di vita degli utenti del servizio.

È responsabile della regolare tenuta del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (Fasas) di ciascun utente

Educatori. Hanno uno sguardo attento in particolare a cogliere le caratteristiche distintive della persona, fatte di capacità e limiti. Questo permette di individuare, nel confronto con l'èquipe, quali sono i cambiamenti possibili e gli equilibri da ricercare. Declinano la parte educativa del P.I. in specifiche attività. Compito degli educatori è anche quello di documentare il lavoro svolto, aggiornare i documenti del servizio relativamente ai Progetti.

Favoriscono il lavoro d'èquipe e le migliori condizioni educative; si occupano della progettazione di attività individuali e di gruppo. Sono i più diretti responsabili della presa in carico dell'utente. Sono responsabili con il coordinatore della regolare tenuta del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FaSaS) di ciascun utente.

Ausiliari socio assistenziali. Gli operatori addetti ai servizi tutelati, ASA (ausiliario socio- assistenziale) e OSS (operatore socio-sanitario), garantiscono tutte le prestazioni di aiuto alla persona, di carattere igienico-sanitario e di igiene ambientale. Condividono e danno attuazione alla componente assistenziale del P.I. di ciascun utente e alle linee guida in uso. Insieme agli educatori sono il riferimento immediato per familiari/rappresentanti legali dell'utente.

Grazie alla loro formazione specifica garantiscono attenzione agli aspetti di cura, dell'igiene personale e dei bisogni assistenziali di ogni ospite.

Infermiera. All'interno del Centro una infermiera garantisce quotidianamente, a chi ne ha necessità, la somministrazione di farmaci essenziali.

Fisioterapista. È una figura che si occupa di migliorare e/o di mantenere il grado di autonomia motoria degli utenti svolgendo, in palestra e nei contesti interni alla struttura, prestazioni riabilitative personalizzate o di gruppo.

L'ufficio amministrativo. Gestisce gli aspetti amministrativi-finanziari- contabili della cooperativa in raccordo con il direttore e il coordinatore.

Tutto il personale lavora in modo integrato per la presa in carico adeguata di ciascun utente.

Tirocinanti e personale volontario. L'attivazione del tirocinio avviene tramite la stipula di una convenzione tra gli enti/istituti richiedenti e Il Cardo.

Il tirocinante è tenuto ad attenersi alle indicazioni dei responsabili della struttura, rispettare i regolamenti aziendali, rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene a dati e informazioni venuti a sua conoscenza. I tirocinanti non possono essere impiegati in attività che comportino autonomia decisionale, in particolare, non possono sostituire personale dipendente. Per ogni tirocinante è nominato un tutor che è responsabile del tirocinio; Il tutor svolge l'attività di guida, programmazione e supervisione dell'attività di tirocinio, secondo il progetto concordato con il tirocinante; Il tutor, al termine del tirocinio, redige apposita relazione relativa agli aspetti formativi e di apprendimento del tirocinante, ove richiesto. Il tutor è tramite tra il tirocinante e l'equipe alla quale riporta criticità e con la quale concorda le attività di affiancamento del tirocinante.

Il personale volontario può partecipare a specifiche attività del servizio previo colloquio con la Direzione e i Coordinatori.

❖ **Piano delle sostituzioni**

Viene garantita la continuità del Servizio attraverso la sostituzione degli operatori assenti, secondo le seguenti modalità: – sostituzione su emergenza mediante spostamenti di personale all'interno del servizio; sostituzione per lunghi periodi: si ricorre a personale esterno, privilegiando operatori che già conoscono il servizio e prevedendo momenti preliminari di conoscenza e affiancamento. Per il piano ferie di norma non vengono concesse ferie a più 2 operatori contemporaneamente. Nel caso in cui più di 2 operatori richiedano ferie nello stesso periodo, saranno verificate le esigenze del servizio e verranno concesse a chi ha più ferie da godere. Le ferie e i permessi verranno programmate durante l'equipe.

❖ **Piano gestionale delle risorse pulizia distribuzione pasti**

Si veda Protocollo pulizie. Gli operatori in turno sono presenti nella mensa comune al momento del pasto e assistono gli utenti a seconda di quanto previsto dal P.I.

❖ **Personale dipendente e la sua formazione**

L'Ente partendo da un monitoraggio costante dei bisogni formativi emergenti, promuove ed incoraggia la formazione degli operatori, attivando percorsi formativi interni e/o favorendo la partecipazione a quelli esterni. Pone particolare attenzione anche alla formazione in materia di salute, sicurezza sul posto di lavoro e sicurezza dei dati personali, ai sensi delle normative vigenti.

Presenza di sistemi atti a rilevare il grado di soddisfazione: utenza o familiari e dipendenti

Ogni anno la scheda rilevazione del grado di soddisfazione (tenza/familiari) e la scheda di rilevazione apprezzamenti/reclami vengono inviate alle famiglie allegate alla Carta dei Servizi.

Il punto di vista delle famiglie e/o degli ospiti, la loro soddisfazione e percezione della qualità offerta dal Servizio, sono elementi importanti per realizzare efficaci valutazioni e quindi migliorare gli interventi. A tale scopo, si propone annualmente: alle famiglie e/o ai destinatari dell'intervento un questionario di soddisfazione, perché possano esprimere le loro opinioni in merito all'organizzazione del Servizio; ai dipendenti, qualunque mansione svolgano, un questionario di soddisfazione e miglioramento del servizio e delle procedure di lavoro. I questionari sono normalmente modulati ogni anno, a seconda degli aspetti dell'offerta che ci si prefigge di valutare: vengono comunque sempre indagate le dimensioni della qualità dell'offerta, dell'accoglienza e della professionalità degli operatori. La sintesi dei risultati dei questionari viene presentata successivamente agli attori coinvolti durante le equipe.

Strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite: salvaguardia dei diritti alla privacy o degli altri diritti della personalità

Nei trattamenti dei dati personali, anche di natura sensibile, la cooperativa applica severi criteri di sicurezza finalizzati alla riduzione pressoché totale dei rischi di distruzione o perdita, di accesso non controllato, di utilizzo non conforme alle finalità del trattamento.

Le informazioni e i dati che vengono richieste all'assistito o ai suoi congiunti si limitano a quelle indispensabili affinché nella progettazione del servizio si possa tenere conto della situazione complessiva dell'assistito.

Ogni informazione non indispensabile a questo scopo rappresenterebbe un inutile aggravio di responsabilità.

L'accesso al fascicolo sanitario dell'assistito è limitato, per mezzo di severe ed efficaci misure di sicurezza, al personale educativo, assistenziale, sanitario e direttivo. Il personale con mansioni generiche, o che comunque non prevedono la conoscenza del contenuto del fascicolo, riceve verbalmente o con altro mezzo, le sole informazioni necessarie ad adempiere ai propri compiti.

Il personale autorizzato a ricevere e fornire informazioni all'assistito o ai suoi congiunti autorizzati viene chiaramente indicato nei documenti di ingresso. Nessuna informazione può essere richiesta al personale non indicato.

La cooperativa limita al minimo indispensabile la circolazione non controllata delle informazioni che riguardano un assistito, tuttavia non è in grado di controllare la volontà dello stesso o dei suoi congiunti i quali possono, parlando con altri dentro o fuori la struttura, divulgare informazioni anche di natura sensibile.

Gestione di segnalazioni e reclami: revisione di forme di ristoro in caso di disservizi

Per ciascuna area di servizio la cooperativa apprezza considerazioni, suggerimenti, segnalazioni e reclami che provengono dall'utenza nell'ottica del miglioramento continuo della qualità del servizio offerto.

La violazione dei principi e dei contenuti descritti nella presente Carta dei Servizi possono essere segnalate, con qualsiasi modalità, direttamente alla Direzione della cooperativa; sarà cura della stessa rispondere entro 3 giorni lavorativi. Eventuali reclami scritti vengono regolarmente protocollati dall'Ufficio Amministrativo.

A discrezione della Direzione in collaborazione con le aree di coordinamento o su precisa indicazione dei regimi contrattuali con gli Enti Istituzionali, possono essere somministrati agli ospiti o ai loro familiari Questionari di gradimento.

La cooperativa prevede una forma eccezionale di ristoro in caso di violazione degli standard qualitativi o quantitativi o in qualunque altro caso di disservizi o accertato dal gestore su reclamo dell'utente. Sono esclusi dal ristoro i casi in cui l'inadempimento del gestore può non dare luogo a violazione degli standard quantitativi o qualitativi (caso fortuito, forza maggiore, eventi straordinari da definire con la maggiore precisione possibile, responsabilità di terzi, responsabilità dell'utente etc).