

# CARTA DEI SERVIZI

CENTRO DIURNO ASSISTENZIALE PER ANZIANI

DI FIORENZUOLA D'ARDA (PC)

CORSO GARIBALDI, 46

TEL. 0523 240350

Rev. 02/2014



cooperativa sociale onlus  
**auroradomus**  
Servizi che crescono con te.

gruppo cooperativo  
servizi e sociale

**COLSER**  
SERVIZI  
aurora  
domus

# Sommario

---

PREMESSA.....	3
CAP. 1. PRINCIPI GENERALI.....	4
CAP 2. LA COOPERATIVA AURORADOMUS.....	5
2.1. MISSIONE E VISIONE DEL SERVIZIO .....	5
2.2. Obiettivi generali del Servizio.....	8
2.3. ORGANIGRAMMA COOPERATIVA .....	10
CAP. 3. IL CENTRO DIURNO .....	11
3.1. FINALITÀ, OBIETTIVI E MODALITÀ.....	11
3.2. MODALITÀ DI ACCESSO .....	11
3.4. DESTINATARI .....	12
3.5. ORGANIGRAMMA .....	13
3.6 FUNZIONIGRAMMA .....	13
3.7. TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI.....	19
3.8. ORARI DEL SERVIZIO .....	20
3.9. FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	21
3.10. PROCESSI, PROCEDURE E STRUMENTI DI VERIFICA .....	21
3.11. COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE .....	23
3.12. RUOLO E COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI.....	24
CAP. 4. INDICATORI DI QUALITÀ .....	25
4.1. QUALITÀ ORGANIZZATIVA .....	25
4.2. QUALITÀ DELL'INTERVENTO.....	26
4.3. QUALITÀ PROFESSIONALE.....	27
4.4. QUALITÀ E SICUREZZA .....	27
CAP. 5. MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA.....	28
5.1. RECLAMI.....	28
5.2. DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI.....	28
5.3. TUTELA DELLA PRIVACY .....	29
ALLEGATI .....	30
ALLEGATO A.....	30
ALLEGATO B.....	34
ALLEGATO C.....	35
ALLEGATO D.....	37

## PREMESSA

---

È dal 1995 che la normativa italiana ha introdotto la Carta dei Servizi quale documento unico che impegna Enti e Aziende ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e le relative modalità di accesso e, al tempo stesso, afferma il diritto degli utenti al reclamo contro i comportamenti che negano o limitano la fruibilità di tali prestazioni. Mettere l'utenza in condizioni di valutare la qualità del servizio erogato è infatti alla base di un circolo virtuoso tra offerta e domanda dei servizi. Si avvia così un processo in cui il cittadino diventa soggetto attivo in grado di incidere sia sulla domanda sia sull'offerta e si apre, tra l'organizzazione e gli utenti, un dialogo finalizzato al miglioramento continuo della qualità nell'interesse reciproco.

La Carta dei Servizi del Centro Diurno di Fiorenzuola ha la finalità di fornire garanzie e informazioni ai cittadini circa la tipologia e la qualità del servizio offerto. In quest'ottica la Carta non è semplicemente un ulteriore strumento di comunicazione, ma costituisce un'insostituibile interfaccia tra l'organizzazione ed il cittadino, anzi un vero e proprio contratto stipulato tra le due parti. Per sua natura la Carta dei Servizi è un ulteriore stimolo al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e al rispetto del diritto al benessere della persona. Rappresenta, infatti, per l'utente e i suoi familiari, uno strumento di verifica e di valutazione dei risultati effettivamente realizzati dal servizio, attraverso la formulazione di idee e suggerimenti diretti a rendere l'assistenza sempre più coerente con i bisogni e le aspettative degli anziani e dei familiari.

La Carta dei Servizi viene redatta e monitorata dall'Ufficio Qualità di Aurora Domus Cooperativa Sociale e diffusa e aggiornata su ciascun servizio con la collaborazione dei referenti del servizio.

# CAP. 1. PRINCIPI GENERALI

---

La Carta dei Servizi si ispira ai seguenti principi:

- **Eguaglianza e Imparzialità**

Viene osservato il principio di eguaglianza e imparzialità per tutti gli utenti a parità di bisogno.

- **Chiarezza e Trasparenza**

Ogni utente ha diritto di conoscere le attività svolte dal servizio, tempi di esecuzione, procedure, nomi dei responsabili.

- **Autodeterminazione**

L'utente ha diritto di decidere se avvalersi o meno dei servizi proposti, a prescindere dall'effettivo stato di necessità.

- **Partecipazione**

Gli utenti possono esprimere la propria valutazione sul grado di soddisfazione della qualità dei servizi offerti e presentare suggerimenti e reclami.

- **Efficienza ed Efficacia**

Ci si impegna costantemente nel perseguire l'obiettivo del "miglioramento continuo" secondo i principi di economicità, efficienza ed efficacia.

- **Continuità e Sicurezza del Servizio**

I servizi sono garantiti in modo continuativo e regolare in base al fabbisogno assistenziale dell'utente ed alla disponibilità del servizio.

- **Semplificazione**

In linea con la Direttiva Europea Servizi 2006/123/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 dicembre 2006 il servizio sta operando con impegno sul fronte della semplificazione amministrativa con lo scopo di snellire le procedure burocratiche a carico degli utenti.

## CAP 2. LA COOPERATIVA AURORADOMUS

---

Aurora Domus nasce dalla fusione di due storiche realtà cooperative con lo scopo di realizzare servizi ad elevata utilità sociale, volti a mettere al centro la persona nella propria integrità psico-fisica.

Pur essendo una nuova realtà, Aurora Domus ha quindi alle spalle una consolidata esperienza, maturata in precedenza all'interno della Cooperative Sociali Aurora e Domus Parma.

Mediante la condivisione del know how sviluppato negli anni dalle due singole cooperative, Aurora Domus è in grado di offrire ai suoi interlocutori affidabilità progettuale di elevato profilo affiancata da sostenibilità dei costi di gestione.

La fusione consente ad Aurora Domus di operare in un ambito di attività realmente multidisciplinare che comprende servizi e mansioni relativi a: Servizi per anziani; Servizi socio - sanitari; Servizi di Salute Mentale; Servizi Educativi; Servizi per minori; Servizi per disabili; Servizi per i Giovani.

La Cooperativa Aurora Domus conta attualmente un fatturato superiore ai 50 milioni di euro e più di 2000 Soci.

### 2.1. MISSIONE E VISIONE DEL SERVIZIO

#### LA NOSTRA VISION

*(ovvero i capisaldi sui quale ci fondiamo)*

- Tutelare e valorizzare la persona come soggetto portatore di diritti;
- Realizzare l'attività del servizio in modo condiviso e partecipato;
- Riservare particolare attenzione alle fasce più deboli della nostra società;
- Lavorare attivamente all'interno del sistema di welfare locale nel rispetto del diritto al lavoro per tutti e nella tutela della dignità personale.

#### LA NOSTRA MISSION

*(ovvero chi siamo, di che cosa ci occupiamo, cosa ci proponiamo di realizzare)*

- Dare risposta ai bisogni dei nostri utenti attraverso servizi di elevata qualità tecnica e di forte contenuto etico e valoriale;
- Valorizzare le risorse interne ed investire nella loro crescita creando un ambiente di lavoro collaborativo ed attento ai bisogni individuali;
- Accrescere il senso di appartenenza dei Soci, promuovendo la loro partecipazione alla vita della Cooperativa;

- Sviluppare progettualità innovativa e realmente in grado di rispondere ai nuovi bisogni della società;
- Rappresentare un riferimento preciso ed attendibile relativamente alle esigenze dei nostri interlocutori;
- Gestire il servizio puntando all'efficacia ed all'efficienza dell'organizzazione;
- Conseguire un costante sviluppo economico e patrimoniale per investire sempre più nelle nostre risorse ed in nuovi servizi e progetti.

I sopraelencati punti di vision e mission si traducono nella nostra attività di tutti i giorni in:

### ***Attenzione focalizzata sull'utente***

Intendendo il "cliente" come concetto esteso (utenti, committenti, soci) Aurora Domus si pone l'obiettivo di:

- rispondere alle esigenze dichiarate;
- promuovere una maggior qualità di vita;
- agire su problemi reali e prevenire problemi potenziali;
- approfondire la domanda di servizi evidenziando eventuali altri interventi e sviluppi futuri;
- per i soci lavoratori garantire stabilità occupazionale, migliori condizioni economiche e professionali, formazione continua e sicurezza nel lavoro.

### ***La centralità dell'utente nel servizio***

Al centro del servizio vi è la persona che, con le proprie caratteristiche, bisogni, potenzialità è soggetto attivo nella definizione del progetto individualizzato.

Tale progetto tiene conto e si fonda sui principi dell'attenzione ai bisogni reali, dell'accoglienza, del rispetto dell'individualità, della salvaguardia del diritto di cittadinanza, del potenziamento dell'autonomia e la valorizzazione delle abilità, del rispetto della storia dell'individuo e l'aiuto a riappropriarsene, del miglioramento della qualità della vita, della creazione di opportunità affinché le persone possano trovare diverse modalità per esprimere la propria soggettività.

### ***La centralità dei familiari e delle persone di riferimento all'utente***

Tenere conto e conoscere il contesto familiare e sociale di ciascun utente è indispensabile per progettare con l'utente il suo percorso all'interno del servizio.

Offrire alle famiglie dell'utenza disagiata un supporto costante in considerazione del fatto che spesso le famiglie vivono con sofferenza il disagio dei loro congiunti.

### ***Lavorare per progetti e obiettivi***

Un obiettivo si raggiunge con maggiore efficienza quando le attività e le risorse sono gestite come un insieme di azioni tra loro collegate. Quando si intende pianificare, organizzare e controllare un intervento, l'unità di riferimento è il progetto inteso come un insieme di attività coordinate tra loro per raggiungere un obiettivo, con la chiara indicazione temporale e la fruibilità dei mezzi.

### ***Lavorare con la Rete dei servizi***

Il servizio non è un' "isola", è parte indispensabile e integrante di una rete di servizi distrettuali aventi l'obiettivo il benessere della persona. La rete contribuisce alla buona riuscita degli interventi. Prioritaria per Aurora Domus è la creazione e la collaborazione alla creazione di reti sociali in grado di contrastare l'esclusione, l'emarginazione e la costruzione di relazioni sociali significative per gli utenti.

### ***Formare e informare***

La formazione viene considerata dalla Cooperativa come valorizzazione del singolo, come stimolo al cambiamento e come orientamento all'utenza e alle esigenze del servizio. Ciò che a nostro avviso differenzia la formazione dalla normale attività di aggiornamento professionale è proprio l'obiettivo del cambiamento: fare formazione non è semplicemente aumentare il patrimonio conoscitivo personale o del gruppo, ma avviare un concreto processo di trasformazione del servizio erogato.

### ***Fare supervisione***

Gli operatori che lavorano nelle professioni di aiuto possono trovare nella Supervisione un valido supporto, spesso necessario e indispensabile. Oltre a ridurre lo stress e allontanare il rischio di burn out, la Supervisione aiuta a gestire meglio il proprio lavoro, perfeziona la propria professionalità e aiuta a risolvere meglio le problematiche incontrate.

### ***Il lavorare condividendo***

Il lavoro di équipe, le riunioni delle unità operative, le riunioni di coordinamento a più livelli sono un valido strumento per condividere stili di lavoro e la mission del servizio, per accrescere la competenza e prevenire il burn out, per definire obiettivi e progetti, per valutare gli esiti degli interventi.

### ***Le decisioni basate sui dati di fatto***

Le decisioni efficaci si prendono basandosi sull'analisi logica e intuitiva di dati e informazioni reali che vengono raccolti attraverso un sistema documentale sperimentato da tempo e che utilizza per la rilevazione dei dati, software sia elaborati ad hoc che acquistati sul mercato.

## ***Il rispetto delle leggi***

La Cooperativa opera sempre nel pieno rispetto delle leggi e delle norme emanate, in particolare quelle che tutelano i lavoratori e gli utenti.

## **2.2. Obiettivi generali del Servizio**

1. Gli obiettivi generali che caratterizzano il servizio sono identificati nella realizzazione di attività che per organizzazione, metodologia di lavoro e stile professionale, si caratterizzano per accoglienza, tutela ed ascolto dell'utente in condizione di fragilità. Il servizio è finalizzato alla valorizzazione della persona all'interno del suo contesto relazionale-familiare, promuovendo la capacità di autodeterminazione e rendendola protagonista attiva della propria giornata.
2. Attraverso la promozione di una "alleanza terapeutica" all'interno del triangolo sociale di cura costituito dall'utente stesso, dalla sua famiglia e dai caregivers formali. Il Servizio si propone inoltre di prolungare il più a lungo possibile il mantenimento ed il rafforzamento del legame dell'utente con il contesto territoriale e sociale significativo per l'identità e il benessere della persona.
3. L'individuazione e definizione degli obiettivi generali è il prerequisito fondamentale per la costruzione di un sistema di qualità, perché da questa derivano i principi guida che orientano gli assetti organizzativi ed operativi:

### ***a) Personalizzazione dell'intervento (person centered care)***

Personalizzare gli interventi significa vincere ogni tentazione di uniformità e standardizzazione delle azioni in nome del rispetto dell'unicità individuale che passa necessariamente attraverso preferenze, gusti, abitudini, interessi, timori ed ansie peculiari di ciascuno, oltre che attraverso le differenti modalità di espressione dei limiti, delle patologie, degli handicap, delle disabilità, della sofferenza.

### ***b) Integrazione multidisciplinare***

La visione dell'utente come persona, a cui offrire non esclusivamente una risposta a singoli bisogni, presuppone un approccio globale: ciò può essere realizzato solo in un contesto la cui metodologia di lavoro preveda strumenti sistematici di integrazione. Le diverse figure professionali devono operare modulando il proprio specifico intervento in integrazione con gli altri ruoli, condividendo gli obiettivi ed individuando comuni strategie e modalità di relazione nei confronti dell'anziano e dei suoi familiari.

### ***c) Integrazione tra interno ed esterno del servizio***

Il servizio si pone come articolazione funzionale all'interno della rete welfare ed è quindi aperta ed integrata con il territorio di riferimento, favorendo pertanto l'apporto di molteplici e



differenziati soggetti (istituzioni, associazioni, singoli volontari, ecc.). Tra questi assumono particolare valore i familiari degli utenti e tutte le figure significative nella storia dell'utente.

**d) Formazione, ricerca e sperimentazione**

Viene promossa la realizzazione di iniziative formative e di ricerca nell'ambito dei servizi alla persona, aprendo il confronto con analoghe esperienze a livello regionale e nazionale ed avviando progetti di studio e sperimentazione di nuove modalità assistenziali e gestionali.

**e) Approccio riabilitativo e/o abilitante**

Il Servizio individua e persegue, in ogni gesto assistenziale, obiettivi di mantenimento e recupero di ogni capacità possibile in tutte le fasi della vita dell'ospite/utente e in tutte le attività possibili mirando a motivare e coinvolgere l'anziano per ottenere risultati di tipo globale.

**f) Tempestività**

Il Servizio garantisce tempestività nelle risposte alla variabilità ed alla evoluzione delle condizioni degli utenti e del servizio attraverso:

- un monitoraggio costante ed integrato degli ospiti;
- condizioni di stabilità del Personale;
- turnazioni idonee nell'arco della giornata;
- inserimento di operatori jolly che garantiscano sostituzioni rapide in caso di assenza di operatori;
- attivazione di sistemi di pronta reperibilità.

**g) Continuità organizzativa**

Il Servizio garantisce una forte continuità di azione:

- del Personale sul piano dei contenuti e delle relazioni e omogeneità negli approcci al fine di garantire sicurezza e coerenza ai piani individualizzati degli ospiti aventi come principali obiettivi il mantenimento/recupero dell'autonomia individuali;
- dell'applicazione dei protocolli di lavoro, sempre in coerenza con i PAI/PEI;
- dell'oggettività nella rilevazione di reazioni, comportamenti, cambiamenti degli utenti attraverso l'impiego degli strumenti di lavoro a disposizione;
- della regolare partecipazione agli incontri di équipe/microéquipe per la verifica e la messa a punto degli interventi sono i principali strumenti in grado di garantire continuità di azioni e di approcci.

**Gli obiettivi specifici** del servizio vengono formulati con cadenza annuale all'interno del documento **"Piano di Servizio"**. **All'interno di tale documento vengono anche individuati:**

- gli obiettivi di medio-lungo periodo;
- le strategie gestionali che si intendono perseguire, con particolare riferimento alla gestione delle risorse umane in funzione della continuità assistenziale;
- le modalità di verifica dei risultati con particolare riferimento alla personalizzazione dell'assistenza.

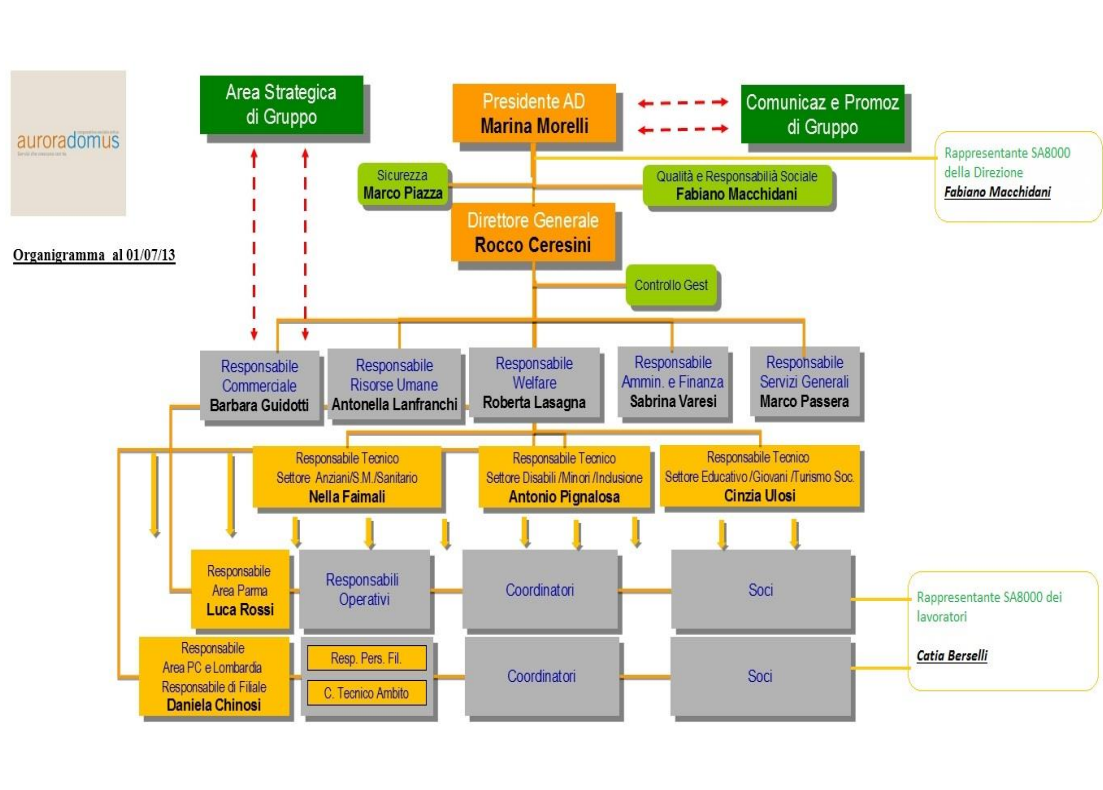
Gli obiettivi individuati vengono discussi e condivisi con l'intera equipe multidisciplinare.

La Responsabilità della verifica del raggiungimento degli obiettivi individuati è assegnata al **Coordinatore del Servizio** ed al **Responsabile Qualità della Cooperativa AuroraDomus**.

Il servizio opera in piena integrazione con la rete welfare del distretto sociale di appartenenza e nel rispetto delle regole e delle istituzioni che lo governano.

Gli accessi al servizio su posti accreditati vengono concordati con i servizi sociali competenti nel rispetto di accordi di programma e piani di zona.

## 2.3. ORGANIGRAMMA COOPERATIVA



## CAP. 3. IL CENTRO DIURNO

---

### 3.1. FINALITÀ, OBIETTIVI E MODALITÀ

Il Centro diurno assistenziale ha tra le proprie finalità quelle di:

- promuovere la domiciliarità favorendo la permanenza a domicilio della persona anche in collaborazione con le altre risorse della comunità locale e servizi della rete;
- garantire tutela ed assistenza qualificata in risposta ai bisogni della persona;
- potenziare, mantenere e/o compensare abilità e capacità residue relative alla sfera dell'autonomia funzionale, della cognitività, dell'identità personale;
- promuovere la socializzazione e la relazione interpersonale con lo scopo di contrastare l'isolamento e sostenere l'autostima;
- offrire l'opportunità di trascorrere in maniera piena, ricca ed apprezzabile i momenti di vita presso il servizio;
- valorizzare il lavoro di cura svolto all'interno del sistema familiare, promuovendo la consapevolezza rispetto ai punti di fragilità o criticità, laddove esistano;
- sostenere la famiglia condividendo con essa le decisioni assistenziali, alleviando il carico per la gestione della persona ed offrendo opportunità di ascolto qualificato
- ritardare l'istituzionalizzazione o evitare ricoveri ospedalieri impropri, attraverso una sinergica azione di consulenza e di educazione all'utilizzo delle risorse e dei servizi.

### 3.2. MODALITÀ DI ACCESSO

Questo è l'iter di accesso dell'utente al servizio:

- La persona in stato di bisogno o un suo familiare si rivolge all'Ufficio Assistenza del Comune di Fiorenzuola d'Arda;
- l'Assistente Sociale Responsabile del Caso, dopo un'accurata indagine che prevede più colloqui con i familiari di riferimento, valuta lo stato di bisogno della persona; redige la relazione sociale che, insieme alla documentazione sanitaria, inoltra all'Unità di Valutazione Multidimensionale; nel contempo stabilisce l'ammissione della persona al Centro Diurno;
- l'Unità di Valutazione Distrettuale compie la valutazione multidimensionale, certifica lo stato di

non autosufficienza e predisporre un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che definisce le specifiche necessità dell'utente e della sua rete familiare e le caratteristiche degli interventi idonei a soddisfarle (obiettivi, quantità, tipologia e durata).

- Il Sistema Integrato di Accesso permette l'accesso all'accreditamento posti della persona dichiarata non autosufficiente.
- Il Responsabile del Caso redige il P.A.I., stipula un contratto con l'utente e/o i suoi familiari in cui vengono illustrate le prestazioni, l'organizzazione del servizio e la tariffa a carico dell'utente (vedi Allegato D: Importi rette Centro Diurno per l'anno 2014)
- La presa in carico degli utenti da parte del servizio di Centro Diurno avviene secondo le modalità di intervento definite nel PAI. Ogni utente è affidato ad un operatore assistenziale, identificato come suo responsabile operativo (OSS tutor).
- Nella prima fase di frequenza del servizio è previsto un periodo di osservazione (della durata di 15 giorni) utile alla conoscenza più approfondita dell'utente per calibrare l'intervento agli effettivi bisogni. Al termine del periodo di osservazione, acquisite le valutazioni degli operatori, viene ulteriormente ridefinito il PAI.
- Qualora intervengano variazioni della situazione tali da renderlo necessario, l'Assistente Sociale Responsabile del Servizio Sociale dispone la sospensione o la dimissione dell'utente dal Centro Diurno.

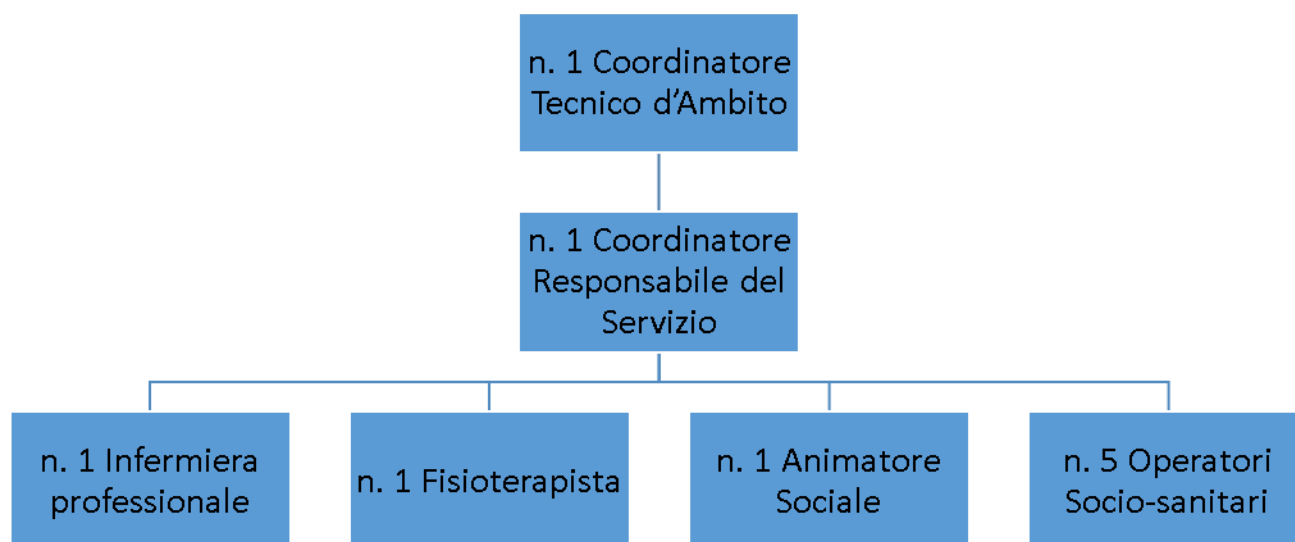
### 3.4. DESTINATARI

L'utenza del servizio è costituita da persone anziane in condizioni di non autosufficienza per le quali si prefiguri la necessità di supervisione e/o aiuto programmato durante la giornata in risposta a bisogni di natura assistenziale, sanitaria e socio-relazionale.

Gli utenti sono:

- persone anziane che vivono sole, in condizioni di isolamento e/o con difficoltà a gestire in tutto o in parte i compiti della vita quotidiana;
- persone anziane con diversi stadi di demenza (da un iniziale stadio di deterioramento cognitivo a una fase di demenza moderata);
- persone anziane che vivono in famiglie con difficoltà ad espletare le attività assistenziali;
- soggetti in situazione di bisogno/fragilità segnalati dalle competenti autorità sanitarie e sociali.

### 3.5. ORGANIGRAMMA



### 3.6 FUNZIONIGRAMMA

#### n. 1 COORDINATORI

<p><b>CONOSCENZE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conosce l'organizzazione ed il funzionamento del sistema dei servizi sociali e sanitari, dal punto di vista giuridico ed organizzativo. Conosce i principali bisogni ed esigenze dell'utenza di riferimento dal punto di vista bio-psico-sociale. Conosce le teorie ed i sistemi di programmazione, gestione e valutazione di un servizio alla persona. Conosce le teorie, i metodi e le tecniche di gestione e sviluppo delle risorse umane.</li> <li>- Conosce i principi e gli strumenti per la programmazione economico-finanziaria ed il controllo di gestione. Conosce le teorie, i metodi e le tecniche di rilevazione e valutazione della qualità dei servizi. Conosce i metodi e le tecniche del lavoro sociale, con particolare riferimento al lavoro per progetti personalizzati ed ai principali strumenti di valutazione multidimensionale. Conosce le funzioni ed il ruolo degli operatori che a qualsiasi titolo svolgono attività all'interno del servizio.</li> </ul>
<p><b>COMPETENZE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sa interpretare i bisogni e le domande di assistenza degli utenti di riferimento, assicurando la progettazione dei servizi in coerenza con la rete territoriale e processi di lavoro congruenti.</li> <li>- Sa elaborare la proposta di programma pluriennale ed annuale del servizio ed il relativo sistema di valutazione.</li> <li>- Sa coordinare i diversi processi e procedure generali del servizio in una logica di insieme, assicura in particolare il governo complessivo e la qualità del percorso assistenziale ed una gestione efficiente dei diversi servizi generali quali la fornitura pasti, pulizie generali, lavanderia, manutenzione ordinaria straordinaria.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' in grado di concorrere all'elaborazione e alla gestione del budget del servizio per l'area di propria competenza.</li> <li>- E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro integrate e multi-professionali all'interno del servizio, nella rete dei servizi, con le parti sociali e le reti informali. Sa gestire gruppi di lavoro e riunioni.</li> <li>- E' in grado di promuovere lo sviluppo professionale dei collaboratori del servizio, utilizzando gli strumenti della valorizzazione delle risorse umane nell'ambito delle scelte dell'ente.</li> <li>- Sa utilizzare i sistemi informativi e curare l'informatizzazione del servizio per documentarne le attività e sa valutare i bisogni formativi e di sviluppo delle competenze propri e degli operatori.</li> <li>- E' in grado di assicurare una verifica costante della qualità dell'intervento e di promuovere e gestire azioni e processi di miglioramento.</li> <li>- Sa aggregare persone, promuovere dinamiche di gruppo e integrare funzioni e unità organizzative intorno ad obiettivi condivisi e processi trasversali.</li> <li>- Sa gestire processi decisionali complessi, condividendo responsabilità con altri e decentrando le decisioni e sa sostenere e promuovere la motivazione dei collaboratori.</li> <li>- -Sa utilizzare metodologie di comunicazione, negoziazione e relazione complesse controllando la propria emotività.</li> <li>- E' in grado di intrattenere relazioni positive e collaborare con i diversi soggetti interni ed esterni coinvolti nella vita del servizio (utenti, famiglie, operatori, committenti, volontari, esponenti della comunità locale...).</li> <li>- E' in grado di gestire le relazioni con il personale della struttura in particolare per quanto concerne i meccanismi di incentivazione e sanzione.</li> <li>- - E' in grado di gestire il proprio ruolo con eticità e riservatezza.</li> </ul>
<b>FUNZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicura la qualità della vita ed il benessere complessivo degli utenti dal punto di vista bio-psicosociale, garantendo un governo unitario del servizio sotto il profilo della qualità tecnica, organizzativa e relazionale. Concorre alla definizione della programmazione ed è responsabile della gestione e valutazione complessiva del servizio, risponde del risultato finale all'utenza configurandosi quindi come posizione di indirizzo e coordinamento generale delle attività, in particolare per quanto riguarda l'integrazione tra processi socio-assistenziali e sanitari.</li> </ul>

## N. 1 INFERMIERE PROFESSIONALE

<p><b>CONOSCENZE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conosce elementi di anatomia, biologia cellulare e genetica</li> <li>- conosce elementi di fisica e biochimica</li> <li>- conosce elementi di istologia</li> <li>- conosce elementi di pedagogia, sociologia e prevenzione alla salute</li> <li>- conosce elementi di psicologia</li> <li>- conosce organizzazione dei servizi sanitari e dell'assistenza</li> </ul>
<p><b>COMPETENZE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività</li> <li>- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulano i relativi obiettivi</li> <li>- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale-infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche</li> <li>- agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto</li> <li>- contribuiscono alla formazione del personale di supporto</li> <li>- concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca</li> </ul>
<p><b>FUNZIONI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica</li> <li>- registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio);</li> <li>- richiesta ordinaria e urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti</li> <li>- compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio</li> <li>- tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione</li> <li>- sorveglianza sulle attività degli utenti affinché le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni.</li> <li>- partecipare alle riunioni periodiche di gruppo ed alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza</li> <li>- promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del</li> <li>- malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie;</li> <li>- somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico;</li> <li>- rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria;</li> <li>- opera di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;</li> <li>- opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo;</li> <li>- interventi d'urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico;</li> </ul>

## N. 1 FISIOTERAPISTA

<b>CONOSCENZE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- conoscenza dei fondamenti delle discipline propedeutiche (fisica, statistica, informatica, sociologia, pedagogia generale e sociale, pedagogia sperimentale) e biologiche (biochimica, anatomia umana, biologia, fisiologia, patologia);</li><li>- una conoscenza approfondita delle discipline caratterizzanti la professione del Fisioterapista (D.M. del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 741) (scienze infermieristiche e tecniche neuropsichiatriche e riabilitative, medicina fisica e riabilitativa, neurologia, malattie apparato locomotore, malattie apparati cardio-vascolare e respiratorio, reumatologia);</li><li>- conoscenze di discipline nell' ambito delle scienze umane e psico-pedagogiche, delle scienze del management sanitario e di scienze inter-disciplinari e cliniche; - familiarità con il metodo scientifico e capacità di applicare le raccomandazioni cliniche in situazioni concrete con adeguata</li><li>- conoscenza delle normative e delle problematiche deontologiche e bioetiche;</li></ul>
<b>COMPETENZE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- capacità di comprensione e relazione con l' utenza</li><li>- capacità di lavorare in équipe multidisciplinare, di interagire con colleghi e altri professionisti sanitari e non, di operare con definiti gradi di autonomia e di inserirsi prontamente negli ambienti di lavoro;</li><li>- conoscenze necessarie per utilizzare metodologie e strumenti di controllo, valutazione e revisione della qualità; -</li><li>- capacità di valutare e preparare preventivamente un setting riabilitativo adeguato alla terapia o all'esercizio terapeutico atto a garantire le migliori condizioni possibili sia per il paziente che per il fisioterapista.</li><li>- competenze per partecipare alle diverse forme di aggiornamento professionale, nonché per partecipare ad attività di ricerca in diversi ambiti di applicazione.</li><li>- adeguate competenze e strumenti per la comunicazione e la gestione dell' informazione</li><li>- competenze per stendere rapporti tecnico-scientifici</li></ul>
<b>FUZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- valuta il paziente ed elabora un programma di riabilitazione personalizzato volto all'individuazione ed al superamento delle problematiche del paziente, se necessario lavorando anche in équipe multidisciplinare;</li><li>- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;</li><li>- propone l'adozione di protesi ed ausili, addestra il paziente al loro uso e ne verifica l'efficacia;</li><li>- verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.</li></ul>



## N. 1 ANIMATORE SOCIALE

<b>CONOSCENZE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- conoscenza di tecniche di conduzione dei gruppi e delle dinamiche psico-sociali</li><li>- conoscenza di tecniche professionali di animazione volte a favorire processi di aggregazione integrazione, socializzazione delle persone e di valorizzazione delle risorse territoriali</li></ul>
<b>COMPETENZE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- instaurare e mantenere adeguati rapporti con gruppi, aggregazioni, comunità</li><li>- favorire le dinamiche di gruppo e le rivelazione dei bisogni<ul style="list-style-type: none"><li>- predisporre strumenti per la rilevazione dei bisogni</li></ul></li><li>- valutare l'efficacia degli interventi</li><li>- collaborare con altre figure professionali o servizi dei diversi ambiti di competenza per sostenere attività in rete</li><li>- essere in grado di progettare tecniche di animazione qualificate e diversificate;</li><li>- essere in grado di coordinare interventi tecnici di animazione, attraverso la gestione di risorse umane e l'utilizzo di dotazioni strumentali;</li><li>- essere in grado di progettare e gestire momenti "extra" rispetto a quelli previsti all'interno delle programmazioni standard;</li><li>- capacità di inserirsi in strutture aziendali con funzioni immediatamente operative;</li><li>- capacità di comunicare con tutti gli attori sociali coinvolti nei processi di animazione;</li><li>- capacità di gestire relazioni interpersonali anche in mancanza di condizioni ottimali (tempo necessario alla conoscenza e alla socializzazione reciproca)</li></ul>
<b>FUNZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- individuare e attivare le risorse dei singoli e dei gruppi</li><li>- stimolare, motivare e favorire la partecipazione dei singoli e dei gruppi</li><li>- svolgere colloqui per l'esame delle situazioni individuali e di gruppo</li><li>- pianificare, programmare e realizzare attività di animazione</li><li>- gestire e coordinare attività di animazione per l'attivazione dei processi di comunicazione</li><li>- utilizzare in maniera appropriata le tecniche di animazione</li><li>- gestire i conflitti</li><li>- osservare e registrare comportamenti individuali e di gruppo</li><li>- applicare e trasmettere le metodologie di prevenzione sulla sicurezza della salute ed applicare pratiche di pronto soccorso</li></ul>

## N. 5 OPERATORI SOCIO-SANITARIO

<p><b>CONOSCENZE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conosce la tipologia degli utenti e le problematiche connesse</li> <li>- conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati</li> <li>- riconosce per i vari ambiti le dinamiche relazionali per rapportarsi all'utente</li> <li>- conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente</li> <li>- conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione</li> <li>- conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute rivolti agli utenti e ai loro familiari</li> <li>- conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quelli delle reti informali</li> </ul>
<p><b>COMPETENZE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in collaborazione con altre figure professionali sa attuare piani di lavoro</li> <li>- è in grado di utilizzare metodologie di lavoro comune (schede, protocolli ecc..)</li> <li>- è in grado di elaborare e proporre in collaborazione con il Coordinatore i programmi socio assistenziali individuali degli utenti in particolare per l'utente di cui è tutore;</li> <li>- è in grado di raccogliere le informazioni relative ai comportamenti ed ai bisogni degli utenti per realizzare interventi il più vicino possibili ai reali bisogni dello stesso;</li> <li>- è in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia</li> <li>- è in grado di riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare ed è in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche</li> <li>- competenze relazionali: sa lavorare in equipe; si avvicina e si rapporta con l'utente e la famiglia comunicando in modo partecipativo in tutte le attività di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo;</li> <li>- è in grado di interagire con il personale sanitario territoriale</li> <li>- sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori e coinvolgere le reti informali</li> <li>- sa sollecitare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sul territoriale</li> <li>- è in grado di partecipare all'accoglienza dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul servizio e sulle risorse</li> <li>- è in grado di gestire la propria attività con riservatezza ed eticità</li> <li>- è in grado di trasmettere i propri contenuti operativi a tirocinanti</li> </ul>
<p><b>FUNZIONI</b></p>	<p>Espletamento delle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Igiene personale</li> <li>- Governo della casa e dell'ambiente di vita</li> <li>- Aiuto nella deambulazione</li> <li>- Aiuto nell'uso corretto dei presidi e aiuto all'apprendimento delle posture corrette</li> <li>- Preparazione e/o assunzione dei pasti</li> <li>- Effettuazione di acquisti</li> <li>- Sanificazione ambientale</li> <li>- Monitoraggio dell'auto-somministrazione farmaci</li> <li>- Interventi di primo soccorso ove necessario</li> <li>- Effettuare medicazioni a piatto</li> <li>- Aiuto nelle attività che favoriscono la socializzazione e il recupero/mantenimento di capacità cognitive e manuali</li> <li>- Collabora ad educare al movimento e favorisce movimenti di mobilizzazioni semplici</li> <li>- Utilizza protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente riducendo al minimo il rischio</li> <li>- Cura il disbrigo di pratiche burocratiche</li> <li>- Accompagna l'utente nell'accesso ai servizi</li> </ul>

### 3.7. TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI

Il Servizio di Centro Diurno di Fiorenzuola offre all'anziano ospitalità diurna, assistenza socio sanitaria, trattamento riabilitativo e di riattivazione insieme ad attività ricreative e occasioni di socializzazione per il mantenimento delle autonomie e dell'autostima degli ospiti, sulla base del progetto di assistenza individualizzato.

Le diverse tipologie di prestazione del Servizio sono fornite in modo integrato dal Comune di Fiorenzuola, l'Azienda USL e la Cooperativa Aurora Domus. I rapporti tra tali soggetti sono regolati:

- dalla Convenzione del Comune di Fiorenzuola con l'Azienda USL di Piacenza per la definizione degli oneri a rilievo sanitario per gli utenti non autosufficienti ai sensi e per gli effetti delle Convenzioni in essere tra i 24 Comuni del Levante relativi alla programmazione e gestione congiunta dei Servizi su FRNA e della discendente Convenzione tra Comune Capofila di Distretto e AUSL di Piacenza;
- dal contratto di servizio tra il Comune di Fiorenzuola e AuroraDomus Cooperativa Sociale ONLUS.

Il Centro Diurno è autorizzato al funzionamento per 20 posti; tutti accreditati.

Il Centro diurno fornisce alle persone prestazioni di tipo:

- assistenziale (assistenza tutelare e di base);
- sanitario;
- socio-riabilitativo (stimolazione cognitiva ed all'orientamento e stimolazione funzionale);
- ludico-ricreativo (animazione, socializzazione ed integrazione con il territorio di riferimento);
- alberghiero (ristorazione, igiene ambientale).

I servizi sono erogati da un'équipe formata da diverse figure professionali che operano in maniera integrata.

La *mission* che caratterizza il Centro Diurno di Fiorenzuola può essere identificata nella realizzazione di un Servizio che si qualifica per organizzazione, metodologia di lavoro e stile professionale, come luogo di accoglienza, tutela ed ascolto della persona in condizione di fragilità. Il servizio è finalizzato alla valorizzazione della persona all'interno del suo contesto relazionale - familiare, promuovendo la capacità di autodeterminazione e rendendola protagonista attiva della propria giornata.

Attraverso la promozione di una "alleanza terapeutica" all'interno del triangolo sociale di cura costituito dalla persona stesso, dalla sua famiglia e dai *caregivers* formali, il Centro diurno si propone inoltre di prolungare il più a lungo possibile il mantenimento della persona al proprio

domicilio e favorire la continuità del legame con il contesto territoriale e sociale significativo per l'identità e il benessere della persona.

L'individuazione e definizione della *mission* è il prerequisito fondamentale per la costruzione di un sistema di qualità, perché da questa derivano i principi guida che orientano l'assetto organizzativo ed operativo:

- **personalizzazione dell'intervento** (*person centered care*): la qualità della vita delle persone all'interno del servizio è determinata principalmente dalla capacità delle stesse di rispondere in modo adeguato alla specifica situazione di bisogno di ogni singolo utente.
- **integrazione multidisciplinare**: la visione dell'utente come cliente/persona, a cui offrire non esclusivamente una risposta a singoli bisogni, presuppone un approccio globale: ciò può essere realizzato solo in un contesto la cui metodologia di lavoro preveda strumenti sistematici di integrazione. Le diverse figure professionali devono operare modulando il proprio specifico intervento in integrazione con gli altri ruoli, condividendo gli obiettivi ed individuando comuni strategie e modalità di relazione nei confronti dell'utente e dei suoi familiari.
- **integrazione tra interno ed esterno del servizio**: la struttura si pone come articolazione funzionale all'interno della rete dei servizi agli anziani ed è quindi aperta ed integrata con il territorio di riferimento, favorendo pertanto l'apporto di molteplici e differenziati soggetti (istituzioni, associazioni, singoli volontari, ecc.). Tra questi assumono particolare valore nella cura della persona i familiari degli utenti e tutti i caregiver, cioè tutte le figure significative nella storia della persona stessa.

### 3.8. ORARI DEL SERVIZIO

Il Centro Diurno di Fiorenzuola d'Arda effettua i seguenti orari:

Dal Lunedì al Venerdì	dalle ore <b>07:30</b> alle ore <b>17:30</b>
Sabato	dalle ore <b>07:30</b> alle ore <b>13:30</b>

### 3.9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione e l'aggiornamento professionale del personale rappresentano una delle direttrici fondamentali di AuroraDomus Cooperativa Sociale ONLUS. Gli scopi attribuiti alla formazione riguardano la crescita di competenze ed abilità delle persone e quindi lo sviluppo qualitativo dei servizi.

Oltre a questo, la formazione agisce positivamente ed in modo deciso sul senso di autostima del singolo operatore. Presso il servizio quindi, l'attività formativa è fortemente promossa e sostenuta, e viene distinta in tre ambiti fondamentali:

- *consistiva esterna (organizzata da enti esterni alla cooperativa);*
- *consistiva interna (promossa ed organizzata dall'Ufficio formazione della stessa cooperativa), con moduli di argomenti annuali scelti in base ad esigenze e proposte del personale ed alle esigenze struttura;*
- *seminari ed aggiornamenti.*
- *In particolare negli ultimi due anni l'attività di formazione per il personale del servizio si è concentrata su:*
- *percorsi di qualificazione e riqualificazione per OSS;*
- *sicurezza*
- *formazione sull'igiene degli alimenti*
- *etica professionale*

### 3.10. PROCESSI, PROCEDURE E STRUMENTI DI VERIFICA

I principali processi / procedure / strumenti utilizzati per la verifica dei risultati delle prestazioni erogate sono:

- Verifiche sui casi da parte del Coordinatore al fine di monitorare il corretto svolgimento delle prestazioni assistenziali erogate, ogniqualvolta se ne ravvisi la necessità;
- Incontri e verifiche con le Assistenti Sociali. Le Assistenti Sociali Responsabili del Caso richiedono incontri al Coordinatore del Servizio al fine di monitorare l'andamento dei PAI degli utenti e valutare l'eventuale necessità di apportarne modifiche.
- Riunioni d'équipe. Periodicamente, il Coordinatore del Servizio provvede ad indire una riunione di Coordinamento. Principale obiettivo delle riunioni è osservare, rilevare e

monitorare bisogni esigenze e cambiamenti dell'ospite, allo scopo di costruire Progetti Assistenziali Individuali sempre più consoni alle sue esigenze.

### Strumenti

PAI. Il Progetto Assistenziale Individuale è lo strumento fondamentale per lo svolgimento del lavoro assistenziale. Il PAI ♦ raccoglie tutte le informazioni relative all'utente e gli obiettivi che si sono definiti in sede di programmazione; ♦ raccoglie, attraverso annotazioni datate e firmate, la descrizione degli eventi notevoli accaduti durante l'intervento; ♦ prevede un aggiornamento ogni qual volta si evidenzia un cambiamento (sia miglioramento, sia peggioramento) delle sue condizioni psicofisiche, oppure qualora si presenti la necessità di segnalare eventi salienti che possono risultare utili, in sede di riunione di équipe, alla verifica del caso e degli obiettivi. La verifica e dell'aggiornamento del PAI (con frequenza almeno trimestrale) è svolta dal Coordinatore del servizio, dall'OSS tutor del caso, con il coinvolgimento degli altri operatori, nonché dal personale infermieristico e fisioterapico, in base al PAI.

### Procedure

Le procedure/istruzioni operative adottate sono documentate e conosciute dal personale.

Esistono procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività di servizio alberghiero.

Esiste la procedura per la definizione, attuazione, valutazione e riformulazione periodica per ogni utente del Piano di assistenza individuale (PAI).

Esistono procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività connesse all'assistenza.

Esistono procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle attività di animazione.

### Organizzazione degli spazi

In relazione ai bisogni e alle specifiche condizioni di ogni utente è assicurata la disponibilità di ausili per la mobilitazione, secondo quanto previsto nei Piani di assistenza individuali. Sono presenti arredi adeguati alla tipologia degli utenti che ne favoriscano l'autonomia in base alla normativa vigente. Sono assicurate adeguate condizioni di benessere microclimatico degli utenti nel periodo invernale ed estivo. Il personale contribuisce alla gestione delle attrezzature, tramite il loro corretto utilizzo. Il Centro Diurno Anziani, autorizzato al funzionamento per 20 posti con atto del Sindaco del Comune di Fiorenzuola d'Arda prot. n. 28460 del 14 ottobre 2008, garantisce una organizzazione di spazi, attività e prestazioni per gruppi omogenei. Sono previsti locali che consentano attività di piccolo gruppo o vita collettiva (soggiorni e sale da pranzo) e in aggiunta esiste l'ambulatorio destinato all'infermiera e alle visite specialistiche (nel rispetto della privacy) e uno spazio di accoglienza per i familiari che desiderano incontrare gli ospiti. Tutti i locali sopraindicati, destinati ad attività o vita collettiva sono di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva massima prevista.

### Attrezzature e arredi

È garantita la presenza e la fruibilità di arredi ed attrezzature idonei alla tipologia degli utenti.

È garantita la disponibilità degli altri arredi e ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni degli utenti secondo quanto previsto dai Piani di assistenza individualizzata.

Nella struttura sono presenti:

- Corrimani a parete nei percorsi principali;
- Ausili non personalizzati per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue;
- Poltrone relax;
- Sfigmomanometro;
- Termometri;
- Apparecchio per la rilevazione della glicemia;
- Arredi e attrezzature elettromedicali.

### 3.11. COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE

#### Modalità di comunicazione esterna e di raccolta di informazioni

L'organizzazione del lavoro prevede un monitoraggio quotidiano da parte del coordinatore del servizio, che si esplica sia nei rapporti diretti con gli utenti, con i loro familiari (colloqui, visite domiciliari, telefonate) e con gli operatori, che riportano quotidianamente osservazioni sui casi tramite gli strumenti della consegna, del diario all'interno della cartella socio-assistenziale, del quaderno individuale per le comunicazioni quotidiane tra la famiglie e gli operatori, e dei colloqui con l'assistente sociale coordinatore.

#### Modalità di comunicazione interna e di circolazione delle informazioni

Periodicamente sono previste della riunioni di équipe che coinvolgono le figure professionali impiegate nel servizio. Nel corso della riunione viene compiuto un monitoraggio complessivo dell'organizzazione del Centro Diurno e dell'andamento dei progetti dei singoli casi.

E' assicurata l'elaborazione, la verifica, l'aggiornamento di uno specifico programma di attività motoria e di riattivazione, attraverso l'utilizzo di un sistema informativo predisposto. E' documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS.

E' elaborato e attuato uno specifico programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali.

### 3.12. RUOLO E COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI

La presenza dei familiari assume un valore fondamentale nella costruzione della relazione tra l'utente e l'equipe del servizio, perché il familiare è parte integrante della storia dell'utente: questi, infatti, entra nel servizio insieme ai suoi familiari che rivestono un ruolo decisivo, accanto all'equipe, nel determinare la qualità della relazione e della cura.

Per questo l'equipe ritiene non sia sufficiente assolvere al dovere dell'informazione e della condivisione rispetto alle decisioni assistenziali, ma intende promuovere un percorso che approdi ad una vera e propria "alleanza terapeutica", all'interno della quale il familiare contribuisca, insieme agli operatori, a conseguire l'obiettivo della migliore qualità di vita possibile per l'assistito.

Il Coordinatore del servizio supporta i familiari attraverso una puntuale comunicazione di tutti gli elementi che possono garantire la continuità assistenziale tra il servizio svolto e l'ambito familiare; organizza sistematici momenti d'incontro in cui individua lo strumento di lavoro finalizzato alla piena integrazione e collaborazione dei familiari nel percorso di cura degli utenti inseriti; è a disposizione dei familiari, su appuntamento, per informazioni, chiarimenti, comunicazioni e quant'altro necessario per garantire il miglior flusso comunicativo.

Eventuali suggerimenti e segnalazioni possono essere presentati verbalmente in questi incontri, che si ritengono le sedi più funzionali ed adeguate per un immediato chiarimento sui problemi riscontrati ed un'analisi mirata all'individuazione di possibili soluzioni.

In alternativa, i suggerimenti ed i reclami sulla qualità delle prestazioni fornite possono essere presentati per iscritto e devono contenere tutte le indicazioni necessarie per individuare il problema. I suggerimenti ed i reclami possono essere presentati, sull'apposito modulo, direttamente presso la sede del servizio.

Entro 15 giorni dal ricevimento di reclami e suggerimenti verrà fornita risposta scritta. Nel caso di particolari richieste che comportino una approfondita analisi, entro 15 giorni lavorativi sarà comunque inoltrata una lettera nella quale si spiegheranno le ragioni della necessità di tempi più lunghi.



## CAP. 4. INDICATORI DI QUALITÀ

---

### 4.1. QUALITÀ ORGANIZZATIVA

<b>Dimensione di Qualità</b>	<b>Standard</b>
<b>Équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La riunione di équipe viene realizzata ogni settimana.</li><li>• All'équipe partecipano stabilmente il coordinatore, gli operatori.</li><li>• L'équipe rappresenta un momento di scambio e confronto finalizzato all'elaborazione della programmazione annuale, dei Progetti Individualizzati e la loro costante valutazione e verifica.</li></ul>
<b>Tempi di erogazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il servizio viene effettuato, di norma, dal lunedì al venerdì per 47 settimane l'anno (ad esclusione delle festività).</li></ul>
<b>Sostituzioni</b>	<p>Viene garantita la continuità del servizio attraverso la sostituzione degli operatori assenti secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>sostituzione su emergenza</i> mediante spostamenti di personale all'interno del servizio;</li><li>• <i>sostituzione programmata</i>: sostituzione garantita all'interno dell'organizzazione del servizio;</li><li>• <i>sostituzione per lunghi periodi</i>: si ricorre a personale esterno privilegiando operatori che già conoscono il servizio e prevedendo momenti preliminari di conoscenza e affiancamento.</li></ul>
<b>Luoghi di erogazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• struttura di Fiorenzuola D'Arda</li></ul>
<b>Mezzi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• attrezzature adeguate alla concretizzazione delle attività</li></ul>

## 4.2. QUALITÀ DELL'INTERVENTO

Dimensione di Qualità	Standard
<b>Personalizzazione dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per ogni utente vi è attenzione alle sue capacità e ai suoi limiti, ai bisogni sanitari, assistenziali, cognitivi, psicologici e sociali</li> <li>• Si individuano obiettivi generali e specifici declinati poi in attività</li> <li>• Revisione semestrale del progetto</li> <li>• Condivisione con la famiglia</li> </ul>
<b>Omogeneità e continuità nell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il servizio opera attraverso linee guida condivise dagli operatori e dagli enti gestori.</li> <li>• La funzione di coordinamento costantemente garantisce la connessione tra le diverse parti del servizio, e con l'esterno.</li> <li>• La condivisione delle informazioni tra operatori e la documentazione del lavoro avviene mediante strumenti adeguati (diario, cartella utente, verbali e riunioni).</li> </ul>
<b>Verifica e revisione del piano di intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gli operatori comunicano tempestivamente all'equipe eventuali scostamenti tra il piano di intervento previsto e i reali bisogni dell'utente.</li> <li>• Si effettuano verifiche periodiche delle modalità di intervento secondo le scadenze previste nel piano individuale e comunque non superiori a 6 mesi.</li> </ul>
<b>Relazione con l'ospite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella vita del servizio l'aspetto di relazione è considerato il tessuto su cui si intreccia la trama delle attività. Nella relazione di cura questo significa connotare il rapporto da un reciproco riconoscimento per trasmettere la propria presenza e disponibilità. La comunicazione non viene affidata solo al linguaggio verbale ma attraverso la capacità di riconoscere i messaggi che arrivano dal corpo dell'altro.</li> <li>• L'operatore cerca accogliere il bisogno dalla persona attraverso l'ascolto; concretamente questo è inteso come possibilità di ampliare l'azione e la partecipazione degli ospiti.</li> <li>• Vengono rispettati i tempi della persona e della sua famiglia.</li> <li>• Ove possibile, vengono stimulate l'autonomia dell'utente nelle azioni quotidiane e il mantenimento delle relazioni con le reti del territorio</li> <li>• Si assicurano comportamenti e modalità relazionali che garantiscano il rispetto reciproco operatori e persone disabili</li> </ul>
<b>Relazioni con le</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il servizio, soprattutto attraverso l'educatore di riferimento, si impegna a creare con la famiglia un rapporto di collaborazione,</li> </ul>

<b>famiglie</b>	<p>basato sul rispetto e sulla fiducia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando possibile o necessario, l'operatore svolge un ruolo di accompagnamento e sostegno nelle azioni di cura.</li> </ul>
<b>Relazioni con altri servizi ed enti del territorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il servizio lavora costantemente in rete con altri servizi</li> <li>• Promuove la collaborazione con altri servizi ed enti del territorio (parrocchie, associazioni, scuole e servizi pubblici).</li> </ul>

### 4.3. QUALITÀ PROFESSIONALE

<b>Dimensione di Qualità</b>	<b>Standard</b>
<b>Titoli e qualifiche</b>	Gli operatori sono in possesso di qualifiche specifiche o con comprovata esperienza come previsto dalla normativa.
<b>Formazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono previsti mensili momenti di approfondimento e supervisione</li> <li>• E' previsto per tutti gli operatori un piano formativo e di aggiornamento annuale</li> </ul>
<b>Nuovo personale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I nuovi operatori sono accompagnati alla conoscenza del servizio dal coordinatore; è previsto un periodo di affiancamento che prevede momenti di compresenza sulle attività.</li> </ul>

### 4.4. QUALITÀ E SICUREZZA

#### **Dimensione di qualità Standard**

<b>Sicurezza e tutela</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per gli operatori è stato adottato integralmente quanto previsto dalla legge 626/94 in materia di sicurezza.</li> <li>• Tutti gli operatori sono forniti di materiale idoneo e di protezione previsto per la mansione ricoperta.</li> <li>• Per ogni persona in carico al servizio e per le loro famiglie, viene garantito il rispetto della privacy (D.lgs. 196/2003).</li> <li>• Tutti gli operatori hanno l'obbligo del segreto professionale.</li> </ul>
---------------------------	---

## CAP. 5. MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

---

### 5.1. RECLAMI

In presenza di disservizi o di atti o comportamenti che appaiono in contrasto con i contenuti della Carta dei servizi, gli utenti possono effettuare segnalazioni, secondo le modalità di seguito descritte. Nel clima di collaborazione e di dialogo che caratterizza la vita del servizio, gli utenti potranno rivolgersi al responsabile del Servizio.

Il reclamo assume rilevanza sotto due aspetti:

- esterno, di tutela e di comunicazione con gli utenti;
- interno, di raccolta e analisi dei suggerimenti, delle proteste pervenute e della conseguente attivazione di iniziative rivolte alla soluzione sia dello specifico problema evidenziato sia del problema più generale relativo all'erogazione del servizio.

Il reclamo offre un ulteriore canale di dialogo: esso costituisce una risorsa, uno "specchio critico" sulla qualità dei servizi erogati e sulla percezione che ne hanno gli utenti.

I reclami vanno indirizzati su apposita modulistica al Coordinatore del Servizio. Il Coordinatore, nel rispetto della Legge sulla tutela della privacy, si impegna a rispondere in forma scritta a tutti i reclami pervenuti entro il termine massimo di 20 giorni dal ricevimento dello stesso, dopo un opportuno confronto con gli operatori coinvolti, al fine di trovare, laddove sia possibile, una tempestiva soluzione agli eventuali problemi.

### 5.2. DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI

#### **Diritti della persona interessata e dei familiari:**

- rispetto dei termini indicati nella Carta dei Servizi;
- rispetto del proprio stile di vita e della propria riservatezza;
- essere informati in modo chiaro e comprensibile sulle procedure e sulle modalità di partecipazione al costo del Servizio;
- collaborare ed essere corresponsabilizzati sul progetto di intervento potendone verificare l'attuazione.

#### **Doveri della persona interessata e dei familiari:**

- mantenere un comportamento rispettoso degli operatori addetti al Servizio e della loro professionalità;
- partecipare al costo del Servizio secondo le modalità concordate.

### 5.3. TUTELA DELLA PRIVACY

Il servizio - in ottemperanza al D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" - adotta tutte le misure atte a garantire la riservatezza degli utenti; in particolare si impegna a trattare esclusivamente i dati sensibili indispensabili per le proprie attività istituzionali ed al rigoroso rispetto del segreto professionale. La documentazione prevista dalla vigente normativa è consultabile presso la sede del servizio.

## ALLEGATO A

### CARTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA ANZIANA

*Gli anziani rappresentano un patrimonio per la società, non solo perché in loro si identifica la memoria culturale di una popolazione, ma anche perché sempre più costituiscono una risorsa umana attiva, un contributo di energie e di esperienze del quale la società può valersi.*

*Questo nuovo ruolo emerge dalla ricerca clinica e sociale che rende ragione della constatazione di un numero sempre maggiore di persone di età anagrafica avanzata ed in buone condizioni psico-fisiche.*

*Tuttavia esistono delle condizioni nelle quali l'anziano è ancora una persona fragile, sia fisicamente che psichicamente, per cui la tutela della sua dignità necessita di maggiore attenzione nell'osservanza dei diritti della persona, sanciti per la generalità dei cittadini.*

*La valorizzazione del ruolo dei più anziani e della loro cultura si fonda sull'educazione della popolazione al riconoscimento ed al rispetto dei loro diritti, oltre che sull'adempimento puntuale di una serie di doveri da parte della società. Di questi, il primo è la realizzazione di politiche che garantiscano ad un anziano di continuare ad essere parte attiva nella nostra società, ossia che favoriscano la sua condivisione della vita sociale, civile e culturale della comunità.*

*Questo documento vuole indirizzare l'azione di quanti operano a favore di persone anziane, direttamente o indirettamente, come singoli cittadini oppure all'interno di:*

- *istituzioni responsabili della realizzazione di un valore pubblico (ospedali, residenze sanitario-assistenziali, scuole, servizi di trasporti ed altri servizi alla persona sia pubblici che privati);*
- *agenzie di informazione e, più in generale, mass media;*
- *famiglie e formazioni sociali.*

*Con loro condividiamo l'auspicio che i principi qui enunciati trovino la giusta collocazione all'interno dell'attività quotidiana, negli atti regolativi di essa quali statuti, regolamenti o carte dei servizi, nei suoi indirizzi programmatici e nelle procedure per la realizzazione degli interventi.*

*Richiamiamo in questo documento alcuni dei principi fondamentali dell'ordinamento giuridico italiano:*

- *il principio di "giustizia sociale", enunciato nell'art. 3 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana. La letteratura scientifica riporta che lo sviluppo pieno della persona umana è un processo continuo, non circoscrivibile in una classe di età particolare, poiché si estende in tutto l'arco della vita;*
- *il principio "di solidarietà", enunciato nell'art. 2 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni*

*sociali ove si svolge la sua personalità, e richiedere l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale. A queste espressioni di solidarietà inderogabili vanno affiancate quelle proprie della libera partecipazione del cittadino al buon funzionamento della società ed alla realizzazione del bene comune, pure finalizzate alla garanzia della effettiva realizzazione dei diritti della persona;*

- *il principio "di salute" enunciato nell'art. 32 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantire cure gratuite agli indigenti. Va inoltre ricordato che, al concetto di salute affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella dichiarazione di Alma Ata (1978) come equilibrio fisico, psichico e sociale, si è affiancato il concetto di promozione della salute della dichiarazione di Ottawa (1986).*

### **La Persona anziana al centro di diritti e di doveri**

*Non vi è dunque contraddizione tra asserire che la persona gode, per tutto l'arco della sua vita, di tutti i diritti riconosciuti ai cittadini dal nostro ordinamento giuridico e adottare una carta dei diritti specifica per i più anziani: essa deve favorire l'azione di educazione al riconoscimento ed al rispetto di tali diritti insieme con lo sviluppo delle politiche sociali, come si è auspicato nell'introduzione.*

#### **La Persona ha il diritto:**

- *di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà;*
- *di conservare e vedere rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, la proprie credenze, opinioni e sentimenti;*
- *di conservare la proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando esse dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nel suo ambiente di appartenenza;*
- *di conservare la libertà di scegliere dove vivere;*
- *di essere accudita e curata nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa;*
- *di vivere con chi desidera;*
- *di avere una vita di relazione;*
- *di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività;*
- *di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e/o morale;*
- *di essere messa in condizione di godere e di conservare la propria dignità ed il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza.*

### **La società e le istituzioni hanno il dovere:**

- *di rispettare l'individualità di ogni persona anziana, riconoscendone i bisogni e realizzando gli interventi ad essi adeguati, con riferimento a tutti i parametri della sua qualità di vita e non in funzione esclusivamente della sua età anagrafica;*
- *di rispettare credenze, opinioni e sentimenti delle persona anziane, anche quando essi dovessero apparire anacronistici o in contrasto con la cultura dominante, impegnandosi a coglierne il significato nel corso della storia della popolazione;*
- *di rispettare le modalità di condotta della persona anziana, compatibili con le regole della convivenza sociale, evitando di "correggerle" e di "deriderle", senza per questo venire meno all'obbligo di aiuto per la sua migliore integrazione nella vita della comunità;*
- *di rispettare la libera scelta della persona anziana di continuare a vivere nel proprio domicilio, garantendo il sostegno necessario, nonché, in caso di assoluta impossibilità, le condizioni di accoglienza che permettano di conservare alcuni aspetti dell'ambiente di vita abbandonato;*
- *di accudire e curare l'anziano fin dove è possibile a domicilio, se questo è l'ambiente che meglio stimola il recupero o il mantenimento della funzione lesa, fornendo ogni prestazione sanitaria e sociale ritenuta praticabile e opportuna. Resta comunque garantito all'anziano malato il diritto al ricovero in struttura ospedaliera o riabilitativa per tutto il periodo necessario per la cura e la riabilitazione;*
- *di favorire, per quanto è possibile, la convivenza della persona con i familiari, sostenendo opportunamente questi ultimi e stimolando ogni possibilità di integrazione;*
- *di evitare nei confronti dell'anziano ogni forma di ghettizzazione che gli impedisca di interagire liberamente con tutte le fasce di età presenti nella popolazione;*
- *di fornire ad ogni persona di età avanzata la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini personali, di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo;*
- *di contrastare, in ogni ambito della società, ogni forma di sopraffazione e prevaricazione a danno degli anziani;*
- *di operare perché, anche nelle situazioni più compromesse e terminali, siano supportate le capacità residue di ogni persona, realizzando un clima di accettazione, di condivisione e di solidarietà che garantisca il pieno rispetto delle dignità umana.*

### **La tutela dei diritti riconosciuti**

*E' opportuno ancora sottolineare che il passaggio dalla individuazione dei diritti di cittadinanza riconosciuti dall'ordinamento giuridico alla effettività del loro esercizio nella vita delle persone anziane è assicurato dalla creazione, dallo sviluppo e dal consolidamento di una pluralità di condizioni che vedono implicate le responsabilità di molti soggetti. Dall'azione di alcuni di loro dipendono l'allocazione delle risorse (organi politici) e la crescita della sensibilità sociale (sistema dei media, dell'istruzione e dell'educazione).*



*Tuttavia, se la tutela dei diritti delle persone anziane è certamente condizionata da scelte di carattere generale proprie della sfera della politica sociale, non di minor portata è la rilevanza di strumenti di garanzia che quella stessa responsabilità politica ha voluto: il difensore civico regionale e locale, l'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) e l'Ufficio di Relazione con il Pubblico (URP).*

*Essi costituiscono un punto di riferimento informale, immediato, gratuito e di semplice accesso per tutti coloro che necessitano di tutela. E' constatazione comune che la larga parte dei soggetti che si rivolgono al difensore civico, agli UPT e agli URP è costituita da persone anziane.*

*E' necessario che lo sviluppo di questa rete di garanzia sia incentivato in tutto l'ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale in sede di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento di tutti i servizi della Regione Emilia-Romagna.*

## ALLEGATO B

### Scheda raccolta suggerimenti per il miglioramento del servizio

Da compilare a cura dell'utente/familiare

Data \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Da restituire al Coordinatore/Referente del Servizio:**

- a mano o per posta all'indirizzo: \_\_\_\_\_
- via email: \_\_\_\_\_

## ALLEGATO C

### **Scheda raccolta reclami** - *da compilare a cura dell'utente/familiare reclamante*

Data \_\_\_\_\_

Riferimenti reclamante:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

### **RECLAMO**

Danni subiti e aspettative utente

---

---

---

Circostanze che hanno provocato l'evento

---

---

---

Altre caratteristiche (si è già ripetuto?)

---

---

---

Modalità con cui è stato risolto il problema

---

---

---

Suggerimenti per evitare che il reclamo si ripeta

---

---

---

**Da restituire al Coordinatore/Referente del Servizio:**

- a mano o per posta all'indirizzo: \_\_\_\_\_
- via email: \_\_\_\_\_

**Il Coordinatore/Referente invierà risposta scritta entro 15 gg dal ricevimento del presente modulo.**

## **Tariffe 2014**

I costi del Servizio, definiti dal Comune di Fiorenzuola d'Arda con Delibera di Giunta n. 49 del 30.05.2014, sono comprensivi delle prestazioni sociali, igienico-sanitario, infermieristiche e fisioterapiche rivolte alla persona.

**Si allega in copia il documento di Delibera di Giunta n.49 del 30.05.2014**

cooperativa sociale onlus  
**auroradomus**  
Servizi che crescono con te.

***Aurora Domus Cooperativa Sociale ONLUS - Filiale di Piacenza***

***Indirizzo*** via Colombo 35 – 29122 Piacenza (PC)

***Telefono*** 0523 606299 ***Fax*** 0523 602020

***Sito Internet*** <http://www.auroradomus.it>

***Indirizzo e-mail*** [piacenza@auroradomus.it](mailto:piacenza@auroradomus.it)

***Aurora Domus Cooperativa Sociale ONLUS – Sede legale***

***Indirizzo*** via G.S.Sonnino 33/A - 43126 Parma

***Telefono*** 0521 957595 ***Fax*** 0521 290920

***Sito Internet*** <http://www.auroradomus.it>

***Indirizzo e-mail*** [info@auroradomus.it](mailto:info@auroradomus.it)

