

CENTRO DIURNO DISABILI FIOR DI LOTO

Carta dei servizi

FIOR DI LOTO

società cooperativa sociale onlus
carta dei servizi agg. 01.09.2023





INDICE

7	PREMESSA
8	TIPOLOGIA DI SERVIZIO
9	DESTINATARI
10	FINALITÀ DEL SERVIZIO
12	MODALITÀ DI ACCESSO ALLA STRUTTURA
14	MODALITÀ DI ACCOGLIENZA
16	GESTIONE LISTA D'ATTESA
18	IL PERSONALE
20	LE ATTIVITÀ
24	MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO
26	GIORNATA TIPO
28	IL LAVORO DELL' ÉQUIPE
30	IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
32	IL LAVORO CON LE FAMIGLIE
34	RETTA DI FREQUENZA
36	SERVIZI DI SUPPORTO AL CENTRO
38	SISTEMA DI VALUTAZIONE
40	CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE
42	CONTATTI



Premessa

La **Carta dei Servizi** è un documento rappresentativo delle prestazioni e dei servizi rivolti ai cittadini ed al territorio di appartenenza. E' pensata per offrire risposte, informazioni, il più possibile dettagliate e complete.

E' strutturata per porre in evidenza gli elementi caratteristici e distintivi di ogni servizio erogato, nella sua specificità.

La Carta dei Servizi deve essere considerata una lente d'ingrandimento puntata sull'operato della Cooperativa, in grado di far leggere trasversalmente ad ogni cittadino le azioni, gli obiettivi e le modalità con cui si esplicita il proprio operato.

Tipologia di servizio

Il Centro Diurno Disabili (di seguito C.d.d.) è un servizio accreditato da Regione Lombardia che offre prestazioni socio-sanitarie a favore di persone con disabilità medio-grave e gravissima dipendenti da qualsiasi causa.

Nella Delibera Regionale n. VII/18334 del 23 luglio 2004 sono riportati gli standard gestionali e strutturali minimi per poter erogare il servizio.

Destinatari

Sono destinatari del servizio **persone maggiorenni con disabilità grave dipendente da qualsiasi causa, di norma di età compresa tra i 18 e i 65 anni.**

E' possibile inserire al C.d.d. anche persone disabili minorenni che potranno essere eccezionalmente accolte solo in presenza delle seguenti tre condizioni:

- 1. una specifica richiesta dei genitori o del tutore/amministratore di sostegno;**
- 2. una valutazione della necessità di interventi di lungo assistenza da parte dell'A.t.s. di appartenenza e/o dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile di riferimento o dello specialista neuropsichiatra infantile dell'Istituto di Riabilitazione extra ospedaliero accreditato;**
- 3. disponibilità dell'Ente gestore del servizio ad adeguare i propri interventi ai bisogni del minore.**

Finalità del servizio

La **finalità del servizio** è fornire alle persone con disabilità uno spazio d'accoglienza, di crescita e di integrazione sul territorio, attraverso la formulazione di progetti individualizzati.

Offrendo una struttura d'appoggio alla vita familiare, fatta di spazi educativi e ricreativi diversificati.

Per ogni ospite frequentante, l'equipe di lavoro elabora un P.I. - Progetto Individualizzato quale strumento multidisciplinare che consente di garantire uniformità, continuità e specificità d'intervento, secondo un approccio personalizzato.

Il servizio persegue i seguenti obiettivi generali:

1. Centralità della persona disabile e della sua famiglia nella predisposizione e nell'attuazione dei progetti d'intervento individualizzati: la famiglia è riconosciuta come primo agente educativo, pertanto il servizio si muove con l'obiettivo di sostenerla, rispettandone e stimolandone l'autonomia.

La persona disabile, nella definizione del progetto individualizzato, deve essere considerata non solo per la compromissione funzionale che possiede ma soprattutto per le risorse e la motivazione personale di cui è dotata. Solo in questo modo la persona può divenire protagonista attiva del proprio processo di evoluzione.

2. Crescita psicologica: è un processo che si realizza attraverso l'acquisizione di un maggior livello di autonomia e integrazione sociale con l'obiettivo di raggiungere il benessere globale della persona.

3. Qualità della vita: gli interventi mirano ad innalzare la qualità della vita degli utenti, cercando di raggiungere il massimo livello possibile.

A tale scopo, le risorse individuali vengono valorizzate

e stimulate in modo da consentire ai ragazzi di vivere il più possibile autonomamente.

- 4. Integrazione sociale:** è un obiettivo fondamentale di ogni progetto individuale e viene perseguito soprattutto attraverso le iniziative che prevedono un rapporto diretto con il territorio.

Modalità di accesso alla struttura

Le famiglie interessate all'inserimento di un familiare presso il nostro Centro Diurno, possono contattarci telefonicamente e prendere un primo appuntamento con il coordinatore del servizio. In tale occasione si potrà visitare la struttura e capire insieme se la nostra organizzazione può soddisfare i bisogni dell'interessato e della famiglia.

Possono richiedere l'inserimento anche i Tutori Legali e gli Amministratori di Sostegno. L'accesso in struttura e la conseguente presa in carico avviene solo previa verifica di idoneità al servizio e presa in carico da parte del Comune di residenza e dell'A.t.s. di riferimento.

L'idoneità al servizio è subordinata inoltre, alla compilazione da parte dell'Ente gestore della Scheda Individuale del Disabile (SIDi), strumento gestionale operativo di Regione Lombardia che suddivide in cinque classi di appartenenza le fragilità e le capacità dell'utente.

SIDi si compone di quattro parti:

- una parte contenente elementi anagrafici e anamnestici;
- una parte relativa ai dati clinici e sanitari;
- una parte attinente le abilità della persona;
- una parte amministrativa.

L'Ente gestore ha l'onere d'inviare SIDi attraverso un portale regionale, entro trenta giorni dalla presa in carico dell'utente. L'esito della classificazione è immediato.

Qualora l'utente non rientrasse in una delle cinque classi sarà considerato "non idoneo" al servizio.

In questo caso, il servizio provvederà a comunicare all'A.t.s. di competenza e all'Assistente Sociale del Comune di residenza l'esito. La famiglia non sarà lasciata a se stessa, al contrario, verrà accompagnata dall'Ente gestore e dall'Assistente Sociale verso un servizio idoneo.



Modalità di accoglienza

Qualora la famiglia sia intenzionata a procedere con l'inserimento deve presentare richiesta scritta al coordinatore del servizio che provvederà a consegnare la domanda al Consiglio di Amministrazione della Cooperativa.

Contestualmente si consiglia alla famiglia di comunicare al Comune di residenza la scelta effettuata.

La valutazione della domanda di ammissione spetta al solo Ente gestore che si avvarrà delle informazioni raccolte e della consulenza dell'equipe tecnica per fornire una risposta.

Qualora fosse positiva, il coordinatore terrà un colloquio con i famigliari, con il nuovo ospite e gli educatori di riferimento per approfondire una reciproca conoscenza e uno scambio di informazioni.

In questa fase si avvia un primo percorso di collaborazione con la famiglia per la raccolta di tutte le informazioni utili al fine di concordare le migliori prassi per procedere all'ambientamento.

Ogni persona manifesta modalità e tempi diversi per familiarizzare con uno spazio nuovo, nella piena consapevolezza di queste variabili l'ambientamento avverrà in modo graduale, secondo le fasi di seguito riportate:

- 1. l'utente viene accompagnato da un familiare a trascorrere qualche momento insieme agli educatori di riferimento e ad altri ragazzi frequentanti il servizio;**
- 2. l'utente viene invitato a stare al centro senza famigliari per un tempo limitato che si protrarrà di giorno in giorno.**

Lo scambio di pareri, dubbi e perplessità tra famigliari ed operatori è molto importante durante tutti i momenti di ambientamento.

La presa in carico del nuovo ospite passa attraverso un'osservazione iniziale da parte di tutta l'equipe che individuerà,

al suo interno, una persona che farà da referente ed avrà cura di raccogliere, elaborare le informazioni raccolte in una Relazione di Osservazione.

Solo in un secondo tempo si procederà con la stesura del Progetto Individualizzato.

Nel caso in cui la struttura sia “al completo”, cioè accolga già 24 ospiti, la richiesta verrà inserita nella lista di attesa.

Gestione lista d'attesa

L'inserimento di un nuovo utente presso il Centro Diurno Disabili Fior di Loto è subordinato alla effettiva disponibilità di posti liberi.

Nel caso di indisponibilità di posti, la richiesta sarà opportunamente inserita in lista di attesa, secondo le seguenti modalità:

- compilare e consegnare all'Ente gestore la domanda formale di inserimento, redatta dal genitore, dall'Amministratore di Sostegno o da Tutore Legale;
- consegnare all'Ente gestore la documentazione sanitaria in possesso, atta a certificare il grado e la tipologia di disabilità, nonché la documentazione di tutte le patologie in comorbidità.

Il Consiglio di Amministrazione è deputato alla presa in carico della richiesta d'inserimento e della seguente risposta, previa raccomandata alla famiglia. In caso di accettazione ed inserimento in lista d'attesa, si procederà con la valutazione dei cinque parametri specifici, atti a determinare l'idoneità al servizio e a generare, di conseguenza, una graduatoria.

Sono stati individuati cinque criteri per l'elaborazione della lista d'attesa:

1. Livello di urgenza rispetto all'inserimento

A) Caratteristiche del nucleo familiare; si considerano come elementi rilevanti le condizioni che rendono il nucleo familiare particolarmente fragile e bisognoso di sostegno e le situazioni di particolare disagio, potenzialmente limitanti o dannose che rendano urgente l'accesso ad un servizio diurno di supporto;

B) Caratteristiche del contesto sociale, sarà oggetto di riflessione l'inclusione nel territorio di appartenenza e le eventuali difficoltà economiche del nucleo familiare;

C) Presa in carico di altri servizi; si valuta se il richiedente è già inserito in una struttura analoga, se è in dimissione da

un altro Ente o se è completamente scoperto da servizi ed è in carico totalmente alla famiglia;

D) Gravità dei bisogni della persona, si esaminano i livelli di assistenza di cui l'utente necessita da un punto di vista comportamentale, assistenziale, medico-sanitario.

2. Valutazione dei bisogni e delle caratteristiche dell'utente in rapporto al gruppo di persone già inserito

A) Ambienti, spazi sia interni che esterni adeguati alle esigenze dell'utente;

B) Attrezzature, adeguatezza delle prestazioni infermieristico-tutelari in relazione ai livelli di assistenza;

C) Personale, professionisti specializzati per la tipologia di fragilità dell'utente.

3. Valutazione dei bisogni e delle caratteristiche dell'utente in relazione al gruppo già inserito

L'inserimento di un nuovo utente all'interno di un gruppo, modifica gli equilibri preesistenti: è perciò importante determinare la compatibilità, in modo da raggiungere quanto prima un nuovo equilibrio.

4. Data della richiesta d'inserimento

La cooperativa tiene conto anche della data della richiesta d'inserimento che deve essere formalizzata entro dodici mesi dal possibile inserimento.

5. Iscrizione presso altri servizi

Qualora il richiedente si trovi in lista d'attesa presso altri servizi, sarà premura dell'Ente gestore, sei mesi prima del supposto inserimento, contattare la famiglia e richiedere conferma dell'iscrizione.

Il personale

La vita del C.d.d. coinvolge figure professionali eterogenee per formazione ed esperienza che, lavorando in sinergia, sostengono gli utenti dal punto di vista assistenziale, motorio ed educativo-relazionale. Il personale assunto dalla cooperativa è composto da un coordinatore, da educatori professionali, da ausiliari socio assistenziali (ASA) e da operatori socio sanitari (OSS).

Concorrono a comporre l'equipe altre figure professionali: il medico psichiatra, lo psicologo, il fisioterapista, l'infermiere ed in base ai progetti individuali possono collaborare altre figure professionali di supporto o specialistiche.

Il coordinatore

Il coordinatore è il responsabile tecnico, psico-pedagogico del servizio, incaricato dalla cooperativa. Coordina ed organizza il lavoro dell'equipe multidisciplinare costituita da operatori interni ed esterni. Cura le relazioni con le famiglie, con il territorio, con gli Enti Pubblici e con gli altri servizi.

L'educatore professionale

L'educatore professionale attua specifici progetti educativi e riabilitativi, all'interno di un progetto terapeutico elaborato dall'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana.

Programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità della persona disabile per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia.

Organizza, gestisce e verifica la propria attività all'interno di servizi in integrazione con le altre figure, coinvolgendo l'utente, la famiglia e la collettività.

L'operatore socio assistenziale e l'operatore sanitario

L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori, ponendo attenzione specifica all'assistenza sanitaria e sociale:

- Assiste la persona nelle attività quotidiane di igiene personale;
- Collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle abilità;
- Realizza attività di animazione e socializzazione di singoli gruppi.

I riferimenti stabiliti dalla normativa regionale (D.G.R. n. 18334 del 23.07.04) per la definizione dello standard gestionale sono i seguenti:

- 20% ASA-OSS;
- 50% personale appartenente all'area educativa-riabilitativa e infermieristica;
- 30% definito dalla struttura, in base ai progetti individualizzati, tra le diverse figure professionali sopraindicate, cui può concorrere anche personale medico e psicologo. Possono inoltre concorrere OSS, operatori diversi (formazione / aggiornamento / specializzazione in musico / arte / danza / teatro terapia), maestri d'arte, laureati in pedagogia, diplomati ISEF.

Le attività

Le attività previste all'interno del C.d.d., nel rispetto delle caratteristiche e dei differenti profili di fragilità (come previsti dalla classificazione S.I.Di. e dai fascicoli FA.SA.S. individuali) si articolano nell'ambito delle seguenti aree in funzione dei Progetti Individualizzati:

Area socio-relazionale

Quest'area è volta a favorire l'interiorizzazione di regole di comportamento e al miglioramento dei rapporti interpersonali. Attraverso la proposta di obiettivi educativi realisticamente aderenti alle abilità, alle potenzialità e ai bisogni dell'utente, è possibile proporre forme di **autonomia personale** (attraverso il miglioramento del livello di autostima, della tolleranza alla frustrazione, della capacità di eseguire autonomamente gesti e azioni) e **sociale** (attraverso il miglioramento delle modalità di interazione con l'altro e con il gruppo).

Gli obiettivi generali che si propone quest'area sono:

- Acquisire consapevolezza delle proprie abilità;
- Migliorare l'autostima;
- Structurare e/o ampliare e/o consolidare le modalità di interazione col gruppo e con le figure di riferimento;
- Acquisire e/o consolidare l'autocontrollo in situazioni ansiogene;
- Rispetto delle regole all'interno di vari contesti;
- Conseguire forme di autonomia personale.

Area riabilitativo-motoria

La dimensione motoria interessa trasversalmente tutte le attività. Grazie ad un'attenta stimolazione dei vari settori dell'asse motorio, schema corporeo, coordinazione sia statica che dinamica, motricità globale e fine, è possibile far conseguire ai ragazzi la consapevolezza del sé corporeo, l'organizzazione spazio-temporale in rapporto al sé e forme di autonomia personale



e sociale. Si tratta di competenze indispensabili per l'approccio, più o meno vasto, ad altre forme di apprendimento.

Gli obiettivi generali che si propone quest'area sono:

- Acquisire e/o consolidare la conoscenza dello schema corporeo;
- Sviluppare e/o consolidare abilità di coordinazione globale e fine;
- Sviluppare e/o consolidare abilità senso-percettive;
- Sviluppare la motricità fine e la coordinazione oculo-manuale.

Area cognitiva

Le funzioni psichiche quali, apprendimento, memoria e attenzione devono essere coltivate e stimolate trattandosi di facoltà che migliorano con l'esercizio e che facilitano l'acquisizione di competenze in tutti gli altri settori. Pertanto, interventi mirati possono consentire alla persona di imparare attraverso molteplici forme di apprendimento.

Gli obiettivi generali che si propone quest'area sono:

- Potenziamento della memoria;
- Potenziamento dell'attenzione;
- Produrre messaggi con l'uso di linguaggi, tecniche, materiali diversi;
- Ascoltare e comprendere semplici messaggi;
- Decodificare immagini come ad esempio le PCS (Picture Communication System).

Area delle autonomie personali

Per autonomia personale si intende lo sviluppo o il mantenimento di tutte quelle abilità che danno all'individuo la possibilità di limitare la richiesta d'aiuto durante l'arco della sua giornata.

Le abilità di autonomia personale rivestono un ruolo molto importante nell'accrescere l'integrazione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità.



Obiettivi generali che si propone quest'area sono:

- Potenziare le abilità nella cura primaria (mangiare, lavarsi, vestirsi ecc...);
- Acquisizione e/o potenziamento delle abilità domestiche.

Area comportamentale

I disturbi del comportamento rientrano, in base all'intensità, alla frequenza o alla durata, in quelle azioni che possono mettere in pericolo la sicurezza fisica della persona e/o degli altri. Sono atteggiamenti che limitano l'accesso dell'utente ad alcuni setting o attività. I disturbi del comportamento possono assumere forme gravi manifestandosi attraverso agiti auto o etero aggressivi.

Obiettivi generali che si propone quest'area sono:

- Acquisizione di abilità sociali;
- Riduzione dell'ansia;
- Acquisizione di gesti sostitutivi in caso di autolesionismo o aggressività etero diretta;
- Diminuzione di stereotipie disfunzionali.

Gli obiettivi definiti in modo generale nelle diverse aree d'intervento, diventano obiettivi specifici e mirati in ogni Progetto Individuale e il raggiungimento degli obiettivi avviene attraverso la strutturazione di attività finalizzate.





Modalità di funzionamento

Come previsto dalla D.G.R. 18334/2004, il C.d.d. osserva un'apertura all'utenza di 35 ore settimanali, distribuite in 47 settimane all'anno per un totale di 230 giorni, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:30 alle ore 15:30.

La programmazione delle attività settimanali, si distingue tra il periodo invernale, che va da ottobre a maggio e il periodo estivo che abbraccia i mesi da giugno a settembre.



Giornata tipo

Di seguito riportiamo la scansione della giornata, descrivendo i momenti principali.

Accoglienza

E' il momento di "transizione" in cui l'utente si separa dalla famiglia ed entra in contatto con gli spazi, gli operatori e gli altri utenti del servizio: è presente in tutti un forte bisogno di rassicurazione e di contenimento.

Per questo, gli utenti, una volta riposte le proprie cose e salutato le persone presenti, hanno un "setting rigido" in cui inserirsi: si ritrovano nello stesso spazio, con gli stessi compagni e con gli stessi operatori; l'equipe considera molto importante curare questo "passaggio" che richiede un "mettersi in ascolto" rispetto ai vissuti positivi/negativi portati da casa che vanno filtrati o rinforzati prima di iniziare l'attività della mattina.



Attività strutturata

Le attività strutturate si suddividono in "Interne ed Esterne" e variano a seconda delle finalità per i singoli e per il gruppo.



Riposo

In base alle necessità ed alle indicazioni della famiglia, si possono organizzare momenti di riposo.



Preparazione al pasto

Riordino stanze, lavaggio mani e preparazione al proprio tavolo. Sparecchiatura, utilizzo carrelli con vasche dove riporre le stoviglie sporche.



Igiene personale

Dopo pranzo: lavaggio denti, mani.



Attività strutturata

Le attività strutturate si suddividono in “Interne ed Esterne” e variano a seconda delle finalità per i singoli e per il gruppo.

Riposo

Dopo pranzo. Possibilità di riposare in base alle necessità ed indicazioni della famiglie.

Preparazione all'uscita

Molta attenzione viene posta al momento del “distacco” dal C.d.d.: prima del rientro a casa si ricorda agli utenti il programma del giorno successivo, attività, compagni, operatori di riferimento.



Il lavoro dell'equipe

L'equipe multidimensionale durante le programmazioni annuali, opera in sinergia per elaborare attività di gruppo che partono dai bisogni degli utenti.

Nel nostro contesto multidisciplinare vengono verificati e rielaborati gli obiettivi dei progetti individualizzati.

Durante la pianificazione si cerca di non stravolgere le attività dei mesi precedenti, ma di mantenere quelle dove i gruppi hanno raggiunto un buon equilibrio e dove vi sono ancora dei margini di lavoro.

Le programmazioni si suddividono in tre momenti nell'arco dell'anno:

- **nel mese di settembre** i giorni dedicati alla programmazione sono due, nei quali si verifica l'andamento dell'anno educativo trascorso, partendo dagli esiti dei progetti individualizzati e dall'andamento dei gruppi, inoltre si programma l'anno educativo da iniziare;
- **nel mese di gennaio** si dedica una giornata alla verifica intermedia;
- **nel mese di maggio** una giornata indirizzata alla chiusura delle attività invernali e alla pianificazione delle attività estive.

L'attenzione, in ogni programmazione è posta alla persona e si fonda sulla relazione tra operatore, utente e tra i ragazzi stessi.

Questo aspetto comporta, da parte degli operatori, la necessità di pensare, elaborare e verificare continuamente il proprio operato in termini non tanto e non solo di 'cosa si fa' ma del 'come' e 'perché' si fa.

La finalità del servizio è di fornire alle persone con disabilità uno spazio d'accoglienza, di crescita e di integrazione sul territorio, attraverso la formulazione di progetti educativi. Offrendo una struttura d'appoggio alla vita familiare, fatta di spazi educativi e ricreativi diversificati.

Per ogni utente, l'equipe di lavoro elabora un P.I. "Progetto Individualizzato" quale strumento multidisciplinare che consente di garantire uniformità, continuità e specificità d'intervento, secondo un approccio personalizzato. A partire da un'attenta osservazione nelle diverse aree di intervento, il progetto contiene obiettivi in ambito educativo, socio-assistenziale, socio-relazionale cognitivo-comportamentale, autonomie personali, riabilitativo-motorio. Ogni progettualità viene pensata e discussa durante le programmazioni annuali.

Il progetto individualizzato

Il **Progetto Individualizzato** costituisce uno degli strumenti per realizzare il pieno sviluppo delle abilità personali e la piena integrazione delle persone con disabilità nell'ambito della vita familiare e sociale.

Il P.I. definisce puntualmente la programmazione personalizzata per favorire il pieno sviluppo delle potenzialità della persona con disabilità.

Individua gli obiettivi generali e specifici che la persona disabile raggiunge attraverso la partecipazione ad attività appositamente progettate. L'individuazione degli obiettivi viene realizzata sulla base della vision della persona espressa nell'I.C.F. ("International Classification of Functioning, Disability and Health" – "Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute").

Inoltre, il progetto cerca di garantire:

1. un accompagnamento degli utenti nella naturale ricerca del loro benessere, della soddisfazione personale e di una buona qualità della vita;
2. una diversa gamma di attività che, al fine di permettere esperienze diversificate e significative, trovano concreta applicazione sia presso il C.d.d. che in servizi presenti sul territorio, luogo di sperimentazione e di insegnamento diretto, in un rapporto stretto e costante con la comunità sociale in quanto parte attiva del P.I.;
3. l'integrazione sociale intesa non solo come essere con altri in situazioni di vita reale ma quale presenza visibile atta a favorire la crescita di una cultura di solidarietà;

Il P.I. di ciascun utente viene sottoposto a verifica semestrale e riformulato annualmente nel periodo settembre /ottobre, la verifica viene realizzata da tutta l'equipe multi professionale. È inoltre sempre condiviso con i famigliari.





Il lavoro con le famiglie

Nell'azione di cura, la famiglia è fondamentale per favorire, in stretta collaborazione con tutti gli attori, i processi di autonomia e d'integrazione sociale.

E' necessario che essa sia concretamente sostenuta con interventi coordinati di diversa natura, che offrono risposte adeguate e mirate alle specifiche esigenze.

La famiglia è una risorsa che deve essere necessariamente sostenuta e valorizzata e, come servizio vengono agite strategie e pensati contenitori che aiutano a mantenere uno stretto rapporto con le famiglie dei ragazzi che seguiamo quotidianamente.

La "centralità della famiglia" è un principio fondamentale visto che il pensiero psico-pedagogico si fonda sulla presa in carico globale dell'utente. Questo significa che è indispensabile la partecipazione dei famigliari nella vita dei loro cari al centro.

La collaborazione si può concretizzare attraverso:

- riunioni generali;
- colloqui individuali con gli operatori di riferimento. In questa sede emergono le specificità di ogni situazione, c'è uno scambio diretto di opinioni, di intenti e soprattutto di finalità. Questa è l'occasione per condividere il progetto individualizzato, le attività specifiche e tutte le problematiche nascenti.
- colloquio annuale con il medico psichiatra della nostra struttura, con lo scopo di dare sostegno ai famigliari e trovare soluzioni alle problematiche dell'utente di tipo comportamentale e medico.



Retta di frequenza

La retta di frequenza al C.d.d. si compone di due contributi: uno sanitario ed uno socio assistenziale. Il contributo sanitario è erogato da Regione Lombardia, tramite l'A.t.s. competente, in base a contratti stipulati direttamente con la cooperativa (ente gestore).

L'entità del contributo è stabilito da Regione Lombardia secondo il sistema di classificazione delle fragilità degli ospiti: scheda SIDI. Tale classificazione vede l'individuazione di cinque classi di fragilità con relativi minutaggi e contributo economico correlato.

A questo, si aggiunge quello socio assistenziale, determinato dal Piano di Zona.

Questo contributo è sostenuto dai Comuni di residenza degli utenti del servizio.

Contributo sanitario

Il contributo sanitario è stabilito da Regione Lombardia, in base al sistema di classificazione delle fragilità presentate dagli utenti del servizio. Attualmente le classi individuate sono cinque: dalla classe 1, corrispondente ad una maggiore gravità che si evince dal quadro psicopatologico dell'utente e dalle patologie in comorbidità, si arriva alla classe 5 ritenuta meno grave sempre da un punto di vista psicopatologico e delle patologie in comorbidità.

Ad ogni classe viene attribuito un carico assistenziale espresso in minuti settimanali, di seguito riportato:

Classe	Liv. di fragilità	Minutaggio	Contributo
1	Alto	1300	€ 63,20
2	Medio alto	1100	€ 59,50
3	Medio	900	€ 55,60
4	Medio basso	750	€ 51,80
5	Basso	600	€ 49,00

Regione Lombardia prevede, inoltre, che al raggiungimento del minutaggio settimanale concorrano figure professionali diverse, appropriate ai bisogni educativi ed assistenziali individuali.

Il contributo socio assistenziale concordato con il Piano di Zona di Mantova, è stato individuato in € 45,08 giornalieri e di € 5,14 per il pasto. Tale contributo è sostenuto a totale carico dei Comuni di residenza degli Utenti frequentanti il C.d.d. o in compartecipazione con le famiglie sulla base dell'ISEE socio-sanitario.

Contributo socio assistenziale

Per quanto riguarda i costi a carico delle famiglie, è richiesta la partecipazione alle spese che la Cooperativa sostiene per organizzare i/il soggiorni/o climatici/o, progetti di semiresidenzialità protetta ed escursioni/gite sul territorio che prevedono l'appoggio a personale specializzato o strutture specifiche all'accoglienza. Si rilasciano le certificazioni ai fini fiscali.

Servizi di supporto al centro

Mensa

Il servizio mensa è affidato ad una ditta esterna che provvede alla sola fornitura dei pasti scelti dall'equipe in base ai diversi bisogni. All'interno del centro é presente un locale attrezzato per la porzionatura dei cibi da somministrare.

Il menu, condiviso con una dietista della ditta fornitrice, viene elaborato in base alle esigenze degli utenti.

Si garantisce la possibilità di seguire diete particolari a chi presenta intolleranze od allergie alimentari.

Il coordinatore concorderà con le famiglie la documentazione da presentare.



Somministrazione farmaci

Il C.d.d. garantisce la somministrazione di farmaci agli utenti tramite un infermiere professionale.

Tale procedura verrà attivata solo su presentazione di prescrizione medica.



Trasporti

Il servizio di trasporto, da e per casa, verrà attivato previa presentazione di una richiesta scritta e tempestiva della famiglia, al Comune di residenza.

La cooperativa non si occupa del trasporto, generalmente viene attivato dal Comune con erogatori esterni.



Modalità di dimissioni

Le dimissioni di un utente dal C.d.d. sono previste nei seguenti casi:

- Assenza ingiustificata per almeno venti giorni consecutivi.
La procedura di dimissioni sarà attivata previa contestuale comunicazione alla famiglia, al Comune di residenza ed all'A.t.s. territoriale;



- Richiesta specifica della famiglia, (tutore legale amministratore di sostegno...) Rispettando un preavviso di almeno quindici giorni, da consegnare alla cooperativa, al comune di residenza ed all'A.t.s. competente;
- Proposta della cooperativa per l'insorgere di problematiche particolari.

Sistema di valutazione

La Cooperativa mette a disposizione dei propri portatori d'interesse, un sistema di segnalazione e di valutazione che tiene in considerazione la possibilità di mantenere l'anonimato, se lo si desidera.

Ogni anno viene somministrato un questionario di gradimento rivolto a famigliari, lavoratori e soci. Si tratta di documenti che individuano diverse voci in base alla diversa tipologia.

Nello specifico, per quanto attiene le famiglie, vengono toccati macro ambiti di interesse da sopporre a valutazione:

- le attività;
- il personale;
- i servizi offerti;
- la valutazione generale;
- il rapporto con l'ente gestore.

I risultati dei questionari raccolti vengono analizzati e ne viene data una pubblica restituzione con la redazione del Bilancio Sociale o all'interno dei contesti societari previsti.

Inoltre, viene messo a disposizione un apposito modulo, in formato cartaceo e digitale, da utilizzare in caso si vogliano segnalare disservizi, miglioramenti auspicabili da portare in evidenza.

I questionari ed il modulo di segnalazione possono essere scaricati direttamente dal sito della Cooperativa o ritirati presso le sedi operative di Fior di Loto.

La segnalazione verrà presa in carico e verificata nell'arco di una settimana dalla data di ricevimento.



Consiglio d'amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è l'organo di gestione e di direzione della Cooperativa stessa. Eletto direttamente dai soci, ogni tre anni come da Statuto Sociale, è costituito da un numero di sette persone, come da elenco sottostante:

Michele Bertolini

Legale Rappresentante/Presidente – socio volontario

Alessandra Burato

Vice Presidente – socio lavoratore

Stefania Carnevali

Consigliere – socio volontario

Barbara Filippini

Consigliere – socio lavoratore

Ilaria Gaifa

Consigliere – socio lavoratore

Anna Lanza

Consigliere – socio volontario

Paolo Tassi

Consigliere – socio lavoratore



Contatti utili

Sede legale della Cooperativa: strada San Martino 2/b
Località Formigosa - 46100 Mantova

Telefono 0376 302753

e-mail info@coopfiordiloto.it

Direzione generale

Barbara Filippini – barbara.filippini@coopfiordiloto.it

Amministrazione

Sara Facconi – sara.facconi@coopfiordiloto.it

Responsabile Area Adulti Disabili

Alessandra Burato - alessandra.burato@coopfiordiloto.it

Coordinamento C.d.d.

Paolo Tassi – paolo.tassi@coopfiordiloto.it

FIORDILOTO 