

## *Carta del Servizio*

*La "Carta del Servizio" è uno strumento di comunicazione e presentazione del servizio destinato alle famiglie, agli Ospiti e al pubblico.*

*Con questa Carta la "Comunità Sant'Agata" si prefigge l'obiettivo di offrire ai destinatari una completa e corretta informazione sulle prestazioni erogate e sui servizi connessi.*



## Presentazione

Ente Gestore: **INTERACTIVE Società Cooperativa Sociale**

Sede legale: Via Castello n. 11 - 10030 - Villareggia

Sede amministrativa: Via Sansovino n. 217 - 10151 - Torino

Tel. 011/4530151 - Fax 011/4512779

**www.interactive.coop**

E-mail: **info@interactive.coop**

Denominazione del presidio: **Residenza Integrata Socio-Sanitaria: "Comunità Sant'Agata"**

Tipologia autorizzazione: **Raf Disabili di tipo B**

Ubicazione: SANT'AGATA FOSSILI - Strada Provinciale, 139 - cap. 15050

**In auto: da Torino Autostrada Torino - Piacenza - Uscita Tortona quindi si attraversa il Comune di Tortona, si prosegue sulla strada Provinciale fino a Villalvernia, ove al semaforo si svolta a destra sulla provinciale per Sant'Agata Fossili.**

Nominativo referente: **Dott. Massimo Fenile**

Telefono/fax: 0131/837306 - FAX. 0131/837928

E-mail: [riss.santagata@interactive.coop](mailto:riss.santagata@interactive.coop)

Orario di accesso fisico e telefonico: tutti i giorni **dalle 9.00 alle 12.30 e dalle 14.00 alle 18.00**

Orari giornalieri - settimanali - annuali d'apertura del presidio: la Residenza è aperta tutto l'anno (365 giorni) e per l'intera giornata (24 ore)

### TIPOLOGIA DI UTENZA

La "Comunità Sant'Agata" intende rispondere ai bisogni di persone con **disabilità intellettiva con disturbo della relazione e del comportamento (deficit intellettivo con innesto psicotico o associato a disturbi relazionali)**, sia di persone con **deficit intellettivi e cognitivi associati a compromissioni di natura organica**.

La Residenza potrà così rispondere al maggior numero possibile di richieste caratterizzate comunque da disturbi del comportamento, anche di particolare difficoltà gestionale.

D'altra parte gli spazi a disposizione, sia interni che esterni, consentono di operare diversificazioni funzionali in piccoli gruppi.

L'ampio spettro di condizioni che possono correlarsi alla presenza di disturbi del comportamento rende difficile una rigida standardizzazione dei parametri riferiti al personale addetto all'assistenza: vanno previste una **valutazione iniziale del fabbisogno individuale** ed un **programma di verifiche** del permanere o meno di tale necessità, insieme al periodico monitoraggio dei progetti educativo-riabilitativi.

N.ro posti autorizzati: **20**

Fascia d'età: **dai 18 ai 65 anni**

## Organizzazione

Il nucleo residenziale è dedicato in particolare al trattamento e alla riabilitazione del Disturbo Comportamentale inteso in tutte le sue accezioni purchè nell'ambito di un quadro di disabilità intellettiva.

Si costituirà un'équipe multidisciplinare che consente di progettare un servizio ad alta intensità assistenziale ed una ampia flessibilità nell'articolare supporti individuali a seconda delle singole necessità: essa rende possibile concepire il servizio anche come luogo fisico capace di prendere in carico le situazioni più problematiche sia per la complessità e molteplicità delle compromissioni sia per la presenza di importanti alterazioni comportamentali.

La presa in carico globale non si limiterà al ripristino di una condizione ottimale di compenso (conseguente al superamento della crisi comportamentale, emozionale o psicotica), ma potrà svolgere un'importante funzione di VALUTAZIONE, INQUADRAMENTO e PROGRAMMAZIONE degli interventi futuri, in collaborazione con le UVH, per fornire alle stesse ed agli Operatori dei Servizi di riferimento dati osservativi e valutazioni cliniche sull'evoluzione dei programmi riabilitativi, necessari alla elaborazione dei programmi di assistenza e trattamento in contesti diversi siano essi residenziali, semiresidenziali o domiciliari.

Spesso infatti gli indirizzi formulati dalle UVH ed i progetti educativi elaborati dai Servizi devono necessariamente basarsi su valutazioni frammentarie e/o eseguite proprio nel corso di periodo di "crisi" in cui gli elementi individuali si intersecano con quelli familiari e del contesto sociale: in queste condizioni è spesso difficile indicare le soluzioni più opportune, specie se si tiene conto della possibilità di una rapida evolutività delle situazioni di crisi.

Per questo la disponibilità di una Comunità dotata di un'équipe specializzata nell'impiego di strumenti di valutazione clinica, riabilitativa ed assistenziale ci pare una risorsa utile ed importante nell'ambito dei servizi per disabili.

La necessità di accompagnare le attività di socializzazione e d'animazione, già ampiamente consolidate nell'esperienza dei servizi per disabili, ad interventi riabilitativi veri e propri è oggi fortemente avvertita sia dagli operatori che dai familiari che considerano il momento residenziale un'occasione di miglioramento delle abilità e non un mero contenitore di protezione sociale.

Il tipo di servizio che sarà sviluppato in questa residenza aiuterà il disabile nella ricostruzione dello spazio necessario per superare il distacco emotivo dal proprio ambiente di vita precedente consentendogli di vivere nelle migliori condizioni possibili.

## Modello Progettuale

La traduzione operativa di un sistema centrato sulla continuità assistenziale trova nell'integrazione tra comparto sanitario e sociale il fondamento per affrontare l'ampliamento dell'area di utenza connotata da cronicità e da un progressivo aggravamento delle condizioni di non autosufficienza.

Tale strategia, impone di ricercare modelli multidimensionali di servizi altamente flessibili per garantire una migliore qualità di vita ed evitare il ricorso a forme di ricovero improprio.

Ne consegue, che la **valutazione** del soggetto disabile, qualunque sia l'alterazione psicopatologica di cui è portatore, non può essere limitata alla psicopatologia specifica ma deve essere integrata in una visione più ampia che tenga conto della **complessità e della multidimensionalità** del quadro clinico nel suo insieme..

In questa ulteriore prospettiva è ancor più evidente che **l'approccio e l'intervento** non può che essere **multidimensionale e multidisciplinare**.

Ne consegue strettamente che **un servizio residenziale specifico** per persone affette da disabilità psichiche e fisiche di vario grado, è finalizzato alla messa a punto di un percorso socio-assistenziale riabilitativo personalizzato e complesso.

Si tratta di interventi che agiscono sulla sfera motoria, cognitiva, comportamentale e relazionale, per garantire alla persona spazi di autonomia e di autosufficienza personale.

In queste situazioni, ai tradizionali interventi di **recupero e rieducazione funzionale** o di **terapia occupazionale**, devono utilmente associarsi interventi riabilitativi più specialistici: **psicofarmacologici, psicoeducazionali, occupazionali e riabilitativi**.

La risposta a questi bisogni è data da un servizio che coniughi alla capacità di fornire prestazioni di assistenza e cura alla persona in regime residenziale, **prestazioni alberghiere di qualità ed una competenza clinica e di trattamento sanitario adeguati**.

E' evidente che un simile complesso di interventi può soddisfare la necessità di attivare **progetti individualizzati mirati**, anche in seguito alla disponibilità a garantire un **ulteriore supporto educativo-assistenziale** sulla base delle specificità dei singoli casi.

Inoltre, la possibilità di effettuare **ricoveri temporanei** può consentire di offrire alle famiglie momenti di tregua e di superare fasi acute attraverso interventi intensivi erogati per periodi limitati allo scopo di ottenere il massimo recupero funzionale possibile fino al reinserimento del soggetto nel proprio contesto abitativo e familiare.

D'altra parte le condizioni di vita delle famiglie e l'impossibilità di fornire assistenza da parte dei care-givers, già fortemente impegnati in una difficile e lunga opera di assistenza spingono famiglie e servizi socio-sanitari a procedere per lo più a ricoveri definitivi.

In questo caso la Residenza si porrà obiettivi sanitari più limitati e connessi alla necessità di contrastare, per quanto possibile, la caduta ad un grado di disabilità maggiore e/o di impedire l'isolamento e favorire il mantenimento delle relazioni interpersonali con i familiari, con le persone significative della propria vita, con i coresidenti e con il personale di assistenza.

L'obiettivo prioritario della Residenza sarà in ogni caso il **raggiungimento del miglior livello possibile di qualità della vita dell'ospite**.

Ciò si realizzerà attraverso un'organizzazione flessibile, in grado di rispondere alla diversa tipologia ed intensità dei bisogni degli ospiti, utilizzando protocolli operativi basati sulla globalità e interdisciplinarietà degli interventi.

La residenzialità viene pertanto organizzata in modo da **evitare** che ai danni provocati dalla disabilità possano sommarsi i possibili danni dell'**istituzionalizzazione**.

### Un approccio multidisciplinare integrato

Per realizzare questo obiettivo primario abbiamo organizzato una struttura "comunitaria" che in modo analogico esprime le dinamiche del ciclo vitale.

Si tratta di una struttura che permette di sapersi orientare nella realtà della vita: con le sue regole, i suoi orari, i suoi ritmi, i suoi rapporti. Essa è strutturata in modo da mettere al

centro la persona, per la conquista del suo benessere. Le attività si diversificheranno secondo il vissuto dei destinatari, da qui nasce l'importanza della diagnosi funzionale, intesa anche come comprensione in profondità delle aspirazioni soggetto. Questa dimensione è favorita dalla partecipazione delle famiglie che saranno parte attiva del progetto nella loro qualità di "esperti" conoscitori del nostro ospite.

### Centri di interesse

Si tratta di permettere all'utente di "centrarsi" su attività che siano realmente adatte e congeniali, nelle quali abbia la possibilità di esprimersi con fantasia e creatività e nelle quali soprattutto possa sperimentare un sentimento di competenza. Si tratta per il nostro ospite di sapersi proiettare nel futuro, riconquistando il senso del proprio essere, del proprio agire, del proprio soffrire e del proprio gioire, riappropriandosene come personale dominio.

### Il programma

#### OBIETTIVI E METODOLOGIA DEL "GRUPPO"

Si esplicheranno attraverso una gamma di attività molto diverse, con centri di interesse che:

- **Corrisponderanno ai diversi livelli di sviluppo** e permetteranno di offrire agli utenti una serie di performance da realizzare in rapporto con le risorse e le capacità emergenti di ciascuno, sufficientemente vari per andare incontro agli interessi specifici di ciascuno e che permetteranno così un approccio differenziato della loro difficoltà relazionale.
- **Offriranno una crescita di capacità "occupazionale"** atta a favorire l'inserimento sociale, e che stimoleranno il soggetto ad acquisire al tempo stesso conoscenze intellettuali e pratiche necessarie per svolgere i compiti richiesti.
- **Permetteranno di rispettare ogni progetto assistenziale terapeutico riabilitativo individuale** elaborato in funzione della diagnosi personale.
- **Prevedranno un referente di gruppo**, il quale si rivolgerà a tutti gli utenti del gruppo e sarà messo in condizione di gestire individualmente il gruppo, affidando a ciascuno un compito appropriato; gli ospiti saranno in grado di apprendere e aiutarsi a vicenda, stimolandosi reciprocamente in base alle loro capacità. Ognuno avrà un compito particolare e il referente avrà la funzione di stimolare e di incentivare le risorse creative, sia del singolo sia del gruppo.
- **Comprenderanno riunioni periodiche con il gruppo**, come momento di verifica e monitoraggio degli obiettivi e degli strumenti utilizzati, ma soprattutto come: 1) momento di socializzazione e condivisione di sentimenti; 2) spazio per lo sviluppo di un significato rispetto agli obiettivi e ai valori; 3) luogo in cui rielaborare e alimentare il progetto della propria vita.

## OBIETTIVI E METODOLOGIA NELLA RELAZIONE INDIVIDUALE.

La programmazione del piano educativo-assistenziale-riabilitativo individuale prevederà per ciascun soggetto:

► **Un programma stadiale** che comprenderà:

- **conoscenze acquisite**, e pertanto si presuppone di stabilire un livello di partenza, un bilancio di avvio;
- **conoscenze nuove**, per cui si presuppone di stabilire un punto di arrivo;
- **la determinazione delle tappe successive**

► **Un approccio relazionale**, che comporterà:

- la conoscenza e l'utilizzo dei canali di comunicazione propri del soggetto (visivi, uditivi, cenestesici, ecc.);
- l'instaurazione fin dall'inizio dell'inserimento di un buon rapporto empatico e relazionale ("entrare in sintonia");
- supportare l'ospite mediante strumenti che lo aiutino a realizzare esperienze di successo.

► **Integrazione sociale e formazione "occupazionale":**

- acquisizione di regole e di norme per l'autonomia sociale e occupazionale;
- consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti;
- acquisizioni di capacità per valorizzare le proprie competenze manuali, per farle rispettare e proporre al contesto sociale di appartenenza.

## ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO INDIVIDUALE

### Obiettivi delle attività

Le attività, **individuali** e di **gruppo**, saranno inoltre strutturate in relazione al loro contesto: attività realizzate **all'interno** della Residenza e attività realizzate **all'esterno**.

### Attività individuali

Le attività individuali mireranno al mantenimento e allo sviluppo delle capacità residue e delle risorse-competenze. Esse saranno pianificate dopo l'elaborazione della diagnosi funzionale e relazionale. Il piano di intervento individualizzato avrà come riferimento le seguenti aree:

#### **Area cognitiva e apprendimento:**

- Lettura
- Scrittura
- Comprensione scrittura

- Comprensione lettura
- Abilità logico - matematiche
- Orientamento temporale
- Orientamento spaziale
- Lettura dell'orologio

**Area comunicazione e linguaggio:**

- Comunicazione verbale
- Comunicazione non verbale

**Area abilità interpersonali e sociali**

- Attività di socializzazione all'interno e all'esterno della comunità
- Attività di gruppo volte al miglioramento delle social skills

**Area autonomia personale:**

- alimentazione
- igiene personale, cura di sé

**Area autonomia sociale:**

- competenze sociali, gestione delle informazioni
- sicurezza personale e uso dei mezzi pubblici e privati

**Area abilità espressive e creative:**

- abilità espressive
- competenze produttive

**Attività di gruppo**

Le attività di gruppo includeranno una vasta gamma di iniziative che mireranno a mantenere e potenziare: la socializzazione, le competenze relazionali, le capacità sociali, quelle lavorative e creative. Per raggiungere questi obiettivi, sarà redatto un piano che comprenderà la programmazione delle attività che saranno realizzate sia all'interno sia all'esterno della R.A.F.

Tutte le attività avranno una pianificazione giornaliera, settimanale e annuale; inoltre, sarà previsto il monitoraggio giornaliero delle attività e la verifica periodica dei risultati (mensile).

## **Metodologia utilizzata**

Il servizio si rivolge a soggetti con una tipologia di disabilità che richiede, nell'ambito di una metodologia organizzativa complessiva ed unitaria, una particolare specificità di presa in carico con riferimenti tecnico - scientifici diversificati (sia in ambito valutativo sia di elaborazione progettuale e di trattamento).

Si svilupperà pertanto una metodologia di intervento validata da esperienze ben documentate in ambito scientifico per quanto attiene i soggetti portatori di **gravi disturbi**

**della sfera relazionale e del comportamento** (associati o meno a sintomi e/o sindromi psicotiche): modello ispiratore è quello **Cognitivo-Comportamentale e Psicoeducazionale Integrato** (J.Falloon, A.P. Goldstein).

Riferimento generale nell'impostazione progettuale è l'**ICF** (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) e ci si pone l'obiettivo di **"rendere operativo il modello sociale dell'handicap"**: di conseguenza il **"contesto in cui vive la persona"** (in primo luogo la Residenza) dovrà essere oggetto di una "azione correttiva" per divenire realmente "facilitante la partecipazione alla vita sociale".

Solo in questo modo l'intervento individuale e comunitario avrà la possibilità di esplicarsi nella pienezza delle sue potenzialità restituendo integralmente quel "diritto di cittadinanza" che la condizione di handicap limita fortemente.

L'impiego del sistema diagnostico **ICD-10** (compatibile con la valutazione adottata dalla maggior parte delle **Unità di Valutazione Handicap**) consente una **valutazione multidimensionale** (medico - psichiatrica, psicologica e sociale): esso costituirà il linguaggio comune adottato dagli operatori per definire, con il maggior grado possibile di attendibilità e riproducibilità, la condizione del paziente in carico non soltanto per quanto attiene gli aspetti neurologici, psichiatrici, cognitivi ma anche quelli psicosociali e di funzionamento globale.

La Residenza si proporrà di realizzare progetti individualizzati, adattandosi in maniera flessibile ai modi ed ai tempi degli ospiti.

Essa si prenderà carico del paziente come individuo con la totalità delle sue dinamiche psichiche e delle sue necessità materiali assolvendo a due funzioni fondamentali :

- il contenimento e la elaborazione dei conflitti e delle modalità alterate di comportamento;
- l'educazione (cioè la crescita del bagaglio di conoscenze tecniche, esperienziali e culturali necessarie all'individuo per appartenere al gruppo sociale in cui vive).

Nella comunità il vivere assieme quotidiano fa sperimentare, in ambiente protetto, molti problemi e difficoltà personali che richiedono, da parte di tutti, riconoscimento e scambio di ruoli, nonché gradi di maturità sempre crescenti.

Per venire incontro al bisogno di senso di appartenenza, al bisogno di assumersi alcune responsabilità e contemporaneamente di ricevere protezione, cura e contenimento, la Residenza si caratterizzerà come **"comunità simifamiliare"**; l'ambiente familiare infatti offre strumenti educativi e modelli di identificazione attraverso i quali condurre il soggetto allo sviluppo ed utilizzo delle proprie residue risorse personali.

Quali modelli e metodologie di intervento si farà riferimento in particolare a:

■ **"SOCIAL AND INDEPENDENT LIVING SKILLS TRAINING"**

■ **METODO PSICOEDUCAZIONALE INTEGRATO**

Sarà inoltre ad orientamento **psicoeducazionale** la supervisione mensile ed il programma di formazione permanente dell'équipe.



Inoltre, i progetti e gli interventi riabilitativi individuali saranno redatti dettagliatamente e monitorati con periodicità mediante l'impiego del più preciso ed affidabile strumento pubblicato in lingua italiana: il **VADO** - Valutazione Abilità e Definizione di Obiettivi - di Morosini e Brambilla ( 1998, Ed. Erickson), opportunamente semplificato ed adattato alla condizione del portatore di handicap.

### GIORNATA TIPO DEL SERVIZIO

FASCIA ORARIA	ATTIVITA'
7.30 - 9.30	Sveglia, Igiene personale, cura di se, preparazione e consumazione della colazione
9.30 - 11.30	Interventi educativo - riabilitativi individualizzati e/o gruppo, uscite per commissioni e spesa
11.30 - 13.00	Preparazione della tavola e consumazione del pranzo, riassetto della cucina
13.00 - 14.30	Riposo pomeridiano - Attività ludico - ricreative
14.30 - 16.30	Attività di laboratorio, occupazionali
16.30 - 17.00	Merenda
17.00 - 18.30	Attività di Laboratorio, occupazionali - ludico ricreative eventuali passeggiate
18.30 - 20.00	Preparazione della tavola e consumazione della cena, riassetto della cucina
21.00	Preparazione per il riposo, igiene personale, cura di se, attività ricreativa serale

### SETTIMANA TIPO DELLE ATTIVITÀ DIURNE E SPECIALISTICHE

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO	DOMENICA
<b>MATTINO</b>	Piscina - Cura del se, ginnastica dolce - uscite	Cura del se, bricolage - uscite	Cura del se, attività di cucina - uscite	Cura del se - giardinaggio - uscite	Cura del se - uscita al mercato, attività per autonomia sociale	Cura del se, attività a tema mensile	Cura del se, attività a tema mensile
<b>POMERIGGIO</b>	Attività didattica - Laboratori o attività manuale	Attività didattica - Psicomotric.	Attività didattica - arteterapia	Attività didattica - Ippoterapia Attività didattica - laboratorio attività artigianali	laboratorio attività espressione corporea - massaggi, laboratorio video	Spazio famiglia, attività ricreative (partecipazione e coinvolgimento famiglia)	Spazio famiglia, attività ricreative (partecipazione e coinvolgimento famiglia) - attività di socializzazione sul territorio

Le attività sono passibili di spostamenti secondo disponibilità di dei consulenti esterni e la concomitanza con altre attività.

## CONVENZIONE E RAPPORTI CON ASSOCIAZIONI

La nostra struttura è in contatto con associazioni locali frequentate dagli abitanti del paese in cui è ubicata.

Periodicamente gli ospiti ricevono visita da persone che vivono nella zona e vengono a trascorrere parte del loro tempo in compagnia della nostra utenza, in particolare di coloro che a causa delle condizioni fisiche nelle quali versano non possono uscire frequentemente. Altri luoghi di incontro sono i servizi sportivi e ludici, adiacenti alla struttura, il campo sportivo, la bocciolina, e la piscina comunale anch'essa situata nei pressi della nostra comunità, dove si ritrovano gli anziani del paese.

Settimanalmente nella stagione estiva i ragazzi si recano presso la piscina di Sant'Agata Fossili.

Lo scopo è di aprire le porte della nostra struttura agli abitanti del paese e di quelli limitrofi, al fine di favorire la conoscenza reciproca e la creazione di relazioni anche con chi vive al di fuori della comunità. Ai volontari sarà inoltre richiesto di affiancare i nostri operatori nei trasporti degli utenti a attività, gite e visite mediche.

## LA NOSTRA EQUIPE

1 Coordinatore - Referente del nucleo RAF

4 Educatori professionali

23 Operatori Socio Sanitari (OSS)

3 Consulenti sanitari medico - specialisti

1 Psicologa

7 Infermieri professionali

2 Consulenti attività

*L'organizzazione delle attività di lavoro è definita nello "schema turni del personale", affisso in ufficio e presso la sala operatori.*

### MODALITA' DI INCONTRO CON GLI OSPITI, I FAMILIARI

I familiari stabiliscono in accordo con il Coordinatore del servizio le visite ai loro congiunti, in orario 10:00 - 12:00 e 14:00 - 18:00. Sono possibili delle deroghe che devono essere comunque tempestivamente comunicate ed approvate.

La frequenza degli incontri è concordata con il Coordinatore del servizio che, nel rispetto del P.E.I. e delle osservazioni condotte contestualmente alle visite, stabilisce la cadenza degli appuntamenti.

E' possibile fissare un incontro con il Coordinatore, con il Medico psichiatra e con la psicologa di struttura nei giorni feriali e negli orari di ricevimento, specificati nel nostro regolamento interno.

### MODALITA' D'INCONTRO DELL'EQUIPE, CON I TITOLARI SOCIO EDUCATIVO SANITARI DELL'ENTE PUBBLICO

Gli incontri con i titolari del caso sono concordati periodicamente con il Coordinatore del servizio a cadenza trimestrale o in base alle necessità di ogni singolo caso.

L'aggiornamento rispetto all'andamento del progetto avviene mediante l'invio di relazioni educative, contatti telefonici e visite in struttura da parte dei servizi inviati.

### SERVIZI GENERALI

La ristorazione presso la nostra Comunità mira alla qualità degli alimenti e del servizio, alla soddisfazione delle personali esigenze del nostro ospite ed avviene nella massima sicurezza. La cucina della Residenza offre oltre a pranzo e cena servizio di colazione e merenda direttamente dalla Comunità.

All'ingresso o durante il soggiorno, il Medico di riferimento redige uno schema illustrativo della dieta personalizzata dell'Ospite da consegnare al personale preposto per la preparazione e somministrazione degli alimenti e bevande. Tale modulistica è conservata presso la Cartella Utente e presso i locali cucina. In sede di dimissione il Medico ha cura di annotare il tutto nella lettera/relazione di dimissione. Tutto il personale è comunque tenuto al rispetto rigoroso delle indicazioni ricevute dal personale sanitario.

Il menu è affisso in bacheca nella sala da pranzo di nucleo.

La struttura fornisce la biancheria piana (lenzuola e asciugamani), tovaglie, accessori e arredi (tendaggi).

La biancheria personale è lavata e stirata dalla colf. Sarà cura dei familiari provvedere alla sostituzione degli indumenti necessari. Nei casi in cui ciò non sia possibile, l'operatore referente si occuperà di acquistare all'ospite ciò di cui necessita.

Tutti gli indumenti personali dovranno essere contrassegnati con il Cognome e l'iniziale del Nome, in modo da essere identificati. Al momento dell'ingresso è compilato un apposito

elenco-inventario degli "effetti personali dell'Ospite" tenuto nella Cartella Utente ed aggiornato quando necessario.

Ogni necessità o reclamo dovrà essere presentato al Direttore della struttura.

## **Modalità di presa in carico**

Le richieste di inserimento devono essere accompagnate da un'insieme di informazioni utili per una prima valutazione delle caratteristiche del caso.

Al momento dell'ingresso presso la nostra comunità si cerca di comprendere quali siano i bisogni espliciti ed impliciti dell'ospite, della famiglia e dei servizi invianti. Questo al fine di agire sulla motivazione e per evitare quanto possibile che insorga una relazione conflittuale.

L'ingresso di ogni ospite è seguito da un periodo di osservazione della durata di un mese circa, in seguito al quale si stabiliscono gli operatori di riferimento (un educatore e un O.S.S. oppure due educatori per i casi più complessi) in base alle peculiarità emerse e al tipo di rapporto che l'ospite ha creato con gli operatori.

Gli ospiti, al momento dell'ingresso, devono portare con sé;

- indumenti personali contrassegnati con il Cognome e l'iniziale del Nome;
- oggetti per personalizzare la stanza.

## **DOCUMENTI NECESSARI**

- fotocopia carta d'identità, codice fiscale, libretto sanitario, esenzione ticket;
- esami clinici, fotocopie di cartelle cliniche e ogni altra documentazione socio - sanitaria relativa a interventi e trattamenti in corso o pregressi effettuati nell'ultimo anno;
- una relazione clinico-psichiatrica ed anamnestica dettagliata, comprensiva della segnalazione di eventuali effetti collaterali da farmaci o intolleranze/allergie alimentari, indicazioni relative alle eventuali diete;
- nominativo del Medico curante e nominativo del Medico specialista di riferimento;

In sede di dimissione la struttura rilascia un relazione attestante lo stato di salute attuale dell'ospite, le linee guida del progetto educativo individualizzato, le attività proposte e ogni ulteriore indicazione necessaria alla presa in carico futura.

In caso di trasferimento presso altra struttura, è auspicabile l'incontro dell'ospite con la nuova équipe presso la nostra Comunità.

## **VERIFICHE PERIODICHE E IL RACCORDO CON LE UVH TERRITORIALI**

I rapporti di collaborazione con i Servizi invianti devono necessariamente essere caratterizzati dalla massima trasparenza e dallo scambio di informazioni.

A tal fine la procedura da noi seguita è quella di:

- valutare in fase di inserimento gli obiettivi ed i progetti dell'ente inviante;
- informare i Servizi invianti circa le caratteristiche del progetto individuale elaborato dalla nostra équipe e cercare, ove possibile, di concertare obiettivi comuni e condivisibili;
- informare regolarmente i referenti esterni sull'andamento del percorso dell'ospite attraverso relazioni cliniche ed educative.

### MODALITA' PER LA PRESENTAZIONE DEL RECLAMO.

I famigliari, gli ospiti e gli Enti invianti possono presentare osservazioni, denunce o reclami contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano l'accesso e la fruibilità delle prestazioni della Comunità.

I reclami possono essere presentati mediante:

- ✓ colloquio con il Direttore della Residenza;
- ✓ comunicazione telefonica con il Direttore della Residenza;
- ✓ redazione e sottoscrizione reclamo formale da consegnarsi personalmente al Coordinatore della struttura o inviarlo mezzo posta o e-mail agli uffici della Comunità

Le osservazioni o i reclami presentati o ricevuti nei modi sopra indicati, qualora non trovino immediata soluzione, avranno risposta formale entro 10 giorni dalla presentazione con lettera scritta.

I reclami ricevuti (anche a voce o telefonicamente) sono registrati e archiviati come forma di documentazione disponibile per verifiche e controlli.

### PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA RETTA

Le prestazioni erogate comprese nella retta sono le seguenti:

- vitto e alloggio;
- fornitura di prodotti per l'igiene personale;
- servizio di lavanderia;
- fornitura di biancheria piana;
- trasporti (al proprio domicilio per i rientri a casa, per le attività, per visite mediche e per ogni altra esigenza specifica dell'utente);
- attività strutturate esterne e interne alla comunità;
- colloqui psicologici per gli utenti che ne presentino la necessità;
- valutazione neuropsicologica;


non sono compresi:

- capi di abbigliamento e calzature;
- spese quotidiane (sigarette, bar, ecc.)
- farmaci, ausili sanitari e protesici non erogati dal SSN;
- ticket per farmaci, visite mediche specialistiche.

In sede di ingresso in Comunità è stipulato un contratto tra l'Ospite e la **Società Cooperativa Sociale Interactive** nel quale, tra l'altro, si definiscono le modalità di pagamento della quota di contribuzione a carico dell'ospite. La linea guida seguita comprende: gli importi da corrispondere sono conteggiati mensilmente in base alla "Scheda presenza Ospiti" compilata quotidianamente presso la Comunità, a fine mese il conteggio dell'importo da corrispondere è comunicato, consegnato o spedito dalla Comunità all'ospite o ai familiari o al tutore, entro massimo 10 giorni del mese successivo a quello di riferimento è richiesto il pagamento dell'importo, il versamento può avvenire mediante bonifico bancario (gli estremi sono comunicati dal Direttore in sede di ingresso) o in contanti presso la RISS di Sant'Agata Fossili, entro la fine del mese successivo a quello di riferimento (e comunque solo dopo l'avvenuto pagamento) verrà emessa la fattura.

Il Direttore Sanitario  
Dr Paolo Leggero

La Coordinatrice di  
comunità Dr.sa Elena Bolognini



SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE  
**INTERACTIVE**  
S. Ann. Via Udine, 459 - 10149 TORINO  
Tel. 011/4530151 - Fax 011/4512779  
P. Iva 07961363019 - C.F. 01104070032