



Carta dei Servizi

CENTRO SOCIORABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI ADULTI “IL VILLAGGIO”

☐ Bozza			☒ versione approvata	
Codice	Versione	Edizione	Redazione	Verifica e approvazione
CdS Il Villaggio	08	14.04.2019	RdS	DAVIDE VEZZANI Presidente

INDICE DEL DOCUMENTO

INDICE DEL DOCUMENTO		
1. CARTA DI IDENTITA'	La storia Pag. 4 Autorizzazioni e accreditamenti Pag. 4 I destinatari..... Pag. 4 Ricettività Pag. 4	
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 Le prestazioni sanitarie..... Pag. 8 Il Raccordo con i Servizi Inviati..... Pag. 8	
3. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	L'equipe del Servizio Pag. 9 Le figure esterne..... Pag. 9 La Progettazione Individuale..... Pag. 10 La Programmazione d'equipe e la formazione..... Pag. 10 Le attività..... Pag. 11 La giornata tipo..... Pag. 12	
4. REGOLAMENTO	I requisiti cogenti specifici per il Servizio... Pag. 13 Le regole di funzionamento..... Pag. 13 La partecipazione della famiglia Pag. 14	
5. GLI STANDARD DI QUALITA'	Gli standard di Qualità Pag. 14 Gli standard relativi all'utente..... Pag. 15 Gli Standard del Servizio Pag. 16 Il monitoraggio dei percorsi individuali..... Pag. 17	
6. MIGLIORIAMO INSIEME	Lo scambio di informazioni..... Pag. 18 Soddisfazione del cliente..... Pag. 18 Suggerimenti e reclami..... Pag. 18	
7. LA DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	Dove siamo..... Pag. 19 Orari e contatti..... Pag. 19	
VUOI CONOSCERCI?		
8. ALLEGATI	Tariffe..... Allegato 1 Indicatori di Benessere su indicazione RER Allegato 2	

1. CARTA D'IDENTITA'

La storia	Il Centro "Il Villaggio" nasce nell'ambito del "Progetto Handicap" del Comune di Reggio Emilia finalizzato alla realizzazione di risposte al bisogno d'integrazione di persone disabili adulte. Il servizio è operativo dal 14 febbraio 1990 e accoglie persone Disabili residenti nella provincia di Reggio Emilia. Dall'apertura fino a dicembre 1993 il servizio è stato gestito dalla Coop Sociale "Il Villaggio" (da cui il servizio prende il nome). Con l'entrata in vigore della legge 8 Novembre 1991, n. 381 Disciplina delle Cooperative Sociali, e la scelta della cooperativa "Il Villaggio" di rivolgersi al settore degli inserimenti lavorativi, il Centro è stato rilevato nel dicembre 1993 dalla Coop. Sociale Co.Re.s.s, attuale Coress Il Piccolo Principe. Il progetto iniziale del Servizio intendeva realizzare percorsi di tipo occupazionale (inizialmente era indicato come un "centro di vita e lavoro" dove l'attenzione era principalmente rivolta al "fare"), integrati con percorsi di vita quotidiana, a favore di persone con una disabilità medio-grave il cui livello di abilità residue non consentiva l'accesso a tradizionali percorsi professionali. Il 1997 è stato l'anno che ha prodotto un cambiamento profondo nella identità del servizio. Conseguentemente ad un percorso di supervisione dell'équipe educativa, si è avviato un processo interno di revisione da cui è scaturita una nuova comprensione del servizio ed una lettura dei bisogni delle persone inserite secondo la logica delle tipologie. Nuove sollecitazioni sono giunte anche dalla concezione dei servizi alla persona che per far fronte ai mutamenti della vita sociale, ai nuovi bisogni espressi dalla comunità e alla sempre maggiore residualità delle risorse economiche a disposizione, si è sviluppata secondo una logica di sistema integrato di servizi. Il singolo Centro non era più l'unica risposta al bisogno espresso dalla persona Disabile, ma parte di un sistema caratterizzato da di inserimenti a "ponte" su più servizi e da modalità di lavoro di rete. Nel 2004 il Servizio, dopo circa due anni di permanenza presso le ex-scuole di Castellazzo dove era stato trasferito in seguito a terremoto che aveva reso inagibile la sede originale, ha potuto ritornare nella sede di Masone completamente ristrutturata e resa maggiormente rispondente ai bisogni dell'utenza. Nel dicembre 2014 il Centro "Il Villaggio" è stato accreditato definitivamente (DGR 514/2009) il cui rinnovo ci sarà nel 2019.
Autorizzazioni e accreditamenti	✖ Provvedimento di Accredimento definitivo – Determinazione P.G.44484 del 22/12/2014 rilasciato dal Comune di Reggio Emilia. Durata: 01/01/2015 – 31/12/2019 ✖ Delibera di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune di Reggio Emilia, Prot. 20614 del 05 ottobre 2004
I destinatari	Il Centro "Il Villaggio", in stretta coerenza con il mandato istituzionale, è attivato a favore della popolazione adulta in condizione di Non Autosufficienza con Disabilità presente sul Territorio Distrettuale di Reggio Emilia, 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 da specifici organi competenti (UVH e UVHM) in relazione a quanto previsto dal Programma Attuativo in vigore, determinato dal Piano di Zona Distrettuale per la Salute ed il benessere Sociale.
Ricettività	L'Autorizzazione al Funzionamento fissa a 18 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 25 Utenti, nell'arco della Settimana. Tutti i 18 posti sono accreditati definitivamente.

2 – PRINCIPI GENERALI

Le finalità	Il Centro “Il Villaggio” 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 nell'ambito di un Progetto di Vita condiviso che ne proietta il percorso personale in una visione futura, tale da ricomprendere anche risorse e potenzialità del contesto familiare e di relazioni; ✖ sostenere e supportare il sistema Familiare di riferimento di ogni singolo Utente favorendo la permanenza della persona disabile nel proprio contesto di vita originario, ma con attenzione a costruire prospettive future in ottica del Dopo di Noi; ✖ 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; con particolare attenzione all'individuazione di contesti e realtà che permettano lo scambio e l'interazione con tutte le differenti occasioni e presenze che caratterizzano la vita sociale; ✖ 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 (ambito distrettuale di Reggio Emilia), 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	Coress 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 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 Villaggio" sito a Masone, in Via Asseverati 14, è ricavato da una vecchia struttura Scolastica opportunamente e specificamente riadattata, in particolare dopo il terremoto del 1996. L'ubicazione è agricola/contadina e la collocazione è presso una laterale della Via Emilia (a 8 km dal centro città direzionata nella campagna verso Gavassa). La strada su cui si presenta è abbastanza trafficata e non c'è alcun esercizio pubblico raggiungibile a piedi (anche per l'inesistenza di marciapiedi ai lati della strada). Nei dintorni, oltre ad alcuni cantieri per edificazione civile, ci sono alcune case con annesse stalle e/o pezzi di terreno coltivati. L'edificio è disposto su due piani ed anche la completa ristrutturazione avvenuta nel 2003, non ha minimamente intaccato lo stile delle tipiche scuole edificate intorno agli anni '40 nelle nostre zone geografiche. Il Centro è parte del sistema dei Servizi gestiti da Coress Il Piccolo Principe in particolare per quanto riguarda i servizi del Territorio di Reggio Emilia 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. Sul territorio di Reggio Emilia collabora con associazioni diverse, quali: Unità Pastorale "Madonna della Neve", Servizio Diocesano per la Pastorale Giovanile, Cooperativa Sociale "Il Girasole", diversi servizi cittadini (come biblioteche e ludoteche) oltre a Scuole ed Enti di Formazione.

Modalità di accesso al servizio

L'ammissione di un utente al Centro avviene coerentemente a quanto delineato all'interno dell'Accordo di Programma sulle Politiche e sui servizi per disabili e sottoscrizione da parte dei Comuni della Zona Sociale di Reggio Emilia e l'Azienda USL Distretto di Reggio Emilia e Azienda Speciale FCR. L'accesso al Centro "Il Villaggio" avviene a seguito di **richiesta che la famiglia inoltra**:

- se l'utente è maggiorenne, al Polo di Servizio Sociale Territoriale del Comune di Reggio Emilia (elenco dei Poli Territoriali e dei riferimenti per contattarli è consultabile nel sito del Comune di Reggio Emilia (www.comune.re.it) o presso i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto di Reggio Emilia di appartenenza,
 - se l'utente è minorenne, AUSL – Servizio Neuropsichiatria e/o Psicologia Clinica.
- ✖ L'ammissione al Centro è definita dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVH per Adulti e UVHM per Minori) che effettua la valutazione del bisogno e definisce il Progetto di Vita e di Cure. L'eventuale lista di attesa è gestita dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale.
 - ✖ Attraverso uno o più incontri con la famiglia e l'utente, sono **definite le modalità e gli obiettivi dell'inserimento** e predisposta la visita al Centro "Il Villaggio".
 - ✖ All'ingresso dell'Utente nel Centro "Il Villaggio", 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 viene programmato un incontro con la famiglia e l'utente per valutare la soddisfazione del percorso di accoglienza nella fase di informazione, orientamento, presentazione dei servizi e delle modalità di gestione dell'ingresso in struttura.
 - ✖ 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** che viene co-costruito e condiviso con le Famiglia e periodicamente verificato e riformulato in base all'evoluzione delle condizioni e situazioni di vita rilevate.

Il processo di erogazione del servizio è definito all'interno della PROCEDURA DI EROGAZIONE DI SERVIZIO SOCIO RIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI – PRO DIU 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 dal Comune di Reggio Emilia, quale Istituzione competente, sulla base del costo di riferimento del servizio e della classificazione del bisogno degli utenti (elaborata dall' UVH o UVHM), come previsto dalla Normativa vigente in materia di Accreditamento dei servizi Socio Assistenziali. Annualmente, il Comune di Reggio Emilia provvede ad aggiornare il costo di riferimento del servizio sia per le parti in carico direttamente all'Utente/famiglia sia per le parti di competenza dei Soggetti Istituzionali

Le informazioni relative alla **tariffa giornaliera** in vigore sono indicate in **ALLEGATO 1**

Per gli utenti con esenzione o abbattimento della quota (autorizzata dal Servizio Sociale Territoriale del Comune di competenza) è il Comune di Residenza che si fa carico dell'ammontare previsto per il pasto.

E' possibile usufruire, su attivazione dell'UVH / UVHM che procede alla valutazione del bisogno e alla definizione di un programma personalizzato, del servizio di trasporto con l'utilizzo di mezzi attrezzati che l'Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite realizza mediante contratto con l'Azienda Consortile Trasporti.

Per il servizio di trasporto è richiesto un abbonamento annuale con quote differenziate a seconda del numero di trasporti effettuati nella settimana; tale importo non rientra tra i costi diretti del Servizio in capo al gestore ed è regolamentato attraverso la rete dei Servizi. I Poli del Servizio Sociale Territoriale possono approvare agevolazioni specifiche a fronte di situazioni reddituali particolari e/o condizioni di difficoltà socio-economica.

Prestazioni sanitarie	Coress Il Piccolo Principe assicura l'assistenza infermieristica con proprio personale in relazione ai bisogni degli utenti definiti in accordo con l'UVH, ciò per i tempi e le tipologie d'intervento definite e riportate all'interno della Cartella Socio Sanitaria. 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- sono possibili due modalità: - 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 (nel caso in cui non sia possibile l'aiuto alla corretta assunzione) 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 (Documentazione inserita in cartella)
Raccordo con i Servizi Inviati	Il raccordo con il Servizio Inviante è garantito attraverso un costante flusso comunicativo attraverso telefonate, comunicazioni via e-mail ed incontri (UVH e verifiche). Il Servizio è inoltre svolto in stretta connessione e integrazione con la Rete territoriale mediante: partecipazione al Gruppo Coordinatori Servizi Disabili per Adulti, alle diverse progettualità specifiche e ricerche in atto nel territorio. È altresì costante anche il raccordo con i Pli Sociali Territoriali e con i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto di Reggio Emilia. La cadenza con la quale avvengono le comunicazioni a livello formale /progettuale è stabilita dal Servizio Inviante sulla base del progetto individuale e dal bisogno/necessità relativamente la situazione generale dell'utente, della sua famiglia e del contesto o del Servizio stesso. 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 i rapporti garantiti sono definiti sulla base delle disposizioni contenute nella D.G.R. 514/09 e s.m.i.). Ne consegue che l'Equipe di lavoro è così composta:

Responsabile di Servizio (coordinatore): 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**, quale funzione interna a Coress Il Piccolo Principe con responsabilità tecnico / gestionale per i servizi a lui facenti capo, e con il **Presidente** per tutti gli aspetti di sviluppo strategico del Servizio e/o di presidio generale, anche nei rapporti con il territorio.

Operatori che compongono l'equipe del Centro:

- ✖ **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.

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, i quali operano in stretta coerenza progettuale con il personale del Centro e nel rispetto dei Progetti Individuali e delle Procedure di lavoro adottate. E' altresì favorita la presenza di volontari del Territorio che operano all'interno di specifici percorsi di accompagnamento e supporto.

Il Centro accoglie periodicamente, con finalità didattiche, tirocinanti provenienti da scuole, corsi universitari o corsi di riqualifica professionale. 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 Villaggio” è formulato dall'equipe del Servizio, coerentemente agli indirizzi del Servizio Inviante, 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 6-7 mesi dall'inserimento) sulla base dell'analisi sistemica (Utente – Famiglia – Contesto extra-familiare) ricavata dalla Scheda Utente. Il Progetto Individuale si inserisce all'interno del Progetto di Vita 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 si attua attraverso il lavoro dell'Equipe, che è scandito da tempi di raccordo e confronto fisso attraverso la Riunione Settimanale (il Martedì pomeriggio dalle ore 14.30 alle ore 16.30). Essa ha in oggetto la programmazione e la verifica della vita interna (attività, fasce orarie giornaliere, dinamiche dei gruppi), l'attuazione e verifica dei PAI/PEI, 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 (Politica, Mission, Piano Formativo...) e della Cooperativa. Periodicamente è estesa ad incontri con il Referente del SSA 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, Fisioterapista...) 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 Il Piccolo Principe 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 un questionario somministrato ai partecipanti.
Le attività	La programmazione delle attività si differenzia in base al periodo (periodo invernale e periodo estivo) ed è diversificata in modo da rispondere al maggior numero possibile di bisogni individuali ed interessi personali. A tal fine, le attività sono progettate avendo cura di fornire, all'interno della stessa attività, risposte a diverse tipologie di bisogni (in considerazione della 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 di norma svolte in gruppo (massimo 10 utenti) Di seguito si elencano le attività che annualmente possono essere programmate nel servizio:

	ATTIVITÀ FINALIZZATE ALLO SVILUPPO DELLE AUTONOMIE OPERATIVE E RIDUZIONE STEREOTIPIE/AUTOMATISMI	✕ attività di laboratorio ✕ attività di spesa ✕ attività di lavanderia ✕ attività di riordino degli spazi comuni ✕ attività di cura del giardino ✕ raccolta differenziata
--	---	---

	ATTIVITÀ FINALIZZATE AL POTENZIAMENTO DELLE COMPETENZE COMUNICATIVE / RELAZIONALI, ELABORAZIONE VISSUTI PERSONALI E SOCIALIZZAZIONE	✕ attività di photo gallery ✕ attività di atelier ✕ attività di giornalino (con la creazione di una redazione stabile) ✕ attività di comunicazione ✕ attività di teatro
	ATTIVITÀ FINALIZZATE ALL'ACQUISIZIONE DI AUTONOMIE RELATIVAMENTE ALLA CURA DI SÉ E ALL'IGIENE PERSONALE	✕ attività di beauty ✕ attività di igiene personale
	ATTIVITÀ FINALIZZATE ALLA STIMOLAZIONE MOTORIA E ALLA ACQUISIZIONE DI UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA DELLA PROPRIA CORPOREITÀ	✕ attività di piscina ✕ attività motoria ✕ ginnastica dolce
	ATTIVITÀ CON FINALITÀ DI SOCIALIZZAZIONE	✕ attività di atelier all'aperto, picnic nei dintorni della struttura, piscina. ✕ passeggiate e commissioni varie ✕ attività pesca

	ATTIVITÀ FINALIZZATE AL RACCONTARSI	✕ attività di giornalino ✕ attività di photo gallery
--	-------------------------------------	--

La giornata al Centro "Il Villaggio" è strutturata come segue:

- ✕ ore 09.00 – 10.00 ACCOGLIENZA E PICCOLA COLAZIONE E SCELTA MENU'
- ✕ ore 10.00 – 10.30 PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA GIORNATA
- ✕ ore 10.00 – 12.00 ATTIVITÀ DEL MATTINO
- ✕ ore 12.00 – 12.30 PREPARAZIONE AL PRANZO
- ✕ ore 12.30 – 13.30 PRANZO
- ✕ ore 13.30 – 15.00 RIORDINO, IGIENE PERSONALE E RELAX
- ✕ ore 15.00 – 16.30 ATTIVITÀ DEL POMERIGGIO
- ✕ ore 16.30 – 17.30 MERENDA E PREPARAZIONE PER IL RIENTRO A CASA
- ✕ 17.30 CHIUSURA DEL SERVIZIO

Il martedì il Centro chiude alle ore 14.00 per consentire lo svolgimento della riunione d'equipe, dalle 14.30 alle 16.30.

4 –REGOLAMENTO

Le regole di funzionamento

Il Centro "Il Villaggio" è aperto dal Lunedì al Venerdì (ad eccezione dei giorni festivi infrasettimanali). Entro il mese di febbraio ogni anno è consegnato a ciascuna famiglia il calendario di apertura dell'anno successivo, garantendo il numero di giorni di apertura stabiliti annualmente dal Comune di Reggio Emilia, quale Istituzione competente. L'erogazione del servizio può essere interrotta o sospesa solo per gravissime cause di forza maggiore indipendenti dalla volontà di Coress Il Piccolo Principe nel qual caso è data tempestiva comunicazione all'Utente e/o alla famiglia. Il **pasto** è consumato nella fascia oraria 12.00 – 13.30. E' garantita una alimentazione variata, in linea con le esigenze personali di ciascun Utente e sulla base dei criteri di salute personale (possibilità di diete personalizzate su presentazione di prescrizione medica, es diabete, celiachia, dieta ipocalorica).. 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 Mensa, se consumato. 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 entro le ore 09.00 per consentire la disdetta del pasto; le assenze programmate (escluse quelle del periodo estivo) devono essere comunicate con almeno una settimana di anticipo.

Per quanto riguarda le assenze programmate per il periodo estivo queste devono essere comunicate al servizio per iscritto, utilizzando il modulo che all'inizio di ogni anno viene consegnato, entro il 30 aprile.

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 Villaggio" è consegnato (e sottoscritto dall'Utente o 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.
- ✖ 2 riunioni con Famiglie degli Utenti, Utenti, Responsabile del Servizio ed equipe educativa per presentazione/verifica delle attività dell'anno.
- ✖ 1 incontro annuale a carattere conviviale con le Famiglie degli Utenti.
- ✖ Incontri al bisogno con le famiglie a fronte di particolari esigenze (ad esempio: difficoltà nella gestione del figlio; specifiche richieste da parte dei genitori; confronto per situazioni particolarmente problematiche).
- ✖ invio di comunicazioni periodiche scritte (comunicazione dei giorni di chiusura del Servizio, comunicazione per cambi di assetto dell'equipe educativa, comunicazioni inerenti l'inizio di nuove attività).

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

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'equipe.

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 SOCIOSANITARI PER DISABILI ACCREDITATI DEFINITIVAMENTE E PROVVISORIAMENTE – MOD PAS (redatto secondo quanto definito nel documento “Schema per la redazione della relazione annuale dei servizi sociosanitari per anziani e disabili accreditati definitivamente e provvisoriamente” predisposto dalla RER con lettera PG-2016-45868 del Gennaio 2016) 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
Riunione d'èquipe	Frequenza settimanale / massimo quindicinale di 2 ore
Diversificazione delle attività educative in diverse aree di intervento.	minimo 3 aree di intervento.
Incontri con il gruppo delle famiglie	2 incontri l'anno

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.

Costituisce altresì elemento utile per la costruzione di elementi di verifica, il 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)

Le **Criticità**, reali o potenziali, che possono emergere sono trattate secondo quanto previsto NELLA PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ, AZIONI PREVENTIVE E RECLAMI - PRO NCR.. 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

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

ASPETTO	STANDARD
Stesura del Progetto Individuale (PI) 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 mesi dalla scadenza del P.I.
Colloquio di condivisione del P.I con la famiglia	Entro 1 mese / massimo 2 dalla condivisione in equipe del P.I.
Stesura del progetto di una nuova attività	Entro 1 mese / massimo 2 dalla individuazione (o approvazione se previsto periodo di sperimentazione) della attività in equipe
Programmazione in equipe delle attività	Entro ottobre / massimo novembre per le attività con durata annuale entro 15 giorni / massimo 1 mese dall'inizio per le attività periodiche.
Verifica delle attività con progetto	Entro 1 mese / massimo 2 dalla conclusione della 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 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

Le Criticità, reali o potenziali, che possono emergere nel Centro "Il Villaggio" 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 risolubili 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 Villaggio" è in capo al Responsabile di Servizio e all'equipe del Servizio, nel pieno rispetto delle differenti competenze specifiche delle figure professionali. Il monitoraggio dei percorsi delle singole persone inserite nel Servizio è, pertanto, a cura dell'equipe 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
- ✖ % 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 Villaggio", 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 i Servizi Inviati 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. E' altresì monitorato il grado di soddisfazione degli utenti attraverso compilazione diretta o assistita di Questionario di Soddisfazione, anche tramite questionario in formato CAA.
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) rivolgendosi al Responsabile del servizio (Recapito telefonico: 0522 340697; e-mail: villaggio@coress.org che provvede sempre, nei tempi opportuni, a dare risposta oltre ad attivarsi per risolvere la situazione segnalata. I reclami sono sempre discussi dall'equipe al fine di valutare le possibili ricadute sul servizio ed intraprendere le 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.

7 – LA DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

Di seguito è riportato l'elenco della principale documentazione di riferimento per l'erogazione del servizio socioriabilitativo semiresidenziale e per lo svolgimento delle mansioni previste per ciascun operatore:

PROCEDURA PER L' EROGAZIONE DI SERVIZIO SOCIORIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI	PRO DIU
DOCUMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE E RELAZIONE ANNUALE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI PER DISABILI ACCREDITATI DEFINITIVAMENTE E PROVVISORIAMENTE	MOD PAS
PROCEDURA PER LA GESTIONE RISORSE UMANE	PRO RUM
REGOLAMENTO INTERNO DEL SERVIZIO	-----
PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ, AZIONI CORRETTIVE, PREVENTIVE E RECLAMI	PRO NCR
PROCEDURA PER LA GESTIONE E TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ	PRO DOR

7 – VUOI CONOSCERCI?

Dove siamo

Via Werter Asseverati 14
42122
Località Masone (RE)

Orari e contatti

ORARI DI APERTURA

Dal Lunedì al Venerdì (escluso festività infrasettimanali)
Lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 09.00 alle 17.30
Martedì dalle 09.00 alle 14.00

CONTATTI

Responsabile del Servizio
Telefono: 0522/340697
Cellulare 3357528231
e-mail: villaggio@coress.org