

MANUALE DELLA QUALITÀ Carta dei Servizi

CENTRO SOCIORIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI “IL MANDORLO”

☐ Bozza			☒ versione approvata	
Codice	Versione	Edizione	Redazione	Verifica e approvazione
MdQ-CdS Il Mandorlo	07	15.03.2019	ROSSELLA VEZZANI Responsabile qualità	DAVIDE VEZZANI Presidente

MODIFICHE PRINCIPALI RISPETTO ALLA EDIZIONE PRECEDENTE

- ✕ Paragrafo “le finalità”: aggiornate le finalità del servizio
- ✕ Paragrafo “riferimenti metodologici”: aggiornato i riferimenti metodologici
- ✕ Paragrafo “equipe del servizio”: inserito la fisioterapista
- ✕ Paragrafo “le figure esterne”: specificato il percorso di accompagnamento e tutoraggio
- ✕ Paragrafo “la progettazione individuale”: specificato che il Progetto individuale è costruito e condiviso con la famiglia e se possibile con l'utente
- ✕ Paragrafo “le attività”: prevista la possibilità di attività in rapporto 1:1
- ✕ Paragrafo “la legislazione in materia”: aggiornata la normativa di riferimento

INDICE DEL DOCUMENTO

INDICE DEL DOCUMENTO		PUNTI DELLA NORMA ISO 9001:2008
1. CARTA DI IDENTITA'	La storia Pag. 4 Autorizzazioni e accreditamenti Pag. 4 I destinatari..... Pag. 4 Ricettività Pag. 4	7.3 7.5
2. I PRINCIPI GENERALI	Le finalità..... Pag. 5 Riferimenti metodologici..... Pag. 5 La comunità Pag. 6 Modalità di accesso al servizio Pag. 7 Gli aspetti economici..... Pag. 7 Prestazioni Sanitarie..... Pag. 8 Il Raccordo con i Servizi Inviati..... Pag. 8	7.1 7.2 7.5 8.2.1 7.2 7.5 7.2
3. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	L'equipe del Servizio Pag. 8 Le figure esterne..... Pag. 9 La Progettazione Individuale..... Pag. 9 La Programmazione d'equipe e la formazione..... Pag. 10 Le attività..... Pag. 10 La giornata tipo..... Pag. 11	5.5.1 5.4 6.2 7.1 7.2.1 7.5
4. ASPETTI NORMATIVI E REGOLAMENTO	La legislazione in materia..... Pag. 12 I requisiti cogenti specifici..... Pag. 14 Le regole di funzionamento..... Pag. 14 La partecipazione della famiglia Pag. 15	6.4 7.2 7.2.3 7.5
5. GLI STANDARD DI QUALITA'	La documentazione di supporto Pag. 15 Gli standard relativi al servizio Pag. 16 Gli standard relativi all'utente..... Pag. 16 Il monitoraggio del servizio..... Pag. 17 Il monitoraggio dei percorsi individuali..... Pag. 17	4.2.3 7.2.2 7.2.3 7.5 8.2.3 8.2.4 8.4 7.5.1
6. MIGLIORIAMO INSIEME	Lo scambio di informazioni..... Pag. 18 Soddisfazione del cliente..... Pag. 18 Suggerimenti e reclami..... Pag. 15	5.2 8.2.1 8.4 8.5
7. LA DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	Pag. 19	4.2.1
8. VUOI CONOSCERCI?	Dove siamo..... Pag. 17 Orari e contatti..... Pag. 17	7.2.3
9. ALLEGATI	Tariffe..... Allegato 1 Indicatori Benessere su indicazione RER Allegato 2	7.2.3

1. CARTA D'IDENTITA'

La storia	Il centro "Il Mandorlo" inizia la sua storia nel luglio 2003. Fin dal suo avvio, il centro è stato affidato alla gestione di Co.re.s.s. (aggiudicazione di Gara d'Appalto, tramite attività di General Contracting, al Consorzio Osxca Romero che ha affidato all'associata Cooperativa Co.re.s.s. la completa gestione del Centro) che ne ha curato la fase di passaggio dei primi utenti provenienti dal Centro "Il Castello" di Arceto. Inizialmente il numero di utenti inseriti era ridotto, 6/7 utenti, e nel corso degli anni vi sono stati diversi nuovi ingressi. Il Centro ha da sempre valorizzato le attività strutturate, condotte da professionisti esperti, e lavorato costantemente per l'integrazione nel territorio di appartenenza. Inoltre, ha strutturato al suo interno dal 2006 un laboratorio ergo terapeutico rivolto ad un gruppo di 4/5 persone. Attualmente questo gruppo è formato da 12 utenti. Il lavoro consiste in attività manuali di vario genere commissionati da ditte della zona. Nel dicembre 2010 il Centro "Il Mandorlo" è stato accreditato transitoriamente (DGR 514/2009); nel giugno 2012 Co.re.s.s. ha ottenuto la certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità per conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2008 e per il campo di attività "progettazione e gestione di servizi socio riabilitativi semiresidenziali per persone disabili" cui appartiene il Centro "Il Mandorlo".
Autorizzazioni e accreditamenti	✖ Provvedimento di Accredimento Definitivo – Determinazione dell'Ufficio di Piano n. 200 del 18/12/2015 rilasciata dall'Unione Tresinaro Secchia – IV° Settore – Servizio Sociale Associato. Durata: 01/01/2015 – 31/12/2019 confermata fino al 2023 ✖ Delibera di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune di Castellarano Prot 16559 del 31/12/2011
I destinatari	Il Centro "Il Mandorlo", in stretta coerenza con il mandato istituzionale, è attivato a favore della popolazione adulta in condizione di Non Autosufficienza con Disabilità Territorio Distrettuale di Scandiano ed è inserita sulla base di specifiche rilevazioni – quali patologia, fascia d'età, bisogni – concordate tra i vari Soggetti attivi all'interno della Rete dei Servizi e valutata dal Servizio Sociale persone disabili del Servizio Sociale Associato in capo all'Unione Tresinaro - Secchia in relazione a quanto previsto dal Programma Attuativo, determinato dal Piano di Zona Distrettuale per la Salute ed il benessere Sociale.
Ricettività	L'Autorizzazione al Funzionamento fissa a 15 posti la ricettività del servizio. Tali posti sono utilizzati tramite un sistema di frequenza differenziata a differenti articolazioni orarie, che prevede una presa in carico complessiva massima di 22 Utenti, nell'arco della settimana. Tutti i 15 posti sono accreditati definitivamente.

2 – PRINCIPI GENERALI

Le finalità	Il Centro “Il Mandorlo” opera al fine di : ✖ offrire ospitalità Diurna e assistenza qualificata, attraverso interventi Educativi Abilitativi e Riabilitativi personalizzati, atti all’acquisizione e/o al mantenimento di capacità comportamentali, cognitive ed affettivo/relazionali, ricercando risorse e potenzialità dell’Utente che consentano di proporre risposte adeguate e volte alla tutela e promozione del benessere psicofisico e relazionale di ciascuno; ✖ promuovere la qualità della vita degli Utenti, in particolare attraverso l’approccio Educativo finalizzato a sostenerne non solo il benessere fisico e materiale, ma anche lo sviluppo personale, l’autodeterminazione, l’inclusione sociale, le relazioni interpersonali ed il benessere soggettivo della persona con disabilità; ✖ sostenere e supportare il sistema Familiare di riferimento di ogni singolo Utente favorendo la permanenza della persona disabile nel proprio contesto di vita originario; ✖ perseguire l’integrazione sociale degli Utenti, rendendo attuabile la frequenza a Strutture, Spazi e/o Attività esterne a valenza sportiva, sociale, riabilitativa e ludico/espressiva; ✖ svolgere azioni di sostegno alla crescita soggettiva, emotiva e morale nel pieno rispetto delle credenze sociali, culturali e religiose di ogni Utente ciò senza elementi di esclusione o parzialità nella partecipazione alla vita del Centro. ✖ generare opportunità di integrazione e circolarità di percorsi, iniziative e sperimentazioni in stretta connessione con il sistema dei Servizi Territoriale di appartenenza, inteso come risorsa e valore comune di comunicazione e scambio che permette una maggiore condivisione di esperienze e la costruzione di sempre nuove modalità operative maggiormente rispondenti alle evoluzioni di contesti e di bisogni degli utenti e delle loro realtà familiari.
Riferimenti metodologici	Co.Re.s.s. iscrive il proprio lavoro socio-riabilitativo, a livello teorico-metodologico, all’interno di quello che viene definito Approccio Sistemico-Relazionale (Bateson), e della Prospettiva Socio-Costruzionista (Fruggeri). Individua pertanto nella relazione il proprio oggetto di lavoro, nell’analisi della stessa il proprio metodo e nella visione sistemica il proprio orientamento. Opera cioè pensando gli individui inseriti in sistemi relazionali significativi, in continua corrispondenza tra loro; il focus è sulla Persona, sulla Famiglia, sul Contesto sociale, sulla Rete di Servizi. Operatori, famiglie e utenti stessi sono considerati co-attori nel processo di intervento in una circolarità di interazioni e scambio che genera apprendimenti comuni e ipotesi di lavoro sempre nuove. Punti di riferimento dell’approccio operativo sono: ✖ la Visione Tridimensionale dell’Utente - Sistema Cliente - che ricomprende una visione complessiva integrata e pienamente collaborante tra Utente diretto, Famiglia e suo Contesto sociale/amicale di riferimento; ✖ una Visione prospettica/futurizzata della dimensione di Vita della persona: non si progetta solo per il suo “qui e ora” ma si ipotizzano percorsi di medio-lunga durata e si proietta l’azione educativa integrata dei Servizi verso gli orientamenti futuri ipotizzabili, anche pre-constituendo necessarie scelte di vita future (orientamento alle dimensioni del “Durante Noi” e del “Dopo di Noi”); ✖ la costruzione di una specifica e mirata Progettazione individualizzata che segue l’evoluzione personale e di contesto di ogni singolo Utente e su esso pianifica e propone azioni d’intervento concertate e coordinate tra i vari soggetti coinvolti a livello progettuale. L’azione progettuale è individualizzata e specificamente costruita con la persona, ma lavora e mira alla costruzione di dialogo e scambio con contesti di gruppo/comunità per evitare isolamento dell’utente e della sua famiglia, agendo al contempo elementi educativi basati sulla mediazione, sulla apertura all’altro, sull’accoglienza reciproca e una idea di utile complementarietà delle risorse/caratteristiche personali di ciascuno ✖ la realizzazione di Servizi flessibili e dinamici, predisposti all’accoglienza di diverse tipologie d’Utenza dalle quali ricavare risposte di programmazione che tendano ad intercettare e soddisfare, anche all’interno di un orientamento al lavoro a Gruppi, le specificità individuali per trasformarle in occasioni di crescita per tutti;

	✕ l'attenzione alla Famiglia come soggetto in sé, fatta di storie e di vissuti, che sono anch'essi presi in carico non tanto come espressione di un metodo di lavoro, quanto come forma specifica di uno stile operativo che, attraverso la costruzione e/o ricostruzione di tessuti famigliari e parentali sostenibili, attui i percorsi sopradescritti, rendendo possibile pensare il percorso di vita della persona in divenire ovvero riconducibile ad un Progetto. La Famiglia è elemento centrale della costruzione del Servizio sia come elemento di conoscenza e continuità all'interno del percorso di vita della persona disabile, sia come entità che attraversa un suo cammino complesso da mettere in condivisione, rendere disponibile alla crescita comune e sostenere nei suoi momenti di maggiore fragilità; ✕ la costruzione e lo sviluppo delle relazioni di interazione attiva con il Territorio, inteso come attivazione di legami e dialoghi di reciprocità con la Comunità. Anch'essa infatti deve essere intesa e coinvolta sempre più come soggetto co-progettante e in grado di "prendersi cura", ciò all'interno di percorsi di responsabilizzazione collettiva che orientino maggiormente l'attenzione di tutti su una presa in carico condivisa e solidale, anche attraverso la messa in rete di risorse e competenze che diventino rigenerative e produttive di sistemi nuovi di sussidiarietà. ✕ La costruzione e al radicamento/sviluppo delle relazioni di interazione attiva con il Territorio, inteso come attivazione di legami e dialoghi di reciprocità con la Comunità. Anch'essa infatti è da intendersi sempre più come soggetto co-progettante e in grado di "prendersi cura", ciò all'interno di percorsi di responsabilizzazione collettiva che orientino maggiormente l'attenzione di tutti su una presa in carico condivisa e solidale.
La comunità	Il Centro "Il Mandorlo" è ubicato nel Comune di Castellarano e si inserisce all'interno della rete dei servizi a favore della popolazione disabile e delle loro famiglie residenti nei Distretti di Scandiano. Il singolo servizio non è più, come accadeva in passato, l'unica risposta al bisogno espresso dalla persona in situazione di handicap, ma parte di un sistema che si caratterizza per la presenza di inserimenti "diversificati" su più servizi e che richiede la capacità di connettersi con diversi interlocutori e di costruire modalità di lavoro di rete. Il Centro è parte del sistema dei Servizi gestiti da CORESS- Società Cooperativa. in particolare per quanto riguarda i servizi del Territorio di Scandiano elencati in ALLEGATO 1 – ALTRE INFORMAZIONI. Tale sistema interno agisce in ottica sinergica nello scambio e condivisione di prassi operative, modelli organizzativi, risorse e professionalità al fine di garantire tutti gli elementi di progetto, flessibilità e capacità di innovazione e sviluppo operativo fin qui descritto. La comunità locale è un interlocutore importante a cui far riferimento per i progetti educativi e per trovare risorse formali ed informali. Il centro "Il Mandorlo" ha un forte legame con il territorio dove è presente una comunità attiva e disponibile ad accogliere i ragazzi e ad offrire spazi e risorse per le varie tipologie di attività, infatti per noi la comunità locale è un interlocutore importante a cui far riferimento per i progetti educativi e per trovare risorse formali ed informali. Il Centro, inoltre, collabora stabilmente con realtà del territorio di Castellarano.

Modalità di accesso al servizio	✖ L'ammissione al Centro "Il Mandorlo" avviene su proposta del Servizio Sociale Persone Disabili del Servizio Sociale Associato dell'Unione Tresinaro - Secchia che ha in carico la persona disabile e che, in accordo con la famiglia e l'interessato valuta idoneo e sostenibile il suo inserimento al centro. Contestualmente provvede ad una valutazione (a cura dell'Unità di Valutazione Handicap) del livello di disabilità e del conseguente carico assistenziale ed educativo ✖ Le modalità e gli obiettivi dell'inserimento presso il Centro "Il Mandorlo" sono concordate tra il Servizio Sociale persone disabili del Servizio Sociale Associato e il Responsabile del Servizio, e condivise, attraverso uno o più incontri, con la famiglia e l'utente. E' altresì prevista la visita della famiglia e dell'utente al Centro "il Mandorlo". ✖ All'ingresso dell'Utente nel Centro "il Mandorlo", è definito un periodo di osservazione e ambientamento durante il quale sono valutati i bisogni, le potenzialità e le aspettative dell'Utente al fine di favorirne l'inserimento e pervenire, in tempi congrui, alla elaborazione del Progetto Individuale. ✖ Al termine del periodo di osservazione e ambientamento è predisposto, in accordo e continuità con il progetto di vita e cure predisposto dai Servizi Sociali e Sanitari invianti, il Progetto Individuale redatto e periodicamente verificato e riformulato Il processo di erogazione del servizio all'utente è definito all'interno della Procedura di Erogazione di Servizio Socioriabilitativo Semiresidenziale per Disabili – PRO DIU predisposta da Co.Re.s.s. al cui interno sono definite le attività, le responsabilità e la documentazione prodotta per ciascuna fase.
Gli aspetti economici	L'importo della tariffa è calcolato e periodicamente aggiornato dall'Unione Tresinaro - Secchia, quale Istituzione competente, sulla base del costo di riferimento del servizio e della classificazione del bisogno degli utenti (elaborata dall' UVMH), come previsto dalla Normativa vigente in materia di Accreditamento dei servizi Socio Assistenziali. Le informazioni relative alla tariffa giornaliera (IVA inclusa) in vigore sono indicate in ALLEGATO 1. E' possibile richiedere l'attivazione del trasporto dal domicilio al Centro e viceversa, rivolgendosi al Comune di Residenza e al Servizio Sociale Associato. Per quanto riguarda le spese di carattere strettamente personale esse sono direttamente sostenute dagli utenti con la collaborazione diretta dei familiari/tutori.

Prestazioni sanitarie	CORESS Cooperativa Sociale assicura l'assistenza infermieristica con proprio personale in relazione ai bisogni degli utenti definiti in accordo con l'UVH. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica - previa valutazione circa l'impossibilità da parte dell'utente di assumere la terapia in orari diversi da quelli di frequenza del centro è possibile: - l'aiuto alla corretta assunzione dei farmaci da parte del personale competente (Operatore Socio Sanitario) secondo quanto definito dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia nella procedura PRESCRIZIONE, PREPARAZIONE E AIUTO ALL'ASSUNZIONE DELLA TERAPIA ORALE NEI CENTRI DIURNI PER OSPITI DISABILI - la somministrazione della terapia da parte di personale infermieristico secondo quanto definito nella ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA SOMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEI FARMACI DA PARTE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO – IST FAR All'ingresso dell'utente in struttura, ad ogni riformulazione annuale del Progetto Individuale e al bisogno è rilevata l'intensità del dolore utilizzando, come da indicazioni della Regione E. R., le scale di autovalutazione NRS o di valutazione PAINAD seconda le modalità descritte nella ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA RILEVAZIONE DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE – IST DOL CORESS attualmente non utilizza in modo pieno e integrato una Cartella Socio Sanitaria – in attesa del completamento dell'iter di attuazione determinato dalla Regione in applicazione del DGR 514/09 e s.m.i. e si avvale di documentazione cartacea continuamente implementata e integrata sulla base delle indicazioni condivise a livello di rete territoriale dei Servizi Socio – Sanitari. Tutta la Documentazione è conservata in Struttura a cura del Coordinatore – Responsabile del Servizio.
Raccordo con enti invianti	I raccordi tra il responsabile del Centro "Il Mandorlo" e il Referente Servizio Sociale Associato sono garantiti attraverso un costante flusso comunicativo attraverso telefonate, comunicazioni via e-mail ed incontri. Sono predisposti periodici incontri con il Referente Servizio Sociale Associato, le Assistenti Sociali e il Responsabile del Servizio "Il Mandorlo" per la pianificazione delle frequenze degli utenti e per la condivisione e monitoraggio dell'andamento generale del Servizio Al bisogno vengono organizzati incontri specifici tra il Referente SSA (Scandiano) e Responsabile del Servizio per l'analisi di situazioni problematiche. Coordinatore e Operatori del Servizio agiscono un costante e continuo lavoro di passaggio informativo e scambio attraverso gli strumenti condivisi con la Famiglia (anche eventualmente predisposti in modo specifico), momenti di raccordo e confronto informale, appuntamenti periodici presso la Struttura, visite e incontri anche di tipo domiciliare.
3 – L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	

L'equipe del servizio

Il personale impiegato e rapporti garantiti sono definiti sulla base delle disposizioni contenute nella DGR 514/09. Ne consegue che l'Equipe di Lavoro è così composta

Responsabile di Servizio svolge attività di gestione ordinaria del Servizio (organizzazione dei Turni degli Operatori, pianificazione ferie, sostituzioni, richieste di permessi e assenze di vario tipo), gestione straordinaria in caso di emergenze e/o particolari necessità (criticità, ma anche eventi quali manifestazioni particolari o attività speciali per il Servizio), presidio della Progettazione Individuale e della Programmazione/svolgimento delle Attività, cura del Gruppo di lavoro in termini di motivazione, potenziamento di competenze/prassi operative, relazioni e dinamiche personali con funzione di supervisore interno; analisi del fabbisogno Formativo e presidio degli esiti della Formazione programmata. Ha altresì funzione di controllo sui comportamenti e applicazione delle disposizioni aziendali e normative relative al Personale; del raggiungimento degli Obiettivi della Qualità, del rispetto nell'applicazione delle normative cogenti. Ha funzioni di presidio gestionale-amministrativo del Servizio, sul quale risponde in termini di budget economico e spese/costi, ed è l'elemento di raccordo principale e diretto con tutti gli interlocutori interni ed esterni al Servizio, con particolare attenzione e cura alle Famiglie, alle eventuali figure di Volontari presenti, ai Committenti e al Territorio. Attività che svolge in sinergia e declinazione di livelli di responsabilità con il **Responsabile Area Servizi Accreditati**, quale funzione interna a Co.Re.s.s. con responsabilità tecnico / gestionale per i servizi a lui facenti capo, e con il **Presidente**.

Gli **Operatori** che compongono l'equipe del Centro sono:

- ✱ **Operatore Socio Sanitario:** si configura come la figura perno per le esigenze legate ai bisogni primari (alimentazione e igiene personale) anche se gli è necessariamente richiesta una buona capacità di lettura dei contesti organizzativi accompagnati da competenze nella realizzazione e valutazione del PEI
- ✱ **Educatore:** cui spettano ambiti più marcatamente *socio-educativi* per un'attenta analisi della situazione e delle abilità delle persone, per "essere" in relazione d'aiuto con la famiglia, per riconoscere le Reti Sociali con cui interagire, per svolgere il lavoro di progettazione che gli compete, a partire dall'analisi dei risultati.

Addetta pulizie cui compete la pulizia e il riordino degli ambienti secondo la programmazione prevista dal piano organizzativo del servizio di pulizia.

Sulla base del fabbisogno, secondo quanto definito dalla documentazione presente in Cartella Utente, è prevista la presenza dell'**Infermiere Professionale e Fisioterapista** ad integrazione della progettualità Educativa Individuale nelle forme, modalità e per i compiti previsti dal DGR 514/09 e s.m.i nell'ambito dei Requisiti Specifici di Struttura.

In **ALLEGATO 1** è previsto l'organigramma del Centro "Mandorlo" integrato con il Diagramma di flusso che definisce l'organizzazione della sicurezza.

Le figure esterne

In relazione alle attività proposte nel corso dell'anno, ci si può avvalere di collaboratori esterni per la conduzione di attività specifiche (es. attività motoria, attività di piscina, ...), i quali operano in stretta coerenza progettuale con il personale del Centro e nel rispetto dei Progetti Individuali e delle Procedure di lavoro adottate.

	Periodicamente il Centro accoglie con finalità didattiche tirocinanti provenienti da corsi universitari o da scuole medie superiori. E' favorita la presenza di volontari del Territorio e/o provenienti dalla base sociale della Cooperativa. L'operato di Tirocinanti e Volontari è supportato da azioni di tutoraggio e accompagnamento da parte del personale del Centro, è inquadrato e tutelato secondo quanto previsto dalle normative vigenti e non rientra in alcun modo nel computo dei livelli di assistenza richiesti, configurandosi come funzione di supporto e affiancamento. In tal senso non può svolgere compiti di responsabilità diretta nei confronti degli Utenti ed agisce sempre in compresenza e supervisione del personale Educativo/Socio-Sanitario. La gestione e l'integrazione di queste figure avviene secondo quanto definito nella ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'INSERIMENTO E IL COORDINAMENTO DEI VOLONTARI (SOCI E NON) E DEI TIROCINANTI
La progettazione individuale	Per ogni utente inserito nel Centro "Il Mandorlo" dall'equipe del Servizio, coerentemente agli indirizzi del Servizio Sociale Associato, un Progetto Individuale (PEI/PAI) costruito e condiviso con la famiglia (e, laddove possibile, anche dall'utente stesso) che ne sottoscrive obiettivi e tempi/modalità di esecuzione. La formulazione è fatta al termine del periodo di osservazione e ambientamento (entro i primi 6 mesi dall'inserimento) sulla base dell'analisi sistemica (Utente – Famiglia – Contesto extra-familiare) ricavata dalla Scheda Utente. Per tutte le attività connesse alla progettazione individuale, l'equipe si avvale della consulenza e del supporto del Supervisore Socio-psico-pedagogico Il Progetto Individuale si inserisce all'interno del Progetto di Vita e Cura dell'Utente , e delinea i bisogni, le potenzialità, gli obiettivi e le attività/interventi da porre in essere, gli indicatori di risultato. Con cadenza semestrale il Progetto Individuale è verificato e riformulato dall'equipe del servizio.
La programmazione d' equipe e la formazione	La sintesi organizzativa del Centro "Il Mandorlo" si attua attraverso il lavoro dell'Equipe, che è scandito da tempi di raccordo e confronto fisso attraverso la Riunione Settimanale (il giovedì pomeriggio dalle ore 17.00 alle 19.00) pianificata e condotta dal Responsabile di Servizio in termini di Ordine del Giorno e tempistica. Essa ha in oggetto la programmazione e la verifica della vita interna (attività, fasce orarie giornaliere, dinamiche dei gruppi, uscite, eventi), l'attuazione e verifica dei Progetti Individuali, il raccordo con le attività in Rete al Territorio, la relazione con le Famiglie, l'analisi delle criticità operative, la condivisione degli aspetti gestionali e strategici relativi al Servizio e della Cooperativa. Periodicamente è estesa ad incontri con il Referente del SSI e/o con le Famiglie (sia singolarmente - per la progettazione congiunta - sia plenarie). Sono calendarizzati al bisogno incontri con figure professionali legate a specifiche esigenze degli Utenti (Assistenti Sociali, Medico Psichiatra ...) ed è altresì possibile che sia aperta a figure interne della Cooperativa (Responsabili di Funzione o figure Istituzionali) invitati e/o richiesti dal Responsabile di Servizio e/o dall'Equipe stessa per approfondimenti di contenuti, orientamenti, modalità e prassi operative specifiche della Cooperativa, in base alle necessità informativa/formativa del Gruppo di Lavoro Il lavoro di cura esige tempo e spazio di pensiero; tempo e spazio per rimettere al centro del fare il senso e dal senso apprendere. In questo senso, CORESS. intende la formazione come "prendersi cura di chi cura", come accompagnamento mirato a mettere al centro del lavoro l'apprendimento dalla esperienza quale competenza efficace cui riferirsi. Nel corso di una o più riunioni dell'equipe è analizzato il Fabbisogno Formativo degli operatori assegnati al servizio e, successivamente, declinato all'interno del Piano della Formazione redatto a cura del Responsabile Risorse Umane e approvato dal Presidente.

	L'azione formativa può prevedere percorsi di gruppo e/o individuali ed è intesa come occasione per acquisire e sviluppare nuove tecniche operative (azioni di aggiornamento), di analisi e studio psico-sociologico dei sistemi familiari e sociali di riferimento (azioni di formazione – ricerca), ma anche per approfondire aspetti di natura economico-sociale e culturale dei contesti, del Sistema dei Servizi e del Welfare (a livello Locale e Nazionale) entro cui ci si trova ad operare. Secondo le modalità e la tempistica definita nel Piano della Formazione, viene valutata la efficacia della formazione effettuata attraverso Questionario somministrato ai partecipanti e report del Responsabile di Servizio circa la ricaduta sulla operatività quotidiana. Il contenuto del percorso formativo è condiviso dall'Equipe del servizio all'interno della riunione settimanale.	
Le attività	La programmazione delle attività è diversificata così da rispondere al maggior numero possibile di bisogni ed interessi. A tal fine, le attività sono progettate avendo cura di fornire risposte a diverse tipologie di bisogni (in considerazione della la grande eterogeneità degli utenti inseriti nel Servizio) attraverso una progettualità aperta e una modalità operativa mirata che consenta – con strategie educative e strumenti adeguati – una attenzione individualizzata per ciascun utente, pur nell'ambito di un lavoro di gruppo. E' altresì previsto lo svolgimento di alcune attività individuali (in rapporto 1:1) per specifiche e particolari esigenze individuali condivise nel progetto, ciò in relazione alla possibilità di risposta e modulazione (periodicità e durata) degli interventi dovuta a tutti gli utenti del Centro. Le attività sono svolte in gruppo (di massimo 10 utenti). Di seguito si elencano le attività che annualmente possono essere programmate nel servizio:	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="247 1039 662 1592">ATTIVITÀ A SUPPORTO DELLE AUTONOMIE OPERATIVE E COGNITIVE</td><td data-bbox="662 1039 1457 1592"> ✕ Atelier produttivo (realizzazione di oggettistica) ✕ Attività di lettura ✕ Attività di lavanderia e riordino ✕ Attività di Spesa settimanale ✕ Laboratorio ergo terapeutico ✕ Attività di cucina ✕ Raccolta differenziata </td></tr> </table>	ATTIVITÀ A SUPPORTO DELLE AUTONOMIE OPERATIVE E COGNITIVE
ATTIVITÀ A SUPPORTO DELLE AUTONOMIE OPERATIVE E COGNITIVE	✕ Atelier produttivo (realizzazione di oggettistica) ✕ Attività di lettura ✕ Attività di lavanderia e riordino ✕ Attività di Spesa settimanale ✕ Laboratorio ergo terapeutico ✕ Attività di cucina ✕ Raccolta differenziata	

ATTIVITÀ ESPRESSIVE - SENSORIALI

- ✕ Attività di beauty farm
- ✕ Attività di pet therapy
- ✕ Attività di fotografia
- ✕ Animazione musicale
- ✕ Arte Terapia
- ✕ Shatzu

	ATTIVITÀ RICREATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE	✕ Gite; ✕ Uscite sul territorio; ✕ Partecipazione ad eventi; ✕ Facebook e attività informatiche.
	ATTIVITÀ MOTORIE	✕ Attività di giochi in movimento; ✕ Passeggiate
La giornata tipo	La giornata al Centro “Il Mandorlo ” è organizzata nelle seguenti fasce: ✕ dalle 9.00 alle 10.15 apertura e accoglienza ✕ dalle 10.15 alle 12.00 attività ✕ dalle 12.00 alle 12.15 preparazione al pranzo ✕ dalle 12.15 alle 13.15 pranzo ✕ dalle 13.15 alle 14.45 igiene e caffè ✕ dalle 14.45 alle 16.00 attività ✕ dalle 16.00 alle 17.00 merenda, igiene ed attesa dei trasporti ✕ 17.00 chiusura centro Il giovedì dalle ore 17.00 alle 19.00 si svolge la Riunione d'èquipe. NOTE: dalle 8 alle 9 si effettuano i trasporti dal domicilio al Centro; dalle 17 alle 18 si effettuano i trasporti dal Centro al domicilio; tra le 11:30 e le 12 si effettua alcuni trasporti dal Centro al domicilio e si ritirano i pasti. Il lunedì e il martedì si effettua il trasporto di un utente dal Centro al domicilio.	
4 – ASPETTI NORMATIVI E REGOLAMENTO		

- ✖ Legge 381/91 "Disciplina sulle cooperative sociali" la quale identifica la caratteristica peculiare della cooperazione sociale nello *"scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini"*.
- ✖ Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- ✖ Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2 Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- ✖ Deliberazione della Giunta regionale 772/2007. Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e sociosanitario. Primo provvedimento attuativo art. 38 L.R. 2/03 e s.m.i.
- ✖ Art 23 "accreditamenti dei servizi e delle strutture socio – sanitarie" della Legge Regionale 4 del 19/02/2008 "Disciplina degli accertamenti della disabilità – ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale"
- ✖ Determina n. 2023/2010 "Approvazione strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili"
- ✖ Deliberazione della Giunta Regionale 20 aprile 2009, n. 514. Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari.
- ✖ Deliberazione della Giunta Regionale 390/2011 "accreditamento dei servizi sociosanitari: attuazione dell'art. 23 della legge regionale 4/2008 e s.m.i. e modifiche ed integrazioni della DGR 514/2009 e DGR 2110/2009
- ✖ Deliberazione della Giunta Regionale 564/2000 "Direttiva Regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori, portatori di Handicap, anziani e malati di Aids"
- ✖ Deliberazione della Giunta Regionale 1899/2012 "Modifica DGR 514/2009: primo provvedimento della giunta regionale attuativo dell'art.23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari
- ✖ Delibera Giunta Regionale n. 1828/2013 "Seconda modifica DGR 514/2009 – primo provvedimento della Giunta Regionale attuativo dell'art.23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei Servizi Socio Sanitari" del 9 Dicembre 2013;
- ✖ Delibera della Giunta Regionale n.292/2014 "Adeguamento remunerazione Servizi Socio Sanitari Accreditati" del 10 Marzo 2014 .
- ✖ Determinazione della Giunta Regionale n° 7597 del 6 Giugno 2014 per "Approvazione Schema di Domanda per l'Accreditamento Socio Sanitario Definitivo".
- ✖ Determinazione n. 10904 del 06 agosto 2014 "Accreditamento definitivo dei servizi socio-sanitari: linee tecniche di indirizzo delle attività di verifica in attuazione della DGR 1018/2014
- ✖ Delibera della Giunta Regionale 1800/2014 "rinvio determinazione sistema di remunerazione dei servizi socio sanitari accreditati: atti conseguenti
- ✖ Determinazione n. 17320 del 21 novembre 2014: approvazione schema-tipo atto di rilascio dell'accREDITamento socio-sanitario definitivo ai sensi della DGR 514/2009
- ✖ PG 2014 / 504242 del 19 Dicembre 2014: "AccREDITamento dei Servizi Socio Sanitari. Diffusione dei documenti previsti dalla DGR 514/09: indicatori di benessere delle persone e della qualità dell'assistenza ed elementi minimi indispensabili per la gestione della cartella socio-sanitaria".
- ✖ Delibera della Giunta Regionale n. 715/2015 del 15 Giugno 2015 "AccREDITamento Socio Sanitario: modificazioni e integrazioni"
- ✖ Delibera della Giunta Regionale n. 1423 del 6 Ottobre 2015: "Integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento".

	✖ DGR 273/2016 "Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e definitivamente" pubblicata nel B.U.R. n. 79 del 23.03.2016.
I requisiti cogenti specifici	✖ Rispetto delle condizioni stabilite dal contratto di servizio in essere ✖ Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ✖ Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196. Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali e art 45 del D.L. nr 5/2012 ✖ D.lgs. N. 193/2007, attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore ✖ Applicazione del CCNL Cooperative Sociali

Il Centro "Il Mandorlo" è aperto dal Lunedì al Venerdì (ad eccezione dei giorni festivi infrasettimanali). Entro il mese di Novembre di ogni anno è consegnato a ciascuna famiglia il calendario di apertura dell'anno in corso, il garantendo il numero di giorni di apertura stabiliti annualmente dall'Unione Tresinaro - Secchia per tramite del proprio Ufficio di Piano.

L'erogazione del servizio può essere interrotta o sospesa solo per gravissime cause di forza maggiore indipendenti dalla volontà di CORESSPICCOLOPRINCIPE. nel qual caso è data tempestiva comunicazione all'utente e/o alla famiglia.

Il **pasto** è organizzato all'interno della struttura nella fascia oraria 12.15 – 13.15, garantendo una alimentazione variata, in linea con le esigenze personali di ciascun Utente e sulla base dei criteri di salute personale, e a possibilità di scelta **anche in relazione a credenze e orientamenti di carattere religioso e/o culturale.**

E' a carico dei familiari la **compartecipazione dell'Utente ai costi** del Servizio tramite una retta di frequenza giornaliera relativa al costo del **trasporto**, se richiesto. La retta a carico dell'utente è giornaliera, non è richiesto il pagamento anticipato rispetto al mese di competenza ed è dovuta dal primo giorno d'ingresso sino al giorno di dimissione compreso.

L'utente che non paga entro il termine stabilito (60 giorni dal ricevimento della fattura) è considerato "moroso". A mezzo di raccomandata, avente valore di costituzione di mora, viene sollecitato il pagamento, indicando le modalità ed il termine ultimo entro il quale provvedere al pagamento. Trascorso il termine indicato nel sollecito si procede al recupero del credito tramite vie legali o normativamente ammesse. All'utente moroso sono addebitate, oltre il corrispettivo dovuto, il rimborso delle spese legali e delle spese sostenute per il recupero del credito, le rivalutazioni ed interessi legali oltre che una penale aggiuntiva alla quota di contribuzione.

E' diritto dell'utente (o della sua famiglia) richiedere il **risarcimento di eventuali danni** alla proprietà dell'Utente conservata presso il servizio (come risulta da Elenco Proprietà dell'Utente – Mod EPU concordato con la famiglia durante la fase di ammissione al servizio) inoltrando la richiesta per iscritto (dettagliando accuratamente il danno subito e la situazione che l'ha determinato) al Responsabile di Servizio. Accertata la fondatezza della richiesta, la Responsabile Amministrativa provvede a concordare con l'Utente (o la famiglia) le modalità di rimborso.

Le **assenze** non programmate degli Utenti devono essere comunicate al Centro entro le ore 10 del giorno di assenza per consentire la disdetta del pasto; le assenze programmate (escluse quelle del periodo estivo) devono essere comunicate con un preavviso di almeno una settimana. Per quanto riguarda le assenze programmate per il periodo estivo, queste devono essere comunicate al Servizio per iscritto, utilizzando il modulo che viene consegnato, entro il 30/4.

L'uscita dal Centro per il rientro al Domicilio prevede che gli Utenti siano affidati dal personale del Centro solo ad altro personale preposto e identificato (Autisti di mezzi Pubblici e/o convenzionati) ovvero ai Familiari noti ed indicati all'atto della presa in carico. In caso sia concordato, all'interno del PAI/PEI condiviso con l'utente, la famiglia e i Servizi invianti, un maggiore livello di autonomia e possibilità di organizzazione/autogestione delle uscite, da parte dell'utente stesso, senza che sia previsto un accompagnamento da parte di figure educative/OSS, è lasciato spazio, concordato con il responsabile del Servizio e/o gli operatori in turno, ad uscite in autonomia, come previsto nell'ambito del progetto individualizzato. Ciò tramite le dovute azioni di tutela e verifica/controllo in relazione alla incolumità e autogestione/autodeterminazione dell'utente.

Il Regolamento completo di funzionamento del Centro "Il Mandorlo" è consegnato (e sottoscritto dalla famiglia) al momento dell'inserimento di un nuovo utente.

La partecipazione della famiglia	E' favorita la partecipazione dei Familiari e/o degli Utenti stessi – nella misura e forma a loro possibile - alla programmazione e gestione del Centro, mediante incontri sistematici, con gli Operatori, nei quali si confrontano attività e iniziative generali e individualizzate, si scambiano informazioni reciproche, si accolgono suggerimenti, con l'obiettivo di mantenere vigile l'attenzione e programmare positivi processi di cambiamento sul piano educativo, relazionale e culturale.
	Nel corso dell'anno sono programmati: ✕ Incontri individuali con ogni singola famiglia per la condivisione del Progetto Individuale ✕ Riunione annuale con Servizio Sociale Associato di Scandiano, famiglie utenti, Responsabile di Servizio, equipe educativa ✕ Colloqui periodici (al bisogno) individuali tra il Responsabile di Servizio e le famiglie (esempio: difficoltà della famiglia nella gestione del figlio; specifiche richieste da parte dei genitori; confronto per situazioni particolarmente problematiche; ...) ✕ Invio di comunicazioni periodiche scritte (chiusure del centro, comunicazioni gite, comunicazioni per riunioni e incontri) ✕ Eventi ricreativi in occasioni delle principali festività cui sono invitate le famiglie e le realtà con le quali si collabora stabilmente

5 – GLI STANDARD DI QUALITA'

La documentazione di supporto	Per descrivere e documentare modalità organizzative ed operative che regolano il funzionamento del Centro, sono stati predisposti e diffusi una serie di documenti per evidenziare la gestione impostata e gli obiettivi da perseguire: ✕ PROCEDURA PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO SOCIORABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI - PRO DIU e relativa modulistica ✕ DOCUMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE E RELAZIONE ANNUALE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI PER DISABILI ACCREDITATI DEFINITIVAMENTE E PROVVISORIAMENTE – MOD. PAS. ✕ Regolamento interno del Servizio ✕ Verbali della Riunione d'Equipe – Mod REQ ✕ Documento "Indirizzi per la rilevazione degli indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi sociosanitari accreditati della Regione Emilia Romagna e della qualità dell'assistenza erogata al loro interno" - Documento RER PG 2014 / 504242 del 19 Dicembre 2014 (ALLEGATO 2) Per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento, controllo e registrazione dei propri processi, tali documenti sono tenuti sotto controllo al fine di garantire la costante adeguatezza e valutare eventuali modifiche qualora si rendessero necessarie azioni di miglioramento. Le modalità di archiviazione e revisione dei documenti superati fanno riferimento alla PROCEDURA PER LA GESTIONE E TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ -PRO DOR Il contenuto di tali documenti è portato a conoscenza di tutti gli operatori attraverso apposite riunioni d'équipe.
-------------------------------	---

Gli standard relativi al servizio

Periodicamente è valutato il raggiungimento degli obiettivi prefissati per il buon funzionamento del servizio dandone evidenza all'interno del DOCUMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE E RELAZIONE ANNUALE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI PER DISABILI ACCREDITATI DEFINITIVAMENTE E PROVVISORIAMENTE – MOD PAS e dello “Schema per la redazione della relazione annuale dei servizi socio sanitari per anziani e disabili accreditati definitivamente e provvisoriamente” predisposto dalla RER con lettera PG-2016-45868 del Gennaio 2016 (entrambi di riferimento per il Riesame di Direzione) elaborata dal Responsabile e dall'Equipe del Servizio.

Gli standard di qualità dichiarati sui quali converge l'attenzione costante di tutto il servizio sono:

ASPETTO	STANDARD
Riunioni d'équipe	Frequenza settimanale / massimo quindicinale di 2 ore
Festa/eventi ricreativi per le famiglie	2 all'anno
Iniziative organizzate in collaborazione con le realtà del territorio	Minimo 1 all'anno
Incontri con il gruppo delle famiglie	2 riunioni all'anno
Diversificazione delle attività educative in diverse aree di intervento	7 / minimo 3 aree di intervento

Sono altresì elemento di verifica gli indicatori di benessere delle persone accolte nei servizi socio sanitari accreditati come da indicazioni regionali riportati in Allegato 2.

Gli standard relativi all'utente

Il Servizio prevede un sistema di verifica costante dei Progetti Individuali (PEI/PAI) al fine di un continuo monitoraggio del corretto svolgimento del servizio che consiste nel :

- ✕ Verificare semestralmente obiettivi e le strategie d'intervento relativi ad ogni singolo percorso individuale;
- ✕ Riformulare il percorso individuale per il semestre successivo sulla base degli esiti della precedente verifica.
- ✕ Verificare e riprogrammare periodicamente le attività del servizio

Gli standard di qualità dichiarati per i quali il servizio si impegna al costante rispetto sono:

ASPETTO	STANDARD
Stesura del Progetto Individuale (P.I.) del nuovo utente inserito nel servizio	Entro i primi 6 mesi per frequenza tempo pieno Entro i primi 7 mesi per frequenza part time
Verifica e Riformulazione semestrale del P.I.	Entro 1 mese / massimo 2 dalla scadenza del P.I.
Colloquio di condivisione del P.I. con la famiglia	Entro 1 mese / massimo 2 dalla condivisione del P.I. in equipe
Stesura del progetto di una nuova attività	Entro 2 mesi / massimo 3 dalla individuazione (o approvazione se previsto periodo di sperimentazione) della attività in equipe
Programmazione in equipe delle attività	Entro ottobre / massimo metà novembre per Programmazione Standard entro giugno / massimo metà luglio per Programmazione Estiva
Verifica dei progetti delle attività	Entro 1 mese / massimo 2 mesi dalla conclusione delle attività periodiche Entro 1 mese / massimo 2 mesi dalla data di verifica pianificata per le attività annuali

Il monitoraggio del servizio

Il monitoraggio di tutto il processo di erogazione del Servizio Socioriabilitativo Semiresidenziale avviene attraverso il costante controllo di alcuni indicatori definiti prioritari:

- ✕ n° giorni di apertura annuali effettuati / n° giorni di apertura da contratto di servizio
- ✕ n° Riunioni Equipe effettuate / n° equipe programmate
- ✕ n° famiglie non incontrate nell'anno / totale famiglie
- ✕ nr attività realizzate / totale attività programmate
- ✕ nr progetti attività verificati annualmente/totale progetti attività da verificare
- ✕ % risposte positive dei questionari di soddisfazione delle famiglie
- ✕ % risposte positive dei questionari di soddisfazione del committente

Per la raccolta periodica e l'analisi dei dati è utilizzato il Panel degli Indicatori di monitoraggio – Mod PAN

Le **Criticità**, reali o potenziali, che possono emergere nel Centro “Il Mandorlo” si distinguono in almeno due tipologie:

- 1) problemi logistici, problemi di rendicontazioni amministrativa, problemi organizzativi nella programmazione ed organizzazione delle attività, problemi nella gestione delle attività e dei laboratori....
- 2) problematiche legate al comportamento degli operatori, problematiche emerse da reclami delle famiglie o del committente

Queste situazioni problematiche (reali o potenziali) possono essere trattate e registrate durante le riunioni dell'Equipe settimanali (utilizzando il Verbale Riunione d'Equipe – Mod REQ) oppure utilizzando la Scheda per il Miglioramento – Mod MIG. Il Responsabile del Servizio ha il compito di tener monitorato lo stato di avanzamento e la corretta risoluzione ed efficacia delle azioni intraprese registrandone i risultati.

Qualora si presentino situazioni non risolvibili all'interno del servizio, in quanto strettamente connesse ad altri processi del sistema (risorse umane, direzione...), il Responsabile ha il compito di registrare e segnalare queste criticità agli altri responsabili del processo in modo che vengano avviate nuove azioni correttive o di miglioramento. La gestione delle criticità (reali o potenziali) avviene secondo quanto previsto nella PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE, PREVENTIVE E RECLAMI - PRO NCR.

Il monitoraggio dei percorsi individuali

La responsabilità dei **Progetti Individuali** relativi agli utenti inseriti nel Centro “Il Mandorlo” è in capo al Responsabile del Servizio e all'Equipe, nel pieno rispetto delle differenti competenze specifiche delle figure professionali. Il monitoraggio dei percorsi delle singole persone inserite nel Servizio, a cura dell'Equipe, è assicurato attraverso il costante controllo di alcuni indicatori definiti prioritari:

- ✕ nr progetti individuali sottoscritti dalla famiglie / totale progetti individuali
- ✕ nr obiettivi educativi conseguiti o parzialmente conseguiti/totale obiettivi educativi verificati
- ✕ nr progetti individuali verificati e riformulati semestralmente/ totale progetti per cui è programmata la riformulazione semestrale
- ✕ nr progetti individuali verificati e riformulati annualmente / totale progetti per cui è programmata la riformulazione annuale
- ✕ % di risposte positive dei questionari di soddisfazione degli utenti

Per la raccolta periodica e l'analisi dei dati è utilizzato il Panel degli Indicatori di monitoraggio – Mod PAN

6 – MIGLIORIAMO INSIEME

Lo scambio di informazioni	Il Centro “Il Mandorlo”, nella persona del Responsabile, è sempre disponibile ad accogliere richieste o fornire informazioni che servano a dare ulteriori chiarimenti in merito al funzionamento del servizio. Sono pianificati periodici incontri con le famiglie degli utenti e con gli enti invianti per condividere il progetto individuale e, più in generale, la programmazione del Servizio. Sono favoriti momenti (anche informali) di scambio di informazioni al fine di garantire trasparenza e trasmettere conoscenza circa l'operato del Servizio.
Soddisfazione del cliente	La soddisfazione è rilevata costantemente attraverso le periodiche riunioni di informazione e aggiornamento in merito al progetto individuale della persona inserita. Sono previsti momenti assembleari di valutazione del Servizio. Inoltre, è somministrato alle famiglie un questionario anonimo volto a verificare il grado di soddisfazione relativamente agli aspetti più importanti del servizio, i cui risultati costituiscono oggetto di confronto e spunto di miglioramento per il Servizio.
Suggerimenti e reclami	E' possibile esprimere suggerimenti o reclami (verbali, telefonici, oppure scritti utilizzando MODULO SUGGERIMENTI E RECLAMI – MOD SUG da richiedere che può essere richiesto al Centro (Recapito telefonico: 0522-676826; e-mail: quadrifogliodiurno@coress.org) che provvede sempre, nei tempi opportuni, a dare risposta oltre ad attivarsi per risolvere la situazione segnalata. I reclami sono discussi dall'èquipe al fine di valutare le possibili ricadute sul servizio ed intraprendere opportune azioni. La gestione dei Reclami avviene secondo le modalità previste DALLA PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE, PREVENTIVE E RECLAMI-PRO NCR.

8 – VUOI CONOSCERCI?

Centro Socio Riabilitativo Semi Residenziale per Disabili IL MANDORLO



Dove siamo

Via Cesare Battisti, 31
42014 Roteglia
Castellarano (RE)

Orari e contatti

ORARI DI APERTURA

Dal Lunedì al Venerdì (escluso festività infrasettimanali)
dalle 09.00 alle 17.00

CONTATTI

Responsabile del Servizio
Telefono: 0536 851776
e-mail: mandorlo@coress.org