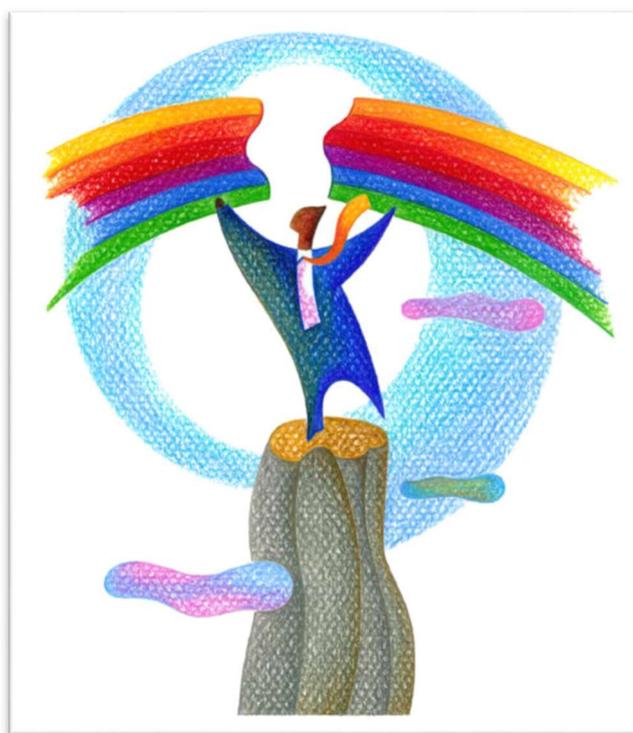


Srp 3.1 FASE PROGRESS IN GROUP LIVING 1
VIA RICCI N. 23
14034 Castello di Annone (AT)

Carta dei Servizi



CARTA DEI SERVIZI

INDICE

Come raggiungerci

Indirizzi e recapiti

Carta del servizio

- Che cos'è
- Cosa contiene

Finalità

Mission

Chi siamo

Mappa del nostro servizio

Organizzazione del servizio

Descrizione dei destinatari

Metodologia del lavoro

Descrizione della struttura

Modalità di ammissione e dimissione degli ospiti

- Lista di attesa
- Presa in carico e individuazione P.T.R.P.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

La verifica del progetto

Documentazione

Mantenimento posto letto

Dimissione

Richiesta copia della cartella clinica individuale

Rapporti con i servizi di riferimento

Rapporti con le famiglie

Personale

Funzioni del personale

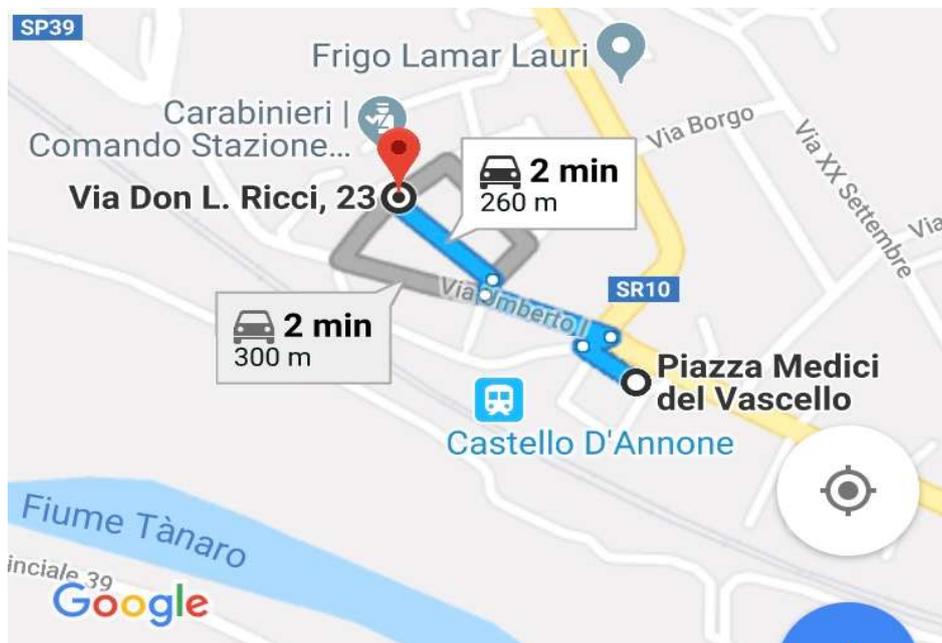
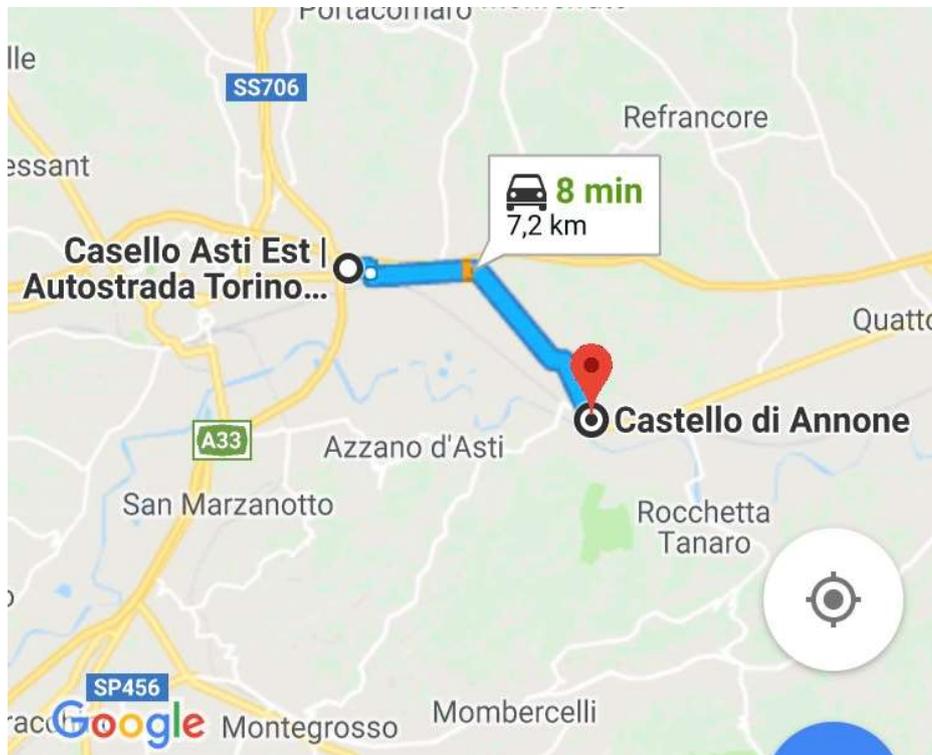
- Legale rapp.te / Coordinatore dei servizi
- Educatore Professionale
- Infermiere Professionale
- Operatore Socio Sanitario
- Amministrativo
- Schema tipo delle presenze giornaliere

Organigramma del personale

Attività riabilitative

Giornata tipo del day house dal lunedì al venerdì
Giornata tipo del day house sabato e domenica
Prestazioni erogate
Diete speciali
Mezzi di trasporto
Lavoro
Assistenza di medicina generale
Assistenza specialistica
Prestazioni aggiuntive
Prestazioni escluse
Polizza Assicurativa
Corredo personale
Diritti degli utenti
Doveri degli utenti
Diritti e doveri della famiglia
Controllo della qualità del servizio
Gestione dei reclami
Tutela dei dati e gestione della privacy

Come Raggiungerci



Carta del Servizio

La "Carta dei servizi" è uno strumento di comunicazione e presentazione dei servizi erogati destinata alle famiglie, agli ospiti e agli inviati.

Con questa carta l'ente gestore si pone l'obiettivo di offrire ai destinatari una corretta informazione sulle prestazioni erogate e sui servizi connessi.

Che cos'è

È uno strumento che:

- ✚ **Informa** gli utenti sul servizio offerto e sulle modalità di accesso;
- ✚ **Rende partecipe** l'utenza al fine di impegnare il gruppo di lavoro a mantenere e migliorare i servizi proposti;
- ✚ **Tutela** gli utenti da eventuali inadempienze dell'ente gestore;
- ✚ **Garantisce** la qualità dei servizi, verificando il grado di soddisfazione degli utenti.

Cosa contiene

- ▶ L'indicazione delle prestazioni e dei servizi offerti;
- ▶ Descrive gli interventi del progetto
- ▶ Individua gli strumenti di tutela dell'utente;
- ▶ Definisce i tempi di validità ed i modi di pubblicità della carta;
- ▶ Indica le modalità per eventuali reclami in caso di mancato rispetto degli impegni contenuti nella Carta a tutela dei propri diritti.

FINALITA'

Principio fondamentale è la promozione della salute della persona con disagio psichico, che si attua mediante interventi riabilitativi sulla base di progetti personalizzati.

La continuità delle progettualità in corso è un punto imprescindibile di partenza per una presa in carico globale che andrà, in un primo momento, a consolidare e successivamente a elaborare nuove progettualità personalizzate.

I punti fondamentali sui quali si intende focalizzare tutta la progettualità sono:

- a) **L'accoglienza**, una premessa indispensabile per impostare un'operatività orientata all'apertura e all'accettazione dell'altro.
- b) **Il percorso educativo**, da realizzare come possibilità per ogni utente di individuare i propri bisogni fondamentali e come ricerca e attivazione tempestiva delle risposte da parte dell'équipe.
- c) **Il clima**, inteso come insieme di condizioni psicologiche e culturali che caratterizzano l'ambiente e come garanzia che la ricerca di benessere è continua.
- d) **L'osservazione permanente**, come possibilità per l'operatore di osservare e verificare insieme al gruppo di lavoro ciò che accade.
- e) **La trasparenza**, un modello del rapporto utente-operatore che permette ad entrambi di verificare in tempo reale quali sono le vicendevoli possibilità e se gli accordi sono sempre rispettati.
- f) **Il contratto scritto**, quale modalità operativa che impegna le parti utente/operatore e servizi inviati in azioni finalizzate al raggiungimento di un obiettivo condiviso.
- g) **La formazione continua del personale**, per evitare di fermarsi ad una quotidianità scontata, momento di confronto per leggere, sviluppare e ridefinire i dati rilevati dalla pratica.
- i) **Il territorio**, una componente del progetto fondamentale che fornisce agganci a tutti i livelli, la partecipazione alla vita della comunità locale e un punto nodale per l'inclusione sociale. Per tale motivo vengono privilegiati i momenti di aggregazione e partecipazione alle manifestazioni culturali in essere.
- j) **Il benessere**, come ricerca continua, ma non ossessiva, di mantenere la propria identità di persona attiva.

PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO E MISSION

La SRP 3- 24 ore - **GROUP LIVING 1** rappresentano un'unità di alloggi collettivi e rispondono all'esigenza di fornire, a quei pazienti che hanno già avviato un percorso di autonomia e di riabilitazione, l'accesso alla fase **PROGRESS**, fase più avanzata di autogestione della propria vita, condividendo l'esperienza in un piccolo gruppo.

Ciò attraverso una convivenza, guidata da personale idoneo, a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo individuale e mirata ad un passaggio di autonomizzazione graduale, all'inserimento sociale, culturale e lavorativo dei pazienti in **"FASE AUTONOMY"**

Gli stessi rimangono in carico al Servizio Inviante, titolare del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, e l'ente gestore fornisce le attività di supporto, necessarie al concretizzarsi del progetto stesso, attraverso protocolli di intesa con l'Ente inviante.

La priorità all'inserimento nella Fase Progress del ***Group Living*** è per quei soggetti che hanno già vissuto un'esperienza di Comunità ad alto livello di protezione (SRP 2 livello 1), e che necessitano di una fase intermedia al reinserimento sociale.

L'obiettivo del servizio è quello di migliorare la qualità di vita dei destinatari del Progetto, consentendo l'implementazione di scambi con gli operatori coinvolti in tale percorso, la promozione di nuove occasioni di socializzazione e l'integrazione nel proprio ambiente di residenza, potenziando il loro senso di appartenenza alla comunità locale ed evitando lo sradicamento dal contesto d'origine.

L'appartamento garantisce il **"diritto alla casa"** ed il paziente ne diventa *inquilino*.

L'abitazione, presa in affitto dall'Incontro Srl, è inserita in un contesto urbano fornito da servizi essenziali, facilmente accessibili ed utilizzabili, al fine di agevolare la convivenza e l'integrazione sociale del gruppo.

Il tempo di permanenza può variare in base alle caratteristiche ed ai bisogni di ognuno.

Chi Siamo

L'Incontro è nato nel 1990 ed opera nel settore dei servizi socio- sanitari su tutto il territorio regionale ed extra regionale; promuove e gestisce servizi alla persona, nel rispetto dell'individualità e del contesto comunitario di appartenenza, svolge, inoltre, attività di studio ed elabora progetti di interesse collettivo in riferimento ai vari settori di intervento (anziani, famiglie, minori, portatori di handicap fisici e psichici)

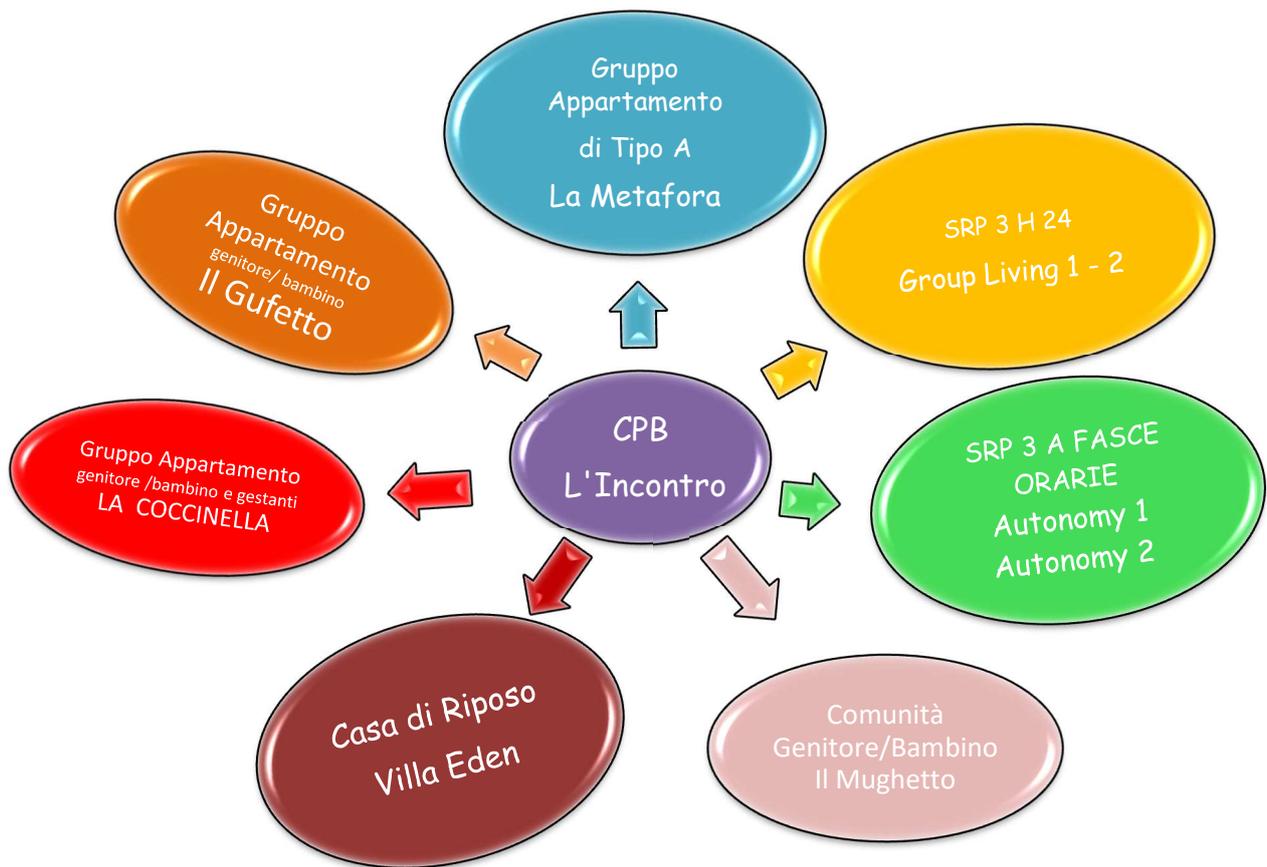
La società si avvale sia dell'attività lavorativa di consulenza che di personale dipendente con specifiche competenze professionali.

Per la gestione dei servizi l'Incontro fa riferimento ad un sistema di qualità interno.

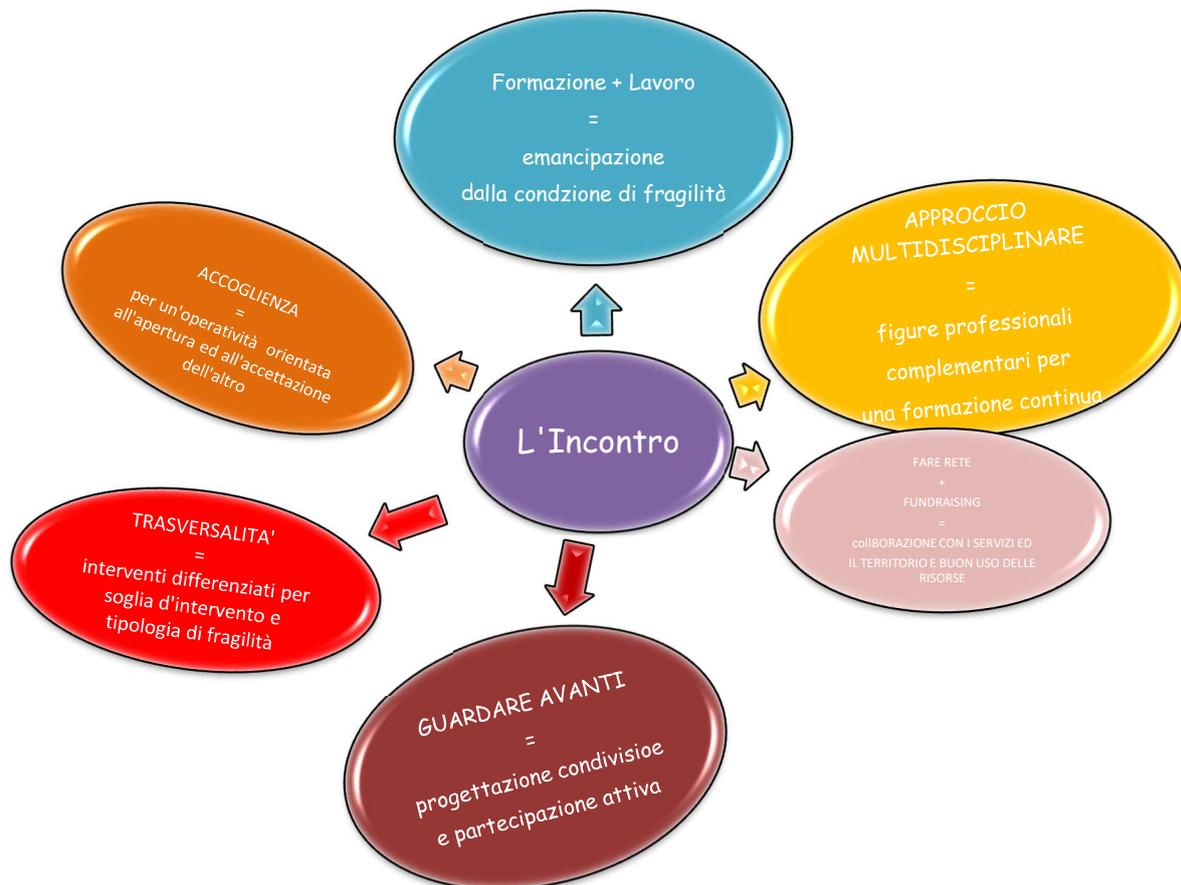
Gestisce in convenzione con i D.S.M.:

- ☛ n. 1 Struttura Residenziale Psichiatrica 2 - livello 1 - denominata "**L'Incontro**". 84-4451/2021
- ☛ n. 1 SRP 3 - 24 ore - denominata "**Group Living 1**" D.g.r. . 84-4451/2021
- ☛ n. 1 SRP 3 - 24 ore - denominata "**Group Living 2**" D.g.r. . 84-4451/2021
- ☛ n. 1 SRP 3 - livello 3 - fasce orarie - denominato "**Autonomy 1**" D.g.r. . 84-4451/2021
- ☛ n. 1 SRP 3 - livello 3 - fasce orarie - denominato "**Autonomy 2**" D.g.r. . 84-4451/2021
- ☛ n. 1 Gruppo Appartamento denominato "**La Metafora**" Dgr. 230/97
- ☛ n. 1 Casa di riposo (R.A.) denominata "**Villa Eden**" Dgr 38/92
- ☛ n. 1 Gruppo Appartamento per Genitore/Bambino denominato "**Il Gufetto**" (Dgr n. 25 del 18-12-2012)
- ☛ n. 1 Gruppo Appartamento per Genitore/Bambino e gestanti denominato "**La Coccinella**" (Dgr n. 25 del 18-12-2012)
- ☛ n. 1 Comunità denominata "**Il Mughetto**" (Dgr n. 25 del 18-12-2012)

Le Nostre Strutture



Come Lavoriamo?



OBBIETTIVI DEL SERVIZIO

L'obiettivo primario della SRP 3 h 24 è aiutare gli ospiti ad acquisire il maggiore livello di benessere ed autonomia anche attraverso l'integrazione e l'inclusione sociale con il potenziamento della rete sociale presente sul territorio.

Gli obiettivi e le strategie di intervento sono personalizzati per ciascun ospite e individuati dall'equipe riabilitativa in accordo e con il contributo del paziente e della famiglia.

La specificità dell'approccio consiste:

- Sostegno alla persona nel mantenimento e nel consolidamento delle proprie capacità;
- Individuazione e/o potenziamento delle risorse di rete, funzionali a favorire le possibilità di socializzazione e, ove possibile, percorsi lavorativi;
- Potenziamento della cura del sé e del proprio spazio abitativo;
- Apprendimento di capacità di convivenza sociale;
- Aumento dell'autonomia sociale ed abitativa;

L'intervento si propone di aiutare il soggetto:

- a riconoscere il proprio disagio
- a prendere coscienza dei propri bisogni e difficoltà
- a stabilire relazioni funzionali
- a conquistare la maggiore autonomia possibile sia nell'ambito della gestione quotidiana dei propri spazi e bisogni che nell'ambito delle competenze relazionali, sociali e occupazionali.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

La struttura funziona 7 giorni su 7, con una copertura sulle 24 ore, per 365 giorni all'anno. Gli operatori, tutti in possesso del titolo specifico alla mansione preposta, svolgono le proprie prestazioni in turni, assicurando la continuità del servizio.

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti rispecchia la Dgr . 84-4451/2021

L'organizzazione delle attività quotidiane prevede la costruzione di relazioni personalizzate dove ogni individuo può trovare uno spazio adeguato alla propria originalità.

DESTINATARI

Le unità abitative si rivolgono a soggetti di ambo i sessi, di età compresa tra i 18 ed i 50 anni, che abbiano superato la fase post-critica e siano in grado di aderire ad un progetto riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale e lavorativo al di fuori della struttura comunitaria.

Il Group Living si configura come proposta residenziale- terapeutica in cui la tipologia di utenza è "intermedia", con minor livello di sofferenza individuale, ma con maggiore autonomia rispetto alla Comunità (SRP 2), con una costante presenza degli operatori, prevalentemente tesa al mantenimento e maggior recupero possibile delle autonomie individuali.

Il progetto di massima prevede, invece, lo strutturarsi di una "rete" intorno alla quale si configuri l'integrazione del singolo e del gruppo all'interno del contesto sociale territoriale.

METODOLOGIA DEL LAVORO

La metodologia di lavoro prevede le seguenti azioni:

- ☀ ***lavoro preliminare ed organizzativo con il servizio inviante coinvolto nel progetto integrato;***
- ☀ ***avvio di un percorso formativo iniziale per gli operatori;***

Per raggiungere un intervento di qualità occorre che l'equipe di lavoro condivida un'impostazione globale, cioè una filosofia di intervento costituita di valori, atteggiamenti e prassi.

Si configura come necessario, quindi, una formazione preliminare degli operatori, capace di generare un insieme di regole, procedure e compiti.

L'equipe inviante si farà carico di:

- ✗ ***redigere un progetto personalizzato;***
- ✗ ***monitorare il percorso personalizzato di ogni ospite a suo carico;***
- ✗ ***effettuare periodiche riunioni con l'équipe operante in struttura al fine di verificare l'andamento del progetto terapeutico riabilitativo.***

DESCRIZIONE DELLE UNITÀ ABITATIVE

La struttura, predisposta per accogliere n. 2 unità abitative, ciascuna delle quali accoglie n. 5 pazienti, di ambo i sessi, per un totale di n. 10 p.l.

L'alloggio è dotato degli accorgimenti necessari a favorirne un'ospitalità accogliente e personalizzata.

Lo stabile è servito da un piccolo cortile comune destinato alle due unità abitative.

La SRP 3 è ubicata in pieno centro urbano, servita dai servizi di trasporto (F.S. pullman) ed usufruisce di tutti gli altri servizi presenti sul territorio locale.

La SRP 3 h. 24 Group Living 1 è situata al piano terra dello stabile ed è composta da:

- n. 1 camera da letto con 2 p.l. e bagno in camera;
- n. 1 camera da letto con 2 p.l. e bagno in comune;
- n. 1 camera da letto a 1 p.l. con bagno in comune;
- n. 1 cucina abitabile;
- n. 1 salone polivalente;
- n. 1 camera operatore/ufficio;
- n. 1 bagno accessibile;
- n. 1 locale lavanderia;

Preso in carico e individuazione del progetto personalizzato

L'accoglienza di un nuovo utente viene proposta dal DSM, che ha in carico il paziente, ne esercita la presa in carico istituzionale ed ha formulato un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato.

Nell'ambito di questi vincoli (presa in carico e progetto del servizio psichiatrico), la SRP comincia a costruire il proprio rapporto con l'utente e la propria presa in carico, riservandosi, ogni volta che viene ritenuto necessario o opportuno, di ricontrattare, con l'inviante, il P.T.R.P.

La presa in carico da parte della Struttura prevede che l'operatore conosca la storia del paziente e abbia ben chiari gli obiettivi da proporre, per poter ridefinire (contrattare), in ogni momento, i passi del percorso.

L'intervento progettuale si compone dei seguenti elementi:

- **il tempo (progettazione, attuazione e verifica),**
- **lo spazio (il setting),**
- **la strategia (assicurare una stretta connessione tra casa, rete sociale e lavoro).**

La presa in carico va considerata come un processo graduale di osservazione, di condivisione con l'utente e con tutti gli attori coinvolti in un percorso modificabile che si pone degli obiettivi raggiungibili di benessere e di riabilitazione a diversi livelli.

Il progetto viene elaborato assieme alla persona e alla rete sociale di riferimento e si concretizza in azioni, con fasi di valutazione e di osservazione partecipata, finalizzate a ritardare costantemente la progettualità.

L'elaborazione del P.T.R.P. avviene mediamente dopo tre mesi di osservazione della persona dal suo ingresso in struttura.

E' fondamentale ridare significato al tempo, offrendo un progetto di cambiamento individuale, risorse per poterlo realizzare e un ambiente comunitario che sappia accogliere non solo la persona, ma la persona con la sua malattia.

Un altro aspetto importante da considerare nell'elaborazione del P.T.R.P. è il porsi obiettivi che, gradualmente, possano andare oltre la situazione protetta della struttura. L'obiettivo principale quindi è la riproducibilità all'esterno dei risultati ottenuti in situazioni protette.

Il percorso va inteso come percorso a tappe e, pertanto, il tracciato riabilitativo non può essere privato di qualche tappa importante o fermarsi a quella iniziale, e le diverse tappe vanno progettate come punto di approdo e punto di partenza, vanno sintonizzate sullo stesso obiettivo e vanno mantenute in relazione, sia sul piano metodologico che su quello operativo.

Per superare questi aspetti critici si ritiene necessario configurare percorsi riabilitativi che si muovono oltre la struttura, mantenendo come punti fermi da sviluppare le diverse possibilità occupazionali, lavorative e la comunità locale per ancorare la progettualità ai contesti reali.

Qualora il paziente fosse d'accordo ad intraprendere il percorso si stabilisce la data di ingresso.

Il giorno dell'ingresso nella Struttura la famiglia, o chi per essa, è tenuta a fornire la seguente documentazione personale dell'ospite:

- ✓ carta d'identità;
- ✓ codice fiscale o fotocopia;
- ✓ tessera Sanitaria;
- ✓ revoca del medico di base (c/o le Asl competenti esiste apposito modulo);
- ✓ certificati di esenzioni ticket;
- ✓ cartelle cliniche relative ad eventuali precedenti ricoveri in copia;
- ✓ copia dell'eventuale verbale di invalidità;
- ✓ indicazione di eventuali intollerabilità a farmaci o allergie specifiche (a mezzo di dichiarazione scritta del medico di base o specialista);
- ✓ vestiario idoneo alla sua permanenza, contrassegnato dal proprio numero di cartella clinica che gli è stato comunicato precedentemente;
- ✓ fornire alla struttura tutti i recapiti telefonici.

Il D.S.M. inviante provvederà a fornire:

- l'autorizzazione all'inserimento del D.S.M. competente per territorio;
- dimissioni, se provenienti da altre strutture (SPDC, case di cura, C.A. etc.);
- esami Ematochimici e strumentali relativi al trimestre precedente all'inserimento in struttura;
- se in terapia con farmaci in nota, occorre "Piano Terapeutico" a firma del medico curante del D.S.M. di provenienza;
- fornire i dati e recapiti telefonici dei referenti del progetto (medico, assistente sociale, infermiere professionale, tutore, etc.).

IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO

Il P.T.R.P. viene definito e documentato per ogni ospite della struttura, nell'ottica di un intervento integrato, tenendo conto:

- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni, del suo contesto familiare e sociale;
- degli obiettivi prefissati nel progetto d'inserimento e dei risultati che si vogliono ottenere;
- delle capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi di rete;

Il P.T.R.P. comprende i seguenti elementi:

- l'individuazione del responsabile del P.T.R.P.;
- la valutazione iniziale dell'utente e gli obiettivi specifici d'intervento definiti nel P.T.R.P.;
- l'informazione ed il coinvolgimento del paziente o del tutore e del D.S.,M. inviante;
- l'indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto, e modalità di permanenza e di dimissione;
- la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche e dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
- le risorse e la dotazione di strumenti impiegati;
- le modalità di attuazione delle verifiche periodiche e finali (indicatori, procedure, tempi e strumenti);

per tale finalità è pertanto necessario che:

- sia definito ed adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente;
- l'organizzazione della giornata e delle attività contempli sia le esigenze ed i ritmi di vita di ciascun ospite (es: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali), sia la promozione della partecipazione relazionale;
- il P.T.R.P. tenga conto di eventuali condizioni di disabilità del paziente;
- sia presente una cartella personale contenente le informazioni ed i dati di ogni paziente, il P.T.R.P. ed i risultati delle attività di monitoraggio in itinere
- il P.T.R.P. deve essere concordato con il D.S.M. inviante, sulla base del piano di trattamento individuale dallo stesso, definito a seguito della valutazione del paziente, e deve essere preventivamente discusso, nell'ambito della struttura, con gli operatori coinvolti (D.G.R. n. 29-3944/2016)

LA VERIFICA DEL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO

I principali aspetti da considerare per la valutazione obiettiva dei risultati raggiunti in base al progetto personalizzato di ciascun utente sono:

- **la capacità di curare la propria persona, l'attenzione ai propri effetti personali, all'amministrazione del denaro;**
- **la capacità di gestione responsabile di spazi e tempi legati allo svolgimento di attività quotidiane all'interno della comunità e di organizzazione degli impegni sociali;**
- **il grado di partecipazione alla vita sociale, il numero e l'intensità di relazioni amicali;**
- **le relazioni interpersonali costruite e sviluppate dall'utente con i pari, la capacità di sostenere i ritmi di lavoro, le abilità acquisite rispetto a mansioni e compiti affidati, le modalità consolidate nell'affrontare problemi specifici/difficoltà nell'ambiente comunitario;**
- **le relazioni create con il territorio in termini di integrazione o di difficoltà rilevate.**

Le modalità di verifica si effettuano principalmente attraverso questi strumenti:

- **L'incontro mensile dell'equipe multiprofessionale;**
- **Schede e griglie di osservazione e rilevazione;**
- **Incontri periodici con i responsabili dei servizi inviati**

DIMISSIONI

Al termine del percorso terapeutico riabilitativo, le dimissioni vengono concordate con il D.S.M. inviante, la famiglia, l'utente, dando un termine entro il quale elaborare e attuare il distacco come definito nel P.P.

Al momento della dimissione l'équipe della struttura provvede alla stesura di una relazione contenente le informazioni sul soggetto.

A tale relazione sarà allegata la documentazione personale del paziente.

Gli operatori della struttura provvederanno a consegnare, a chi prenderà in carico il paziente, i suoi effetti personali.

La consegna sarà effettuata al momento effettivo della dimissione.

DOCUMENTAZIONE

Per ogni ospite è predisposto un dossier utente contenente:

- le generalità complete;
- data di inserimento e relativa diagnosi di entrata,;
- gli eventuali esami di laboratorio e specialistici recenti;
- il programma terapeutico, comprensivo degli aspetti riabilitativi, gli esiti e i postumi, nonché eventuali interruzioni di trattamento e ricovero,

Il dossier utente riporta un numero progressivo ed in esso sono riportati:

- gli aggiornamenti periodici;
- le valutazioni e osservazioni degli operatori che concorrono all'attuazione del progetto terapeutico;
- una sezione per il programma infermieristico, internistico, esami diagnostici;
- il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato ed il Contratto Terapeutico;
- indicazione dei soggetti titolari della tutela o curatela dell'ospite.

Tutta la documentazione sanitaria è debitamente compilata e firmata ed è conservata per dieci anni presso l'archivio della sede legale.

Inoltre vengono tenuti:

- Registro delle consegne in cui sono annotati i servizi svolti durante il turno di lavoro;
- Registro delle presenze degli ospiti;
- Registro delle presenze del personale con indicazione delle mansioni e dei turni di lavoro.

Presso la Responsabile sono inoltre conservati tutti i documenti (igienico sanitari e tecnici) che riguardano il funzionamento della Struttura nonché tutte le documentazioni relative al personale impiegato;

MANTENIMENTO POSTO LETTO

La struttura garantisce il mantenimento del posto letto fino ad un massimo di gg 30, con una riduzione del 30% della retta giornaliera, salvo accordi diversi in fase di stipula di convenzionamento.

RICHIESTA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA INDIVIDUALE.

La copia integrale della cartella clinica potrà essere richiesta per iscritto dopo le dimissioni dell'utente, direttamente c/o la sede amministrativa che provvederà al rilascio della stessa entro 30 giorni.

Il duplicato della cartella clinica potrà essere richiesta dall'utente o da chi ne fa le veci (tutore ecc.) e dalla famiglia.

RAPPORTI CON I SERVIZI DI RIFERIMENTO

I servizi inviati di ogni ospite, dopo la fase iniziale dell'inserimento, vengono periodicamente aggiornati sull'andamento del progetto, attraverso verifiche concordate presso la struttura e conseguente visita all'utente.

Semestralmente viene trasmessa relazione di aggiornamento sui risultati raggiunti e sulla futura programmazione.

RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

I rapporti con i familiari sono fondamentali in quanto contribuiscono alla buona riuscita del percorso riabilitativo definito per ciascun utente. L'equipe multi professionale contribuisce ad attivare e favorire le relazioni familiari supportando e monitorando l'utente nella gestione di situazioni difficili o fonte di disagio.

La gestione dei rapporti con i familiari viene decisa e condivisa con gli utenti e pertanto regolamentata chiaramente nelle modalità operative (frequenza dei permessi a casa, di visite dei familiari, ecc.) che vengono inserite nel progetto personalizzato e nel contratto terapeutico.

PERSONALE

Presenza operatori

Lo standard organizzativo rapportato a n. 5 utenti.

- **Responsabile di struttura (10 h settimanali);**
- **Medico psichiatra (1,5 h a settimana, per almeno il 50% delle ore assume la funzione di Dirigente Sanitario Responsabile)**
- **Psicologo (2 h a settimana)**
- **Educatore Professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (56 h. settimanali) addetti all'attuazione dei progetti;**
- **Infermiere Professionale addetti al nursing del paziente (4 h. settimanali);**
- **Personale addetto all'assistenza - OSS - (49 h. settimanali)**
- I servizi generali e di manutenzione ordinaria sono adeguatamente soddisfatti attraverso il personale alle dirette dipendenze dell'ente gestore e/o da ditte esterne, con comprovata esperienza nel settore di intervento, attraverso stipula di contratti.

FUNZIONI DEL PERSONALE

- ✓ **Responsabile di Struttura**
- ✓ Responsabile e coordinatore delle equipe educatori e operatori addetti all'assistenza
- ✓ Responsabile dei rapporti con gli uffici di protezione giuridica, servizi sociali e socio-sanitari
- ✓ Gestione segnalazioni e lista d'attesa del G.A.
- ✓ Referente per il sistema Qualità ISO9001
- ✓ Responsabile trattamento dati sensibili
- ✓ Gestione dei sistemi informativi
- ✓ Accoglienza nuovi utenti -
- ✓ Verifiche con servizi Inviati
- ✓ Gestione del personale
- ✓ Gestione orario e copertura turni
- ✓ Gestione documentazione dell'Accreditamento
- ✓ Monitoraggio dei Progetti Educativi Individuali
- ✓ Responsabile igienico- sanitario -
- ✓ Stesura piano annuale
- ✓ Responsabile protocolli e procedure
- ✓ **Legale rappresentante/Coordinatore dei servizi**
- ✓ svolge il coordinamento generale;
- ✓ effettua la gestione organizzativa;
- ✓ cura gli incontri di equipe multiprofessionale;
- ✓ partecipa e contribuisce responsabilmente agli incontri di equipe multiprofessionale;
- ✓ mantiene i collegamenti con i servizi occupazionali presenti nel territorio;
- ✓ contribuisce alla progettazione e allo sviluppo dei progetti personalizzati;
- ✓ cura i rapporti con le famiglie;
- ✓ cura la supervisione su:

- attività svolte;
- dinamiche di gruppo degli operatori;
- verifiche sul gruppo utenti;

Educatore Professionale/Tecnico della Riabilitazione

- ✓ organizza le attività riabilitative che si svolgono all'interno e all'esterno della struttura;
- ✓ mantiene il clima di collaborazione tra gli utenti;
- ✓ tiene le fila con la rete sociale nel territorio;
- ✓ gestisce i momenti di crisi dell'utente in collaborazione con l'equipe multiprofessionale;
- ✓ conduce gruppi di discussione/confronto con cadenza settimanale con gli ospiti, insieme al medico psichiatra;
- ✓ monitora e contribuisce all'elaborazione di progetti individualizzati;
- ✓ partecipa e contribuisce responsabilmente agli incontri di equipe multiprofessionale.

Infermiere Professionale

- cura gli interventi soprattutto di carattere sanitario (somministrazione farmaci, visite specialistiche, gestione terapia e documentazione infermieristica e sanitaria);
- partecipa e contribuisce responsabilmente agli incontri di equipe multiprofessionale.

Operatore Socio Sanitario

- gestisce la quotidianità nei rapporti con l'utenza;
- partecipa e contribuisce responsabilmente agli incontri di equipe riabilitativa;
- contribuisce attivamente alla realizzazione e valutazione dei progetti educativi personalizzati;
- partecipa agli incontri mensili di programmazione e verifica delle attività con gli ospiti e l'educatore.

Amministrativo

- svolge le funzioni amministrative derivanti dalla gestione ospiti e del personale.

LE ATTIVITÀ

Le attività che vengono programmate sono di tipo riabilitativo ed assistenziali, nel pieno rispetto delle esigenze, capacità e tempi degli ospiti.

Sono organizzate in modo da impegnare gli utenti quotidianamente, seppure per periodi non eccessivamente lunghi, a seconda delle proprie capacità.

Le attività sono suddivise in attività individuali e di gruppo.

Piano di lavoro

Per il 2018 sono state programmate le seguenti tipologie di attività:

Rivolte agli utenti:

- Attività socio-riabilitative interne ed esterne, programmate e distribuite nel corso della giornata, della settimana e dell'anno;
- Attività motoria partendo dalle potenzialità dell'utente e valutando le sue possibilità e i suoi limiti
- Attività espressive che, attraverso l'esperienza creativa, aiutano nel percorso di conoscenza migliorando il livello di consapevolezza delle proprie capacità;
- Interventi di sostegno all'inserimento lavorativo che rappresentano un significativo passaggio di emancipazione rispetto allo stigma ed alla condizione di persona malata o svantaggiata. Questi interventi consentono di realizzare, nel tempo, attività lavorative e scambi sociali, che rappresentano un gradino di trasformazione del proprio "status" e del progetto di vita
- Attività risocializzanti e convivenza sociale attraverso esperienze guidate all'esterno, come occasioni di conoscenza del territorio, dal punto di vista sociale, culturale ed aggregativo
- Attività del quotidiano
- Attività ludiche

Rivolte all'équipe:

- Attività formative;
- Attività di ottimizzazione delle risorse economiche.

Attività	Descrizione dell'attività	Frequenza	Tempo	Operatore
Laboratorio di cucina	Cucinare per imparare a farsi da mangiare	Giornaliero	2 h	TRP/OSS
Laboratorio di "cose di casa"	Compilazione lista della spesa settimanale, utilizzo della lavatrice, stirare, pulizie quotidiane, ecc.	Giornaliero	2 h	TRP/OSS
La cura del guardaroba	Conoscenza degli indumenti indispensabili per avere un guardaroba minimo, manutenzione e pulizia dei capi, verifica dell'esistente e presa di coscienza degli indumenti mancanti	Settimanale	2 h	TRP/OSS
Gruppi cognitivi	Aumentare la conoscenza e alimentare la curiosità su temi di carattere generale o su problematiche specifiche e attuali	Giornaliero	3 h	TRP/EP
Momenti di discussione individuale	Finalizzati alla definizione di programmi di lavoro e all'analisi critica di quanto sperimentato	Settimanale	3 h	TRP/EP
Laboratori orientati alla cura di sé e all'autonomia personale e sociale	Autonomia negli spostamenti e negli acquisti, guardaroba, igiene, gestione responsabile del denaro	Giornaliero	2 h	TRP/EP OSS

Organizzazione Tipo della Giornata

h. 07.30	Sveglia e cura dell'igiene personale
h. 08.00/08.30	Colazione insieme preparata per tutti da uno degli ospiti a turno insieme ad un operatore
h. 08.30	Somministrazione della terapia che ognuno imparerà ad assumere gradualmente ed in maniera autonoma.
h. 09.00/09.30	Riassetto cucina (stoviglie della colazione) Breve riunione per pianificare la giornata.
h. 10.00/12.00	Preparazione pranzo
h. 09.30/11.00	Pulizia generale della casa
h. 10.00/12.00	Attività riabilitative
h. 12.00	Somministrazione della terapia che ognuno imparerà ad assumere gradualmente ed in maniera autonoma
h. 12.00/12.30	Preparazione tavoli per il pranzo Pranzo
h. 13.00/13.30	Caffè Riassetto Cucina (Stoviglie del Pranzo)
h. 13.30/14.00	Pausa
h. 14.00/17.00	Attività Riabilitative
h. 17.00/17.30	Preparazione della merenda da uno degli ospiti a turno insieme a un operatore Merenda Riassetto stoviglie della merenda.
h. 17.30/18.00	Tempo libero - uscite
h. 18.00/19.00	Preparazione della Cena
h. 19.00	Somministrazione della terapia che ognuno imparerà ad assumere gradualmente ed in maniera autonoma
h. 19.00/19.30	Preparazione Tavoli per la Cena Cena
h. 20.00/21.00	Riassetto Cucina (Stoviglie della Cena)
h. 20.30	Somministrazione della terapia che ognuno imparerà ad assumere gradualmente ed in maniera autonoma.
h. 20.00/21.00	Tempo Libero
h. 21.00	La Giornata è finita

PRESTAZIONI EROGATE

La struttura fornisce ogni prestazione necessaria al normale svolgimento del servizio nonché alla conforme attuazione del progetto educativo personalizzato attraverso prestazioni:

- Soluzione abitativa;
- Cura della persona;
- Assistenza nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (come ad esempio l'igiene personale, la cura dell'alloggio e la preparazione dei pasti, ecc...);
- Colloqui di sostegno individuali o di gruppo, ove necessario;
- Counselling, informazione ed educazione sanitaria;
- Accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio, ove necessario;
- Eventuali somministrazioni farmacologiche, anche avvalendosi delle strutture sanitarie di riferimento;
- Attività formative orientate al recupero ed al mantenimento di competenze sociali e lavorative residue;
- Lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale ove è possibile lavorativo;
- Organizzazione del tempo libero, attività ludiche e socializzanti;
- Cura dei rapporti familiari ed amicali;

POLIZZA ASSICURATIVA.

È attiva una polizza assicurativa, a copertura dei rischi da infortuni o da danni subiti o provocati dagli utenti o/e dal personale. Sono esclusi da tale copertura i tirocinanti dell'Università o Scuole di Specializzazione pubbliche e private e gli operatori del Servizio Civile Nazionale in quanto coperti da polizza stipulata tra i loro istituti di appartenenza.

Diritti degli utenti

L'Ente si impegna a garantire e promuovere nei suoi atti i diritti di cui sono portatori le persone ospitate:

- **Ogni utente ha diritto al rispetto del proprio malessere;**

- *diritto alla vita*: ogni persona deve ricevere la tempestiva, necessaria e appropriata assistenza per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali per la vita;

_ *diritto di cura e assistenza*: ogni persona deve essere curata in scienza e coscienza e nel rispetto delle sue volontà;

_ *diritto di prevenzione*: ad ogni persona deve essere assicurato quanto possibile (attività, strumenti, presidi sanitari, informazioni) al fine di prevenire un peggioramento e/o danni alla salute e/o alla sua autonomia;

_ *diritto di difesa*: ogni persona, in condizioni psicofisiche di inferiorità, deve essere difesa da speculazioni, raggiri e /o danni fisici derivanti dagli ambienti circostanti;

_ *diritto di informazione*: ogni persona deve essere informata circa le procedure e le motivazioni che sostengono gli interventi di cui è oggetto;

_ *diritto di partecipazione*: ogni persona deve poter partecipare alle prese di decisione che la riguardano;

_ *diritto di accettazione*: ogni persona deve essere accettata come individuo portatore di valori e non etichettata;

_ *diritto alla critica*: ogni persona può esprimere liberamente il suo pensiero e la sua critica inerente le attività e le disposizioni che la riguardano;

_ *diritto al rispetto e al pudore*: ogni persona deve essere chiamata col proprio nome e cognome e devono essere rispettate la riservatezza e il concetto di pudore;

_ *diritto alla riservatezza*: ogni persona ha diritto al rispetto del segreto su notizie personali da parte di chi eroga direttamente o indirettamente l'assistenza, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy;

_ *diritto di pensiero e di religione*: ogni persona deve poter esplicitare le sue ide filosofiche, sociali e politiche, nonché praticare la propria confessione religiosa.

Doveri dell'utente.

- L'utente ha il dovere di rispettare il personale che si prende cura di lui;
- L'utente ha il dovere di rispettare gli ambienti e gli arredi di utilizzo comune;
- L'utente ha l'obbligo di collaborare alla realizzazione del progetto individuale;
- L'utente ha il dovere di rispettare gli altri componenti del gruppo;
- L'utente ha il dovere di osservare le regole di convivenza;
- L'utente è tenuto ad attenersi scrupolosamente al regolamento della struttura.

Diritti e Doveri della famiglia.

- ✓ La famiglia è tenuta a collaborare al progetto terapeutico individuale;
- ✓ La famiglia è tenuta a fornire alla struttura tutto il vestiario, necessario per la permanenza, secondo le stagioni e di contrassegnarlo con il numero che gli verrà assegnato;
- ✓ Sono a carico della famiglia i ticket ed i farmaci non dispensati dal S.S.N., le sigarette ed i prodotti specifici per l'igiene personale;
- ✓ La famiglia potrà concordare, una volta al mese, un colloquio con il medico referente, per avere notizie sull'andamento del parente o congiunto, previo appuntamento;

- ✓ In occasione delle festività (Natale, Pasqua) la struttura definisce un periodo di rientro in famiglia. Le famiglie sono tenute a rispettare il periodo stabilito;
- ✓ Mensilmente o quindicinalmente è previsto il permesso di un giorno per i rientri presso il nucleo familiare, da concordare con il coordinatore della struttura. La partenza dovrà avvenire entro le h. 10,00 con rientro in struttura non oltre le h. 19,00. Salvo accordi diversi a livello progettuale.
- ✓ Gli ospiti possono utilizzare il cellulare tutti i giorni dalle h. 13,30 alle h. 15,00 e dalle h. 17,30 alle h. 18,30.

Controllo della Qualità del servizio.

L'ente gestore (l'Incontro s.r.l.) ha attivato una procedura interna per valutare e monitorare la qualità del servizio erogato attraverso dei "questionari di soddisfazione del servizio".

I questionari vengono somministrati all'utente-famiglia- servizi invianti- personale una volta all'anno e successivamente consegnati al coordinatore dei servizi che provvederà alla stesura del report annuale.

I dati raccolti serviranno a monitorare la qualità del servizio prestato e verranno discussi con l'équipe multidisciplinare.

Gestione dei reclami.

L'ente gestore ha predisposto un protocollo interno per la gestione dei reclami che devono essere presentati per iscritto al coordinatore dei servizi con apposita modulistica (in allegato) mediante:

- fax;
- email;
- lettera a mano;
- in lettera semplice inviata a mezzo r/r; c/o la sede legale.

I reclami verranno protocollati in ordine cronologico e, successivamente, archiviati con la relativa risposta nell'apposito "registro reclami".

In prima istanza verranno valutati dal responsabile del servizio il quale, se di semplice soluzione, fornirà un riscontro per iscritto entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento del reclamo stesso.

Nel caso in cui il reclamo non sia di immediata soluzione, il responsabile dei servizi provvederà ad inoltrarlo all'équipe multi professionale che ne esaminerà il contenuto per dare una risposta adeguata entro 20 giorni lavorativi per iscritto a chi ha sporto il reclamo.

Non sono ammessi reclami a voce (es. per telefono, in struttura etc.) e anonimi.

Ogni reclamo è reso disponibile all'attività di verifica degli enti committenti ed agli organi di vigilanza.

Tutela dei dati e la gestione della privacy.

Conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy, l'ente gestore si adopera per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto del segreto professionale, delle leggi e dei regolamenti in materia di modalità di trattamento dei dati sensibili e di misure di sicurezza.

In particolare vengono adottate le seguenti misure:

- cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazione di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti
- al momento dell'ingresso nel GA viene fatta sottoscrivere una dichiarazione liberatoria per l'utilizzo dei dati personali;
- la comunicazione di informazioni sullo stato di salute dell'ospite si svolge in ambiente il più possibile isolato e riservato;
- rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;
- gli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto professionale devono comunque rispettare regole di condotta che lo tutelano.

Al Legale Rappresentante
Dell'Incontro
Loc. Bordoni n. 50
14034 Castello di Annone (AT)

MODULO PER SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI.

COGNOME E NOME: _____

OSPITE

FAMILIARE DEL SIGNOR/A _____

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE:

EVENTUALI SUGGERIMENTI DA PROPORRE:

Data _____

Firma
