



CARTA DEL SERVIZIO

Comunità Socio Sanitaria **BERTINOTTI FORMENTI**

CHIARI (BS)

Aggiornata a gennaio 2024



Finalità e scopo	p. 4
Modalità di utilizzo e diffusione	p. 4
1. La cooperativa La Nuvola	p. 5
1. Finalità	p. 5
2. Chi la amministra	p. 5
3. I servizi	p. 6
2. I principi ispiratori	p. 6
3. Standard di qualità, impegni e programmi	p. 7
4. La Comunità Socio Sanitaria Bertinotti Formenti	p. 8
5. Il territorio di riferimento	p. 9
6. Finalità e scopo	p. 9
7. Destinatari	p. 10
8. Standard di qualità, impegni e programmi	p. 10
9. Caratteristiche organizzative e gestionali	p. 10
1. Funzionamento e capacità ricettiva	p. 10
2. Percorso di inserimento	p. 11
3. Le figure di riferimento e coordinamento	p. 13
10. Metodologia della presa in carico dell'ospite	p. 15
1. Fascicolo socio assistenziale sanitario	p. 15
11. Metodologie di lavoro	p. 17
1. Lavoro per l'utenza e per il servizio	p. 17
2. Organizzazione della giornata e delle attività	p. 19
3. Attività	p. 20
4. Controlli medici e sanitari	p. 22
5. Accesso alla documentazione	p. 22
6. Rapporti con le famiglie, i famigliari e rientri in famiglia	p. 23
7. Rapporto con il volontariato	p. 24
8. Rapporto con il territorio	p. 24
9. Sistema di rilevazione del grado di soddisfazione del servizio	p. 24
10. Modalità di pubblicazione	p. 24
12. La retta e certificazioni a fini fiscali	p. 25
1. Che cosa è compreso nella retta	p. 25
2. Che cosa non è compreso nella retta	p. 25
13. Liste d'attesa	p. 26
14. Codice etico	p. 26

Allegato 1. Sistema di rilevazione del grado di soddisfazione

Allegato 2. Scheda segnalazione lamentele e apprezzamenti

Allegato 3. Modulo di adesione alla lista d'attesa

Allegato 4. Criteri per la compilazione della lista d'attesa

Allegato 5. Contratto d'ingresso

Allegato 6. Retta anno in corso

LA CARTA DEL SERVIZIO

FINALITÀ E SCOPO

La Carta del servizio costituisce, per la Comunità Socio Sanitaria “Bertinotti Formenti” la possibilità di rendere visibile la propria organizzazione, le modalità operative e la qualità globale dei servizi erogati.

L’elaborazione della Carta del Servizio rappresenta una tappa del percorso educativo rivolto ai residenti della struttura ed ai loro familiari, affinché percepiscano questo strumento sia come legittimazione dei loro diritti sia come opportunità di partecipazione attiva alla vita della Comunità. Lo scopo principale del documento è quello di informare, e di rinforzare, il senso di appartenenza alla struttura.

MODALITÀ DI UTILIZZO E DIFFUSIONE

Le fasi di diffusione della Carta sono le seguenti:

- distribuzione ai parenti degli ospiti tramite incontro di presentazione;
- disponibilità del documento nell’ufficio del Responsabile del Servizio;
- consegna del documento al momento della richiesta di ingresso in Comunità;
- pubblicazione sul sito internet della Cooperativa.

1. LA COOPERATIVA LA NUVOLA

La Cooperativa Sociale “La Nuvola” è l’ente gestore accreditato della Comunità: gestisce cioè, da un punto di vista operativo ed organizzativo il servizio.

La Nuvola, nasce nell’Aprile del 1991 ed opera nella progettazione e conduzione di servizi sociali educativi orientati alla risposta ai bisogni di persone con handicap psichici, fisici, nonché di attività di promozione, prevenzione e cura della famiglia e dei minori.

La scelta di essere “cooperativa”, di far parte di quel mondo chiamato “no – profit” (senza profitto) nasce dal desiderio e dal tentativo di creare uno spazio in cui si possano coniugare azioni economiche da “impresa”, e azioni di solidarietà sociale.

“Sociale” perché per noi sono prioritari il coinvolgimento della comunità locale e del volontariato, l’attenzione alla qualità dei servizi offerti, che passa attraverso la progettualità e la formazione degli operatori, la collaborazione con gli Enti Pubblici e con i tecnici preposti. Solo in questo modo ci sembra che abbia un senso continuare ad esistere come “Cooperativa Sociale”.

1. FINALITA’

La Cooperativa “La Nuvola” ha quali principi fondamentali della sua **mission**:

- **promuovere il potenziale sociale delle persone**: promuovere l’integrazione e l’inclusione sociale;

- **sviluppare il principio della sussidiarietà:** promuovere l'auto-organizzazione dei cittadini;
- **sviluppare le autonomie personali, relazionali e sociali:** aiutare i soggetti dell'intervento educativo ad aumentare le autonomie potenziali e mantenere quelle già acquisite;
- **la trasparenza gestionale** come stile e metodo del nostro essere operatori/imprenditori;
- **far crescere una chiara assunzione di responsabilità in tutti i dipendenti** (soci e non soci) sia rispetto al proprio ruolo professionale che in relazione alle istituzioni, al territorio, in rispetto dei doveri sociali e politici;
- **territorialità:** la cooperativa è un "elemento vivo della città" solo se è in grado di creare e consolidare relazioni fiduciarie e di sussidiarietà nel territorio in cui opera.

2. CHI L'AMMINISTRA

La cooperativa è amministrata da un consiglio di Amministrazione composto da 5 membri.

E' importante però ricordare che l'organo "sovrano" che decide le scelte di fondo è rappresentato dall'Assemblea dei soci.

3. I SERVIZI

Comunità Socio Sanitarie

- **CSS Nolli – via Secondo martinelli 5/b Orzinuovi (BS)**
- **CSS Bertinotti Formenti – via Cardinal Rangoni, 9 Chiari (BS)**
- **CSS Civico 14 – via Morcelli, 14 Chiari (BS)**

La Comunità Socio Sanitaria è un'unità di offerta residenziale.

La Fondazione "Enrico Nolli", Ente gestore della CSS Nolli, ha affidato la conduzione tecnica a La Nuvola. La Fondazione Bertinotti-Formenti ha concesso in affitto il ramo d'azienda a La Nuvola che, da Aprile 2016, ne è diventata Ente gestore.

Dall'Aprile 2018 La Nuvola è Ente gestore della CSS Civico 14 di Chiari, struttura accreditata e contrattualizzata da settembre 2019, collocata all'interno dello stabile della Fondazione Bertinotti Formenti.

Servizi di sollievo, residenzialità protetta e percorsi in autonomia

Nel 2004, insieme ad alcuni familiari, è stato ideato il progetto Oasi del Sollievo, con la finalità di accogliere, durante i fine settimana, alcune persone con disabilità. Il progetto ha preso avvio nel luglio del 2005 in un appartamento a Chiari in collaborazione con le famiglie, con i comuni dei distretti 6 e 7, con l'ex-ASL e con il sostegno economico offerto da fondazioni bancarie, aziende

territoriali, nonché singoli cittadini. L'esperienza presso l'appartamento a Chiari si è conclusa nel luglio 2011.

Attualmente le famiglie interessate possono usufruire di un servizio di sollievo presso la Comunità Socio Sanitaria della Fondazione Nolli ad Orzinuovi.

Sempre in collaborazione con Fondazione Nolli è possibile attivare anche percorsi di residenzialità protetta e di vita in autonomia.

Centri Diurni Disabili

- **CDD Rudiano - via XXV Aprile, 12 Rudiano (BS)**
- **CDD Palazzolo - via Roncaglie, 2 Palazzolo sull'Oglio (BS)**
- **CSE Palazzolo - via Roncaglie, 2 Palazzolo sull'Oglio (BS)**

Da Gennaio 2006 La Nuvola è accreditata dalla Regione Lombardia per erogare i servizi diurni.

Da Marzo 2008 ha ottenuto l'autorizzazione al funzionamento, a cura del comune di Palazzolo, per avviare il Centro Socio Educativo.

Servizi aggiuntivi: trasporto.

Voucher Misura B1

- **Voucher Socio Sanitario**
- **Voucher Autismo**

Servizio definito nel Programma Operativo Regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza approvato da Regione Lombardia con D.G.R. N°XI/5791 del 21.12.2021 e successivamente la DGR 6003 del 2022. I Voucher sono finalizzati a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima, in raccordo con ATS Brescia e le ASST di riferimento degli utenti.

Servizio di Assistenza Scolastica

Il servizio di "assistenza ad personam", che si realizza nelle scuole di ogni ordine e grado, prevede la presenza di un assistente/educatore, che affianchi il minore con disabilità per favorire il percorso scolastico e il processo di inclusione sociale. La Nuvola svolge il Servizio di Assistenza Scolastica nei Comuni del Distretto n°7 e n°8, presso il Comune di Palazzolo s/O e di Provaglio d'Iseo.

Servizio di Assistenza Domiciliare

La Nuvola è accreditata per l'erogazione di servizi per l'assistenza domiciliare nei distretti socio sanitari n°7 e n°8.

Sperimentazioni Bios

E' un servizio educativo-abilitativo rivolto a minori dai 3 ai 18 anni affetti da Disturbo Generalizzato dello Sviluppo trattamenti educativi ed abilitativi diretti al soggetto con disabilità ed indiretti, alle persone che vivono con il bambino (famiglia e caregivers) e agli altri contesti significativi (prevalentemente scuola).

Comunità terapeutica BIOS

Il Servizio è stato accreditato ed autorizzato al funzionamento ed è stato avviato ad Aprile 2015.

2. I PRINCIPI ISPIRATORI

Il principio cardine attorno a cui ruotano le attività della Cooperativa La Nuvola è l'Art. 3 della nostra Costituzione:

“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”

Da questo “caposaldo” scaturiscono i punti fermi che segnano l'agire quotidiano e configurano l'orizzonte ideale a cui tendere costantemente:

- **L'individualizzazione dei percorsi educativi sulla base di una valutazione approfondita dei bisogni e delle caratteristiche della persona, in modo da garantire il massimo grado possibile di Qualità della vita:** la scelta delle attività parte da un lavoro interdisciplinare di valutazione della condizione personale di ogni utente (età, livello di abilità, condizioni cliniche, aspetti psicopatologici, livello di integrazione). Tale condizione, che potrà evolvere o involvere nel tempo, è ridefinita sia a cadenza prefissata che al bisogno, in modo da garantire flessibilità ai piani educativi.
- **La comunità come spazio ad alta densità relazionale, sia in termini di qualità che di “quantità”:** la relazione con l'altro è il mezzo privilegiato ed il fine del progetto pedagogico

generale. A fianco di questa tessitura, consideriamo indispensabili gli strumenti teorici e pratici che consentano di modulare il rapporto con l'utente disabile, sia per garantire il rispetto delle sue esigenze sia per sviluppare dove possibile e mantenere le sue abilità, non solo relazionali.

- **La “vita quotidiana”:** nello svolgimento e nella scelta delle attività è data priorità a tutto ciò che privilegia l'uso di mezzi, situazioni, procedure il più normali possibile: alzarsi, lavarsi, sistemare i propri spazi, uscire se possibile, pranzare, ecc.
- **L'integrazione con il territorio:** dalla presenza dei volontari nella Comunità, fino alla possibilità di portare all'interno servizi culturali, sociali, ricreativi che coinvolgano il territorio e la sua popolazione.

3. STANDARD DI QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI

Gli standard di qualità, per definizione, sono un processo dinamico di miglioramento continuo e graduale della qualità stessa. Gli indicatori e gli standard vanno osservati, applicati e documentati in maniera puntuale e rigorosa. La Cooperativa La Nuvola ha individuato in via prioritaria i seguenti fattori della qualità su cui fissare i relativi standard:

- umanizzazione e personalizzazione degli interventi;
- efficienza ed efficacia del servizio;
- diritto all'informazione e alla partecipazione;
- sicurezza ed igiene sui luoghi di lavoro;
- cura nelle prestazioni alberghiere;
- cura del cibo;
- formazione ed aggiornamento del personale.

4. LA COMUNITÀ SOCIO SANITARIA BERTINOTTI FORMENTI

La Comunità Socio Sanitaria per disabili, (di seguito Comunità.) “BERTINOTTI FORMENTI” è sita a Chiari (BS) in via Cardinale Rangoni. La CSS è accreditata a contratto per n. 10 posti letto e ospita persone con disabilità di età compresa fra i 18 e i 65 anni.

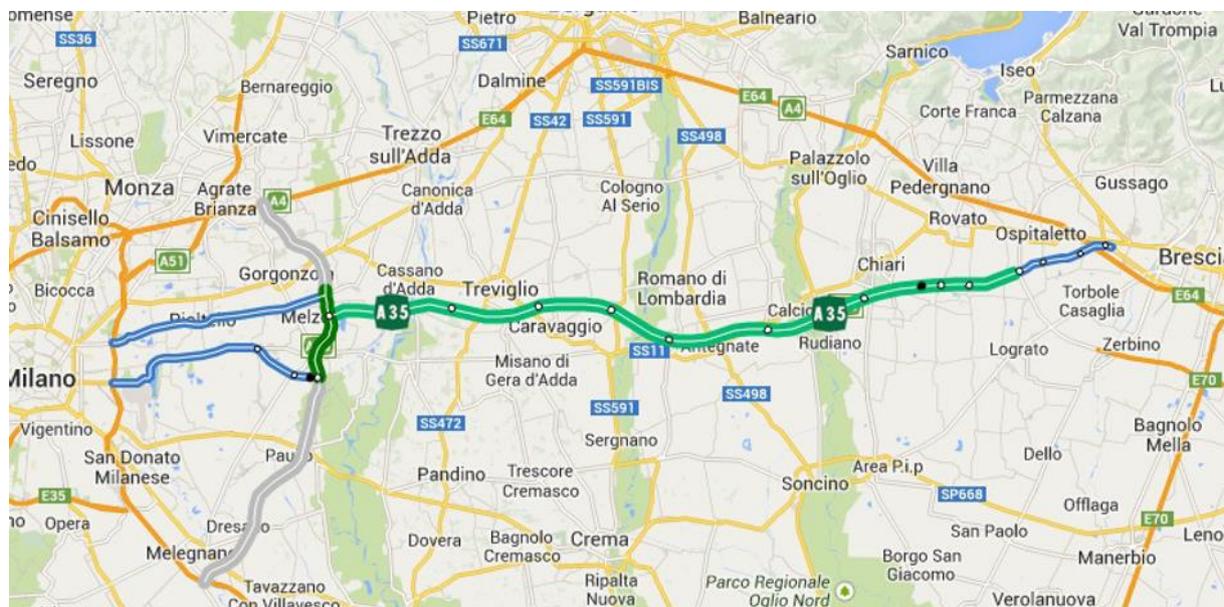
Chiari è raggiungibile:

- **da Brescia:**
 - prendere l'autostrada A35 in direzione Milano, uscire a Chiari Ovest, proseguire seguendo le indicazioni per il centro;

oppure

- prendere la statale 235 verso Roncadelle (vicino ingresso Brescia Ovest autostrada A4)

e proseguire in direzione Chiari-Roccafranca-Orzinuovi per circa 20 KM.



- **da Milano:** prendere l'autostrada A35, uscire a Chiari Ovest, continuare seguendo le indicazioni per il centro.

La struttura è collocata nel Centro storico del Comune di Chiari. Le scelte progettuali sono state guidate dall'esigenza di creare una struttura adeguata ai bisogni specifici di una Comunità alloggio per disabili, che fosse nel contempo "ambiente protetto" e "spazio aperto" alla socializzazione ed integrazione dei fruitori. È stata prestata particolare attenzione all'abbattimento delle barriere architettoniche, rispettando tutte le disposizioni e normative in materia. Nelle finiture e nei dettagli è stata prestata attenzione a creare ambienti simili alla realtà abitativa di "tipo familiare", per facilitare l'accoglienza e la socializzazione.

L'ente Gestore è la Cooperativa La Nuvola con sede a Orzinuovi in via Convento Aguzzano 13/l. Nei paragrafi successivi verrà descritto l'intero impianto strutturale, organizzativo e gestionale della Comunità stessa.

5. IL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

La Comunità è collocata nel Distretto Socio Sanitario n.7 Oglio Ovest e fa riferimento all'ASST Franciacorta.

6. FINALITÀ E SCOPO

La Comunità nasce per favorire il benessere e per la tutela delle esigenze dei disabili e delle loro famiglie.

E' una soluzione residenziale che permette la realizzazione di progetti complessi riguardanti la vita di ogni ospite; pensarla solo come luogo che ospita persone con disabilità sarebbe riduttivo: la sua storia si deve caratterizzare con la capacità di coagulare attorno a sé persone, gruppi, forze sociali spinte dal desiderio di partecipare attivamente ad una esperienza di integrazione della diversità.

Se il suo intento è dare una risposta di tipo educativo, riabilitativo e assistenziale a persone prima ancora che a disabili (intellettivi o relazionali) a cui è venuto meno un adeguato sostegno familiare, è necessario che si apra al territorio e che il territorio si apra alla Comunità. Lo scambio, la "contaminazione" sono la via per garantire a chi la vive il rispetto dei diritti di benessere, autonomia, vita di relazione e di "libertà", ma anche del limite che ognuno porta con sé; la consapevolezza del limite dal nostro punto di vista è una condizione necessaria perché l'handicap non diventi un ostacolo insormontabile all'integrazione.

7. DESTINATARI

In relazione agli obiettivi generali del Servizio i destinatari sono persone affette da disabilità di età compresa al momento dell'inserimento tra i 18 ed i 65 anni, appartenenti ad ambo i sessi purché venga mantenuto un giusto equilibrio, garantendo a entrambi la possibilità di confronto e scambio.

La Comunità ospita persone che presentano:

- Fragilità nelle autonomie primarie: igiene personale, controllo sfinterico, alimentazione, cura della propria persona e della propria salute;
- Fragilità nella gestione delle relazioni interpersonali, dentro e fuori il servizio: rispetto delle regole di convivenza, tolleranza nelle relazioni, riconoscimento e gestione delle emozioni;
- Fragilità nei processi basilari dell'apprendimento: acquisire, migliorare, consolidare o mantenere le abilità pratiche, cognitive, sociali, comunicative;
- Fragilità al raggiungimento di uno stile di vita salutare: movimento, tempo libero, divertimento, riposo, stato di salute.

8. STANDARD DI QUALITA' IMPEGNI E PROGRAMMI

A partire dai principi ispiratori, i servizi offerti dalla Comunità sono organizzati e gestiti in maniera da garantire:

- Umanizzazione e personalizzazione degli interventi con particolare riferimento all'autodeterminazione
- Formazione ed aggiornamento del personale
- Efficienza ed efficacia del servizio
- Diritto all'informazione e alla partecipazione
- Sicurezza ed igiene sui luoghi di lavoro
- Cura nelle prestazioni alberghiere
- Cura del cibo

9. CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI

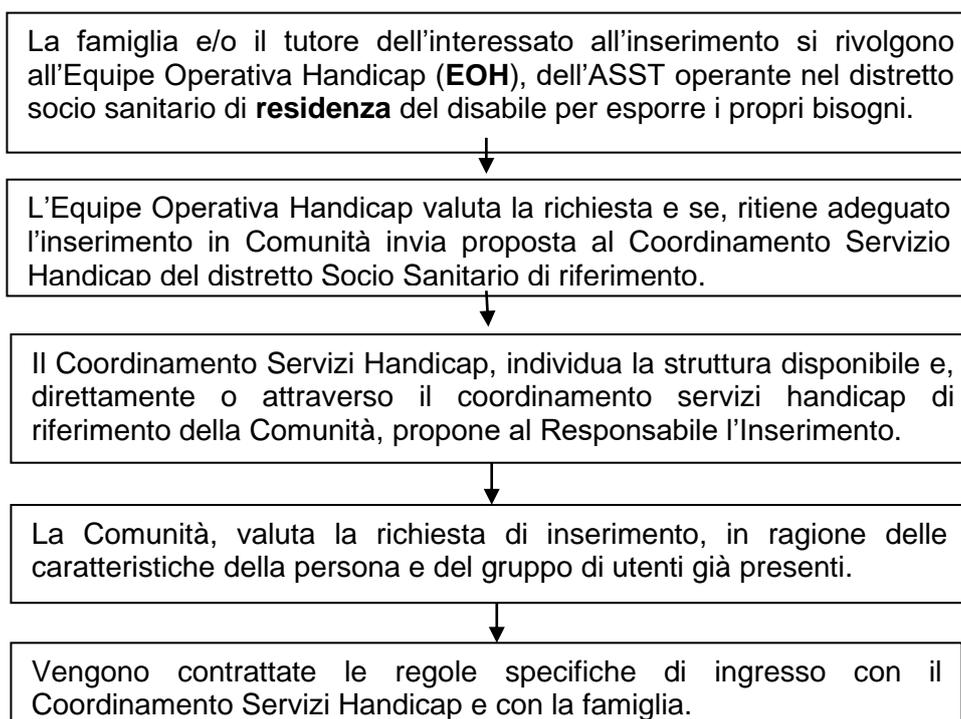
1. FUNZIONAMENTO E CAPACITÀ RICETTIVA

La Comunità è aperta 24 ore al giorno per tutto l'anno.

La Comunità è accreditata per accogliere un massimo di 10 persone.

Le attività che ne caratterizzano il funzionamento sono elaborate a partire dai progetti individualizzati predisposti per gli utenti.

2. PERCORSO DI INSERIMENTO



a. Modalità dell'inserimento

L'inserimento nella Comunità dovrà avvenire in maniera graduale, per non forzare l'utente nella fase di ambientazione, sostenere la famiglia in questo percorso, capire i bisogni e cercare di approfondire la conoscenza reciproca.

Nella fase di inserimento vengono raccolte informazioni riportate dalla famiglia, dalle EOH di riferimento e/o da servizi precedentemente frequentati, tali da permettere una prima conoscenza delle preferenze, delle capacità e delle attitudini del nuovo utente.

Al momento dell'inserimento viene redatto un primo Progetto Individuale/PAI provvisorio e, dopo un periodo di osservazione, viene elaborato il primo Progetto Individuale/PAI definitivo entro 30 giorni dalla data dell'inserimento. Esso è costituito dal Progetto Educativo Individuale (PEI) e dal Progetto Assistenziale Individuale (PAI). All'interno del Progetto Individuale sono riportati gli obiettivi (concreti, misurabili, raggiungibili), le modalità e gli strumenti utilizzati, gli indicatori di valutazione e i tempi di verifica.

Il progetto individuale viene quindi costruito coinvolgendo la persona stessa e la sua famiglia prevedendo periodi di verifica e monitoraggio; esso verrà rivalutato, come previsto dalla normativa vigente, con una tempistica non superiore ai 6 mesi e/o qualora ci fossero cambiamenti significativi nelle condizioni della persona.

b. Periodo di prova

E' previsto un periodo di prova di almeno 90 giorni prima dell'inserimento definitivo, necessario per verificare l'effettiva rispondenza tra le offerte del contesto e i bisogni della persona.

c. Documentazione da fornire in fase di inserimento

• DOCUMENTI FORNITI DALLA FAMIGLIA

In fase d'inserimento è necessario che la famiglia fornisca:

- Copia Verbale invalidità
- Copia certificazione medica attestante la situazione di salute della persona
- Scheda sanitaria compilata dal medico di base
- Copia Cartellino vaccinale
- Copia Carta d'identità e Codice fiscale
- Copia Carta Regionale Servizi
- Copia esenzione ticket
- Prescrizione medica in cui è riportata la terapia farmacologia completa indicante il nome del farmaco, il dosaggio e l'orario della somministrazione

- Eventuale documentazione prodotta da altri servizi socio sanitari

Ogni famiglia è tenuta a fornire al Servizio, ogni qualvolta vi sia un aggiornamento o la produzione di nuova documentazione sanitaria, copia di tale documento.

• **DOCUMENTI SOTTOSCRITTI PRESSO IL SERVIZIO**

In fase d'inserimento, e qualora vi sia la necessità di un adeguamento in itinere, il Servizio predispone per la famiglia la seguente documentazione:

- Contratto d'Ingresso
- Progetto Individualizzato Provvisorio
- autorizzazione al trattamento dei dati;
- autorizzazione ad effettuare uscite;
- autorizzazione ad effettuare foto, video, filmati relativamente al familiare inserito

d. Dimissioni

Eventuali dimissioni verranno disposte in accordo tra la famiglia e/o tutore, i Servizi Sociali del Comune di provenienza, le equipe dell'ASST di riferimento che hanno proposto l'inserimento (EOH CSH).

Qualora sia la famiglia stessa a richiedere le dimissioni, dovrà far pervenire una comunicazione scritta all'Equipe Operativa Handicap di riferimento indicante motivazioni e data di conclusione della frequenza, in osservanza di quanto indicato nel proprio Contratto d'Ingresso con l'Ente gestore dell'Unità d'Offerta firmato al momento dell'inserimento.

In caso di trasferimento di un utente presso altra struttura, il Servizio garantisce la messa a disposizione di tutte le informazioni inerenti il percorso svolto dalla persona all'interno dell'Unità d'Offerta attraverso relazioni conclusive ed eventuali passaggi d'informazioni.

In ogni caso, l'Unità d'offerta rilascia all'utente, all'atto della dimissione o del trasferimento presso altro servizio, relazione di dimissione in cui sono evidenziati lo stato di salute, i trattamenti effettuati, l'eventuale necessità di trattamenti successivi e le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale, così come disposto dalla DGR 2569 del 31/10/14.

3. LE FIGURE DI RIFERIMENTO E COORDINAMENTO

LEGALE RAPPRESENTANTE	Rosangela Donzelli
AREA RICERCA E SVILUPPO – SUPPORTO ALLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Dott.ssa Costanza Lanzanova
RESPONSABILE AREA DISABILITA'	Laura Deviardì
RESPONSABILE DEL SERVIZIO	Laura Deviardì

COORDINATRICE ORGANIZZATIVA	Francesca Vezzoli tel.030 7002328
REFERENTE AMMINISTRATIVO	Eleonora Giassoni/Marco Paglia tel. 030 9941844

Le figure professionali impiegate

Gli operatori impegnati nella gestione quotidiana della Comunità sono:

1. Coordinatore/Responsabile di Servizio
 2. Educatori professionali
 3. Infermieri Professionali
 4. Ausiliari Socio- Assistenziali (ASA)/OSS
 5. Referente amministrativo
- Per quanto riguarda gli **aspetti sanitari**: la Comunità si avvale del medico di base al quale viene assegnata l'assistenza sanitaria degli ospiti.
 - Per quanto riguarda **gli interventi specialistici**: si avvale dei servizi sanitari presenti nel territorio.

Turnazione del personale

La normativa vigente D.G.R. 18333 del 23/07/2004 prevede che nella Comunità Socio Sanitarie sia presente un educatore ogni 5 utenti: questo significa che durante la giornata si alternano nella cura degli ospiti almeno 2 persone. La presenza del personale può variare a seconda che gli ospiti della comunità frequentino durante il giorno altri servizi (Servizio di Formazione all'autonomia, Centro Diurno Disabili, etc). Indicativamente l'alternanza del personale è la seguente:

- dalle 7.00 alle 15.00: primo operatore
- dalle 9.00 alle 12.00: compresenza
- dalle 15.00 alle 21.00: terzo operatore
- dalle ore 17.00 alle 23.00: quarto operatore
- dalle 23.00 alle 7.00 veglia notturna passiva (reperibilità in struttura).

Alla luce di questa articolazione lo staff degli operatori è costituito da almeno 6/7 operatori

Identificazione del personale operante nella struttura

Tutte le figure che operano all'interno della Comunità sono riconoscibili mediante apposito cartellino di riconoscimento che riporta fotografia, nome e qualifica.

L'elenco è esposto in apposita bacheca all'interno del Servizio.

10. METODOLOGIA DELLA PRESA IN CARICO DELL'OSPITE

La cura della persona fa riferimento al modello della Qualità della Vita, ma la tendenza è di ricontestualizzare comportamenti e azioni all'interno di un paradigma più ampio, che definiamo "della complessità". L'intervento mira a garantire la soddisfazione dei bisogni primari (cura della persona, dei propri ambienti e dei propri oggetti), dei bisogni relazionali e psicologici.

Durante l'inserimento viene aperto il Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario con la documentazione sanitaria, psicologica e sociale fornita dagli operatori di riferimento dell'Equipe Operativa Handicap. L'Unità d'Offerta provvede, contestualmente alla data dell'inserimento, alla compilazione della Scheda Individuale Disabile (SIDi). Vi è un periodo di osservazione e di prova così come definito nel Contratto d'Ingresso.

1. FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE SANITARIO (FASAS)

Per ogni ospite inserito in Comunità, beneficiario del voucher di lunga assistenza, viene redatto il **Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FaSAS)**.

Il fascicolo contiene informazioni dettagliate, necessarie a costituire il quadro complessivo della situazione psicofisica della persona. E' composto dai vari moduli che registrano dati anagrafici, dati sanitari, dati relativi alla situazione psicofisica attitudinale della persona, dati relativi ai percorsi educativi ed assistenziali. Nel fascicolo sono registrate tutte le attività svolte a favore della persona. Viene costantemente aggiornato dagli operatori ed è soggetto a controllo e verifica annuale nella visita di appropriatezza svolta dall' ATS del distretto di riferimento.

Il Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario contiene:

- A) Progetto Individualizzato;
- B) Scheda SIDi
- C) Scheda Sanitaria
- D) Modulistica con la registrazione delle informazioni e relazioni
- E) Diario Unico degli Interventi

A) Il Progetto Individualizzato

Per ogni persona inserita nell'Unità d'Offerta viene elaborato il Progetto Individualizzato basato sulla conoscenza trasmessa dalla famiglia, dai servizi sociali e dalle osservazioni effettuate dall'equipe.

All'interno di essi vengono definiti gli obiettivi di vita (a lungo termine) e l'obiettivo specifico del quale verrà descritta la metodologia necessaria alla realizzazione ed il relativo indicatore di valutazione necessario per la verifica.

Il progetto individuale viene periodicamente monitorato e rivalutato ogni qualvolta vi siano dei cambiamenti delle condizioni della persona e, comunque con una periodicità non superiore ai sei mesi.

Il Progetto Individualizzato è composto dal Progetto Educativo Individualizzato e dal Progetto Assistenziale Individualizzato.

Progetto Educativo Individualizzato

Definisce, per ogni persona, il bisogno di sostegno e supporto, i cambiamenti e percorsi di crescita. L'equipe garantisce il monitoraggio e la definizione in itinere degli obiettivi.

Progetto Assistenziale Individualizzato

Definisce la presa in carico e cura dell'ospite, nella sua globalità e nei suoi specifici bisogni: igiene personale, cura di sé, alimentazione, salute.

B) Scheda SIDI

La scheda SIDI è parte integrante del FaSAS di ogni ospite, rappresenta lo strumento di rilevazione della "fragilità" e delle "capacità" dell'ospite, essenziale per valorizzare ed orientare il complesso delle risposte di cura personale e di qualità della vita, che la Comunità è chiamata ad offrire alla persona disabile. Lo strumento fornisce alla Comunità elementi necessari per valutare il carico assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico di ogni ospite e per orientare l'insieme degli interventi individualizzati.

La scheda SIDI inoltre è finalizzata a:

- consentire la definizione della classe di appartenenza del singolo e degli standard di assistenza che la struttura è tenuta ad assicurare;
- consentire, a seguito della modifica della situazione clinica e delle abilità funzionali, eventuali modifiche della classe di appartenenza;
- consentire l'esercizio delle funzioni di verifica e di controllo da parte dell'ATS.

C) Scheda sanitaria

La scheda sanitaria redatta dal medico di base, riporta i dati sanitari rilevanti della persona, la diagnosi, la terapia farmacologia in atto, le vaccinazioni effettuate.

E' uno strumento importante per conoscere lo stato di salute della persona, al momento dell'inserimento in Comunità.

La comunità socio sanitaria prevede la cura e il monitoraggio della salute psicofisica di ogni ospite. Per fare questo si avvale dei seguenti strumenti:

- Medico di base operante nel distretto sanitario di Chiari al quale viene assegnata l'assistenza sanitaria degli ospiti (soluzione consigliata ai famigliari).
- Presenza del fascicolo sanitario per il monitoraggio delle attività sanitarie in corso e per la calendarizzazione di quelle future.
- Monitoraggio mensile dei parametri sanitari più significativi per la persona
- Visite periodiche dal medico di base

D) Modulistica con la registrazione delle informazioni:

- scheda dati anagrafici
- modulo autorizzazioni al trattamento dei dati
- modulo autorizzazioni ad effettuare uscite, gite ecc.
- modulo autorizzazioni aiuto all'auto somministrazione della terapia farmacologia
- scheda registrazione colloqui ed incontri di verifica con operatori socio sanitari dell'ASST e dei Comuni di riferimento
- scheda registrazione colloqui ed incontri con la famiglia
- scheda monitoraggio delle visite sanitarie e degli esami effettuati
- scheda monitoraggio del fascicolo sociosanitario

E) Diario unico degli interventi (DUI):

Ogni FaSAS contiene il Diario Unico degli Interventi in cui vengono riportate le attività previste (sezione 1) e gli eventi straordinari (sezione 2) che caratterizzano il percorso di presa in carico dell'utente e che si discostano dall'ordinarietà.

Ogni registrazione nella sezione 2 del DUI è corredata di data, ora e firma dell'estensore. Attraverso apposito registro firme è possibile identificare l'operatore estensore che ha rilevato.

11. METODOLOGIE DI LAVORO

1. LAVORO PER L'UTENZA E PER IL SERVIZIO

Il lavoro per l'utenza è un elemento che investe buona parte del tempo degli operatori e permette di garantire che le attività e le finalità del servizio vengano perseguite.

L'orario di lavoro del Responsabile, presente part-time, si snoda sulla settimana, con costante reperibilità telefonica negli orari in cui non opera direttamente nel servizio.

La metodologia di lavoro adottata all'interno della Comunità è centrata sul lavoro di Equipe che, supervisionato dal Responsabile di Servizio, si concretizza nella attuazione di diverse fasi:

a. Percorso di presa in carico: al momento dell'ingresso in Comunità è previsto un periodo di osservazione in cui l'equipe avrà il compito di rilevare e valutare i bisogni del nuovo inserito per definire, almeno entro trenta giorni dall'inserimento, il Progetto Individualizzato.

b. Progettazione sul caso: il Progetto Individualizzato viene definito in equipe, individuando strategie, modalità e tecniche per il raggiungimento degli obiettivi. E' l'operatore di riferimento che provvede poi all'elaborazione del Progetto Individualizzato il quale viene comunque condiviso, nella sua versione finale, in equipe.

L'equipe monitora settimanalmente le strategie e le tecniche per il raggiungimento degli obiettivi annuali dei diversi progetti individualizzati. Nell'ambito della progettazione sul caso, la programmazione settimanale prevede del tempo per l'operatore per stendere il Progetto individualizzato, le strategie di intervento ed aggiornare la cartella personale dell'utente.

c. Lavoro d'équipe: la riunione di équipe è il momento in cui tutte le informazioni più significative sulla vita degli utenti e della Comunità vengono condivise da tutti gli operatori. Gli operatori si incontrano **2 ore alla settimana** con il Responsabile del servizio e il Coordinatore del Servizio per riferire in merito alle attività, discutere dei nuovi progetti, affrontare eventuali problematiche emerse durante la settimana e condividere sinteticamente il lavoro di progettazione individuale. È presente un ordine del giorno in cui sono elencate le principali tematiche da affrontare. Le riunioni di equipe sono verbalizzate a turno dai diversi operatori ed accessibili nell'apposito registro verbali.

d. Compilazione diario giornaliero della consegna: gli operatori ogni giorno, al termine del proprio turno di lavoro, compilano un diario giornaliero relativo a quanto avvenuto; il diario verrà letto dal personale che opera nei turni successivi. Il diario prevede tre sezioni:

- a) nella prima: riporta le osservazioni rispetto all'andamento della giornata
- b) nella seconda: riporta le osservazioni in merito agli ospiti
- c) nella terza: riporta le eventuali comunicazioni e consegne per i colleghi

e. Individuazione di aree di attività giornaliere: la comunità socio sanitaria è organizzata in modo che ogni ospite svolga le attività previste (igiene personale, gestione luoghi di vita, tempo libero e attività integranti). Per il lavoro sono state individuate **tre macro aree** di intervento che corrispondono anche a tre luoghi diversi della casa:

- l'igiene personale e pulizia dei bagni (la zona notte);
- la preparazione della cena, della tavola, la sistemazione della biancheria lavata ecc. (la zona della cucina e del soggiorno);
- il tempo libero (zona della sala) e tutte le attività esterne alla CSS.

Ogni educatore, a seconda del giorno, svolge la propria attività educativa in uno di questi luoghi ed è responsabile delle attività degli ospiti.

f. Supervisione: l'attività educativa della comunità socio sanitaria è condizionata dall'impossibilità di un continuo e costante confronto con l'operato dei colleghi e rischia di portare ad un "diluizione" dei confini del ruolo professionale. Sapere di incontrare i propri colleghi alla presenza di un esperto esterno, richiede una attenta selezione e individuazione dei temi da portare all'attenzione del gruppo. Si differenzia proprio per questo dalla riunione di équipe: l'obiettivo è di riflettere costantemente sul ruolo dell'operatore e sulla professionalità che deve attraversare il suo agire quotidiano. La supervisione, quando ritenuta opportuna, viene richiesta dal responsabile del servizio.

g. Comunicazioni con la famiglia:

- per le comunicazioni con la famiglia lo strumento più immediato è il telefono, che sarà utilizzato per il passaggio di informazioni relative alla quotidianità di vita.
- per il passaggio di tutte le informazioni o comunicazioni che richiedono precisione e dettaglio nell'informazione, calendarizzazione di appuntamenti o date da ricordare, registrazione di dati relativi al familiare, lo strumento privilegiato è un documento scritto (la lettera o la relazione).

h. Verifiche con la famiglia e i servizi sociali: il responsabile del servizio con l'operatore di riferimento incontra periodicamente, almeno una volta l'anno e/o al bisogno, la famiglia e i servizi sociali per fare il punto della situazione relativamente all'inserimento e al progetto (verifica pluri-istituzionale).

2. ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA E ATTIVITÀ

Giornata tipo

La vita in Comunità è scandita dai ritmi e tempi della vita di "casa".

Le persone che vivono nella Comunità sono chiamate a partecipare, compatibilmente con le proprie risorse, alla gestione della casa (preparazione dei pasti, riordino della propria camera, cura degli oggetti personali e dei propri indumenti, aiuti nelle faccende domestiche, uscite per le spese ecc). Accanto a questi momenti del vivere quotidiano sono previsti momenti strutturati in risposta agli obiettivi del progetto individualizzato.

La GIORNATA TIPO degli ospiti della Comunità prevede:

- per gli ospiti che usufruiscono di servizi esterni (CDD, CSE, SFA, lavoro, tirocinio):*
 - tra le ore 7,30 e le ore 8: sveglia, colazione e igiene personale
 - dalle 8.30 alle 16.30: frequenza al Servizio diurno
- per gli ospiti che rimangono in comunità:*

- dalle 7.30 alle 8.30: sveglia, igiene e colazione;
- dalle 9.00 alle 12.00: attività interne o esterne alla Comunità (singole o individuali)
- alle 12.00: pranzo
- dalle 13.00 alle 15.30 riordino, igiene personale e relax
- dalle 15.30 alle 17.30: attività interne o esterne alla Comunità (singole o individuali)

c. *per tutti gli ospiti:*

- dalle 17.00 alle 19.00: igiene personale, cura di sé e tempo libero (all'interno o all'esterno della Comunità)
- alle 19.00: cena
- dalle 20.00: riordino, igiene personale, eventuali attività ricreative/animative
- dalle 22.00 circa: riposo notturno

3. LE ATTIVITÀ

La Comunità riconosce al soggetto tutto ciò che è proprio della sua condizione di “persona adulta”, offrendogli opportunità, attività, approcci che non siano quelli adottati, generalmente, per l'età evolutiva.

Da questa prospettiva risulta possibile superare l'immagine riduttiva e stereotipata del disabile come di un eterno bambino, a favore di un'altra che sia in grado di far emergere aspetti quali l'autonomia e la responsabilità. Da qui l'intento che le attività non siano “imposte” alla persona bensì un'opportunità a cui la persona stessa può liberamente decidere di aderire.

L'assunzione ed il processo di identificazione in un ruolo adulto rappresentano pertanto l'impegno e la filosofia sottostante tutte le aree di intervento nella Comunità.

Prioritari saranno tutti quegli interventi che pongono attenzione alle istanze personali ed interpersonali, ai vissuti e allo status esistenziale.

L'attenzione per le *ecologie di vita* dell'ospite e l'assunzione della persona nella sua globalità rappresentano assieme al “Modello della Qualità della Vita” i principi ispiratori di tutto l'operato del Servizio.

▪ **Attività volte al potenziamento e mantenimento delle autonomie personali**

L'intervento in quest'area mira a promuovere le abilità di “autosufficienza” (privilegiando gli ambiti di alimentazione, igiene, abbigliamento, controllo vescicale e sfinterico), competenze essenziali per riuscire a fronteggiare le diverse richieste poste dai luoghi di vita dell'ospite, avendo sempre cura di

bilanciare il potenziale di apprendimento di queste specifiche competenze adattive, l'impatto della disabilità e le necessità di assistenza.

- **Attività socio-relazionali**

Il lavoro condotto in quest'area si pone l'obiettivo di sviluppare sia le abilità connesse all'esecuzione dei compiti di routine previsti nell'ambito del servizio (chiedere spiegazioni, chiedere una pausa, chiedere e offrire aiuto...), che condotte comunicative e relazionali improntate a ridurre lo stigma sociale (salutare, fare e accettare critiche, partecipare ad attività sociali).

Grande attenzione viene pertanto posta al comportamento espresso dal soggetto nel gruppo: la sua capacità di comunicare, la comprensione ed il rispetto delle regole, la capacità di fronteggiare nuove situazioni.

- **Attività relative alle abilità cognitive funzionali**

Sotto questa voce vanno intese tutte le attività che mirano a mantenere e sviluppare gli apprendimenti di natura cognitiva che facilitino l'adattamento ai diversi ecosistemi di vita dell'ospite. Alle persone sarà cioè richiesto di utilizzare, **nelle attività di vita quotidiana**, specifiche abilità cognitive, quali: memoria a breve e a lungo termine, memoria funzionale e di lavoro, attenzione selettiva ecc.

- **Attività sportiva**

Il significato ultimo dell'attività sportiva, oltre agli aspetti di mantenimento di un buon tono muscolare e scheletrico, sta nella possibilità di acquisire competenze relativamente a sport, giochi di gruppo che, nella loro globalità, concorrono a dare al tempo libero una dimensione di quotidianità.

Unitamente a questo, la dimensione ludico-sportiva rappresenta una importante occasione di integrazione con le realtà del territorio.

- **Attività domestiche e di gestione dei luoghi di vita**

Il servizio "allena" anche quell'insieme di abilità che consentono una maggiore autonomia della persona nell'ambito domestico. Come per le autonomie personali, una maggior competenza dell'utente, si traduce in una riduzione del bisogno di assistenza, anche da parte della famiglia; da qui, è possibile arrivare ad una più positiva elaborazione dell'immagine all'interno della rete dei rapporti familiari.

Va sottolineato inoltre come le *attività domestiche*, svolte nel proprio ambiente - la Comunità - consentano alla persona di sentirsi più "padrona" dei propri spazi di vita.

▪ **Attività di socializzazione nel territorio**

La comunità promuove la conoscenza del territorio e dei servizi presenti, così da consentire esperienze di crescita e svago in una cornice di “normalità”, e da contribuire a modificare i paradigmi culturali del territorio stesso nei confronti della “diversità”. In questa precisa direzione possono essere intese una serie di proposte culturali realizzate all’interno della Comunità o del tessuto cittadino (partecipazione ed organizzazione di feste e attività a tema, cene, ad iniziative culturali/religiose).

▪ **Tempo libero**

La possibilità di ampliare i momenti che ogni ospite è in grado di dedicare al tempo libero – inteso come tempo che la persona riesce a gestire autonomamente - è uno degli elementi che misureranno il raggiungimento degli obiettivi di autonomia.

4. CONTROLLI MEDICI E SANITARI

La comunità socio sanitaria prevede la cura e il monitoraggio della salute psicofisica di ogni ospite. Per fare questo si avvale dei seguenti strumenti:

- Presa in carico da parte del medico di base operante nel distretto sanitario al quale viene assegnata l’assistenza sanitaria degli ospiti (soluzione consigliata ai famigliari);
- Presenza nel Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario del monitoraggio delle attività di cure mediche e sanitarie in corso e calendarizzazione di quelle future;
- Monitoraggio mensile dei parametri sanitari più significativi per la persona in base alle specifiche problematiche;
- Visite periodiche dal medico di base.

Per quanto riguarda gli eventi sanitari straordinari (ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici ecc.) la Comunità non garantisce il Servizio al di fuori della struttura. E’ richiesta quindi la presenza dei famigliari e/o tutori.

5. ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE

Le modalità di tenuta ed aggiornamento del FASAS sono descritte nel Manuale delle Procedure del Servizio.

La documentazione è conservata all’interno di luoghi chiusi a chiave.

L’accesso alla documentazione sociosanitaria è consentito agli operatori dell’Unità d’Offerta.

Il familiare/Amministratore di Sostegno che intende chiedere copia di determinata documentazione contenuta nel FASAS deve fare richiesta scritta al Responsabile dell’Unità d’Offerta specificando le

motivazioni per cui intende chiederne il rilascio. Il rilascio avviene entro 30gg dalla richiesta, verranno imputati i costi vivi di cancelleria e di copisteria.

6. RAPPORTO CON LE FAMIGLIE, I FAMIGLIARI E RIENTRI IN FAMIGLIA

La Comunità ritiene fondamentale il rapporto con la famiglia d'origine. Lo scambio di informazioni e il confronto sono necessari per poter elaborare e sviluppare il percorso di vita della persona. Oltre che nella cura dell'ospite, i principi ispiratori trovano attuazione in particolare nelle garanzie che sono previste nel rapporto con le famiglie:

- 1) al familiare e/o tutore deve essere garantita la possibilità di condividere e partecipare all'elaborazione del progetto individualizzato;
- 2) al familiare e/o tutore deve essere consegnato il progetto individualizzato;
- 3) al familiare e/o tutore deve essere garantita la possibilità di essere informato dell'andamento del proprio congiunto e di richiedere una verifica dell'inserimento;
- 4) al familiare deve essere garantita la possibilità di conoscere l'educatore di riferimento con la quale poter interloquire;
- 5) al familiare deve essere garantita la possibilità di possedere la Carta del servizio;
- 6) al familiare deve essere garantita l'assoluta riservatezza dei dati sanitari, clinici, educativi. La liberatoria rispetto al trattamento dei dati va firmata su apposita scheda qui allegata.
- 7) i familiari devono avere la possibilità di poter esporre un reclamo. Ogni reclamo deve essere formulato su apposita scheda qui allegata.

Laddove le condizioni lo consentano, sono favoriti i rientri in famiglia per brevi periodi o per i fine settimana; la volontà è quella di mantenere quanto e più possibile i collegamenti della persona con il nucleo familiare e con la rete parentale. I rientri in famiglia sono previsti con cadenze e modalità definite nei diversi progetti individualizzati.

Sono altresì favorite e gradite le visite dei familiari presso la Comunità. Non sono previsti orari specifici per le visite, ma è necessario che la visita sia preceduta da accordo telefonico con la Comunità ed il proprio familiare, al fine di verificare la compatibilità con l'attività organizzata e la disponibilità dell'ospite. Durante l'emergenza COVID-19 i rientri a casa, così come le visite dei familiari, sono regolamentate nel Piano Organizzativo Gestionale.

Visite alla comunità

La comunità è un luogo aperto; per questo non sono fissati giorni o orari per le visite. Le famiglie o i cittadini interessati possono visitare la Comunità contattando il responsabile del Servizio e concordare giorno ed ora della visita. Per chi non conosce la struttura la visita alla Comunità è condotta dal responsabile del Servizio che illustra le modalità di funzionamento del Servizio, gli

spazi di vita e le attività che vengono svolte e gli altri servizi garantiti dalla Comunità. In caso di assenza del responsabile del Servizio, verrà incaricato un educatore il cui nominativo verrà indicato alla famiglia in visita.

7. RAPPORTO CON IL VOLONTARIATO

I volontari rappresentano per la Comunità una preziosa risorsa, fonte di scambio e di relazioni significativi.

I volontari inoltre costituiscono un supporto indispensabile per il raggiungimento delle finalità della Comunità. Sono considerati volontari anche quelle persone/associazioni che forniscono supporto operativo per il mantenimento della struttura.

I volontari eventualmente presenti fanno riferimento ad un'Associazione con cui La Nuvola ha stipulato apposita convenzione

8. RAPPORTO CON IL TERRITORIO

La comunità vive e agisce all'interno del territorio in continuo scambio, al fine di promuovere la conoscenza e l'integrazione delle persone con disabilità.

9. SISTEMA DI RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO

QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE

Annualmente è effettuata la rilevazione del grado di soddisfazione dell'ospite e/o della famiglia tramite un questionario di soddisfazione (vedi allegato) per consentire alla Cooperativa La Nuvola il monitoraggio dell'attività svolta e il programmare il costante miglioramento.

Anche la rilevazione del grado di soddisfazione dei propri operatori è effettuata annualmente mediante apposito questionario.

10. MODALITÀ DI PUBBLICIZZAZIONE

Gli esiti dei questionari saranno esposti in un apposito spazio all'ingresso della struttura.

Saranno parte integrante della verifica annuale tra l'ente erogatore e l'ente gestore e tra gli stessi con i familiari degli utenti durante uno specifico incontro di verifica.

L'ente erogatore si impegna a pubblicizzarli attraverso il bilancio dell'impresa sociale.

L'ente gestore si impegna a pubblicizzarli nella relazione annuale.

Consente ai fruitori del servizio di esprimere eventuali critiche e lamentele in relazione a tutti gli aspetti organizzativi e gestionali presenti nella Comunità Socio Sanitaria.

La scheda prevede inoltre uno spazio dedicato ad esprimere eventuali apprezzamenti.

La scheda dovrà essere inoltrata al Coordinatore della CSS Bertinotti Formenti con sede a Chiari, in Via Cardinale Rangoni, 9. La risposta verrà fornita ad una settimana dall'arrivo della scheda.

La scheda reclami e la modalità di trasmissione della stessa, consente di mantenere l'anonimato.

12. LA RETTA E CERTIFICAZIONI AI FINI FISCALI

La retta di frequenza giornaliera è indicata sul contratto d'ingresso e nell'apposito Allegato Modulo Retta, ogni variazione alla stessa verrà comunicata in forma scritta.

1. COSA È COMPRESO NELLA RETTA

La retta comprende la fornitura dei seguenti servizi:

- Servizio pasti
- Servizio lavanderia e stireria
- Servizio guardaroba
- Fornitura di prodotti per l'igiene personale e orale di uso comune
- Fornitura della biancheria da letto
- Fornitura della biancheria e dei prodotti per l'igiene della persona (asciugamani, salviette, etc.)

2. CHE COSA NON È COMPRESO NELLA RETTA

(Dettaglio non esaustivo delle forniture aggiuntive e delle prestazioni specifiche a carico dell'utente)

- Fondo cassa per acquisti personali;
- Fondo per l'integrazione delle spese per farmaci non completamente mutuabili;
- Indumenti dell'ospite (abbigliamento e calzature)
- Eventuali prodotti per l'igiene personale e orale;
- Specifici presidi per l'incontinenza
- Ausili e dispositivi per la deambulazione;
- Esami di laboratorio non coperti dal Sistema Sanitario e cure (dentista, fisioterapia, oculista etc.);
- Apparecchiatura varia (occhiali, apparecchi acustici);
- Strumentazione necessaria o utile alla vita quotidiana (cellulare, computer, etc);
- Copertura assistenziale in caso di ricovero ospedaliero;

- Costi per la cura della persona (taglio capelli, calli, depilazione, etc);
- Trasporti per la frequenza ai servizi diurni;
- Soggiorni vacanza;
- Eventuali accessori extra.

È previsto un **deposito cauzionale pari a €1.000 (euro mille)** da versarsi al momento della sottoscrizione del contratto attraverso bonifico bancario.

Il deposito cauzionale verrà rimborsato tramite bonifico bancario al momento della dimissione o decesso dell'ospite. Verrà trattenuto in caso di mancato pagamento delle dovute spettanze.

3. CERTIFICAZIONE RETTE AI FINI FISCALI

L'Ente Gestore rilascia tutti gli anni alle famiglie idonea certificazione ai fini di godere degli eventuali benefici derivanti dalle normative fiscali.

13. LISTA D'ATTESA

Esauriti i posti disponibili, le richieste di inserimento (vedi allegato 3) previa valutazione di idoneità espressa dal Coordinamento Servizi Handicap, saranno registrate nella **lista d'attesa**.

L'adesione alla lista d'attesa ha valore annuale (anno solare di riferimento), le famiglie/tutori interessati dovranno compilare l'apposito modulo e riconfermare l'interesse a permanere nella lista ad ogni nuovo anno.

Le famiglie e o i tutori possono rinunciare a titolo definitivo o temporaneo comunicandolo per iscritto in qualsiasi momento al Presidente della Cooperativa.

La redazione della lista d'attesa terrà conto dei seguenti criteri

- A) situazione familiare
- B) provenienza territoriale
- C) valutazione degli enti

Ad ognuno di questi criteri verrà assegnato un punteggio secondo la scala indicata (vedi allegato 4) ed il totale dei tre punteggi darà origine alla posizione in lista d'attesa.

14. IL CODICE ETICO

La Cooperativa ha approvato un proprio Codice Etico comportamentale del quale effettua la diffusione ad utenti e loro familiari all'atto dell'accesso alle prestazioni della Comunità Socio Sanitaria.

La Nuvola Società Cooperativa Sociale Impresa Sociale Onlus
Via Convento Aguzzano, 13/L - 25034 Orzinuovi (BS)
Tel. 030/9941844 Fax 030/2054567 - Mail: info@lanuvola.net - Web: www.lanuvola.net www.bios-lanuvola.net - Pec: Lanuvola.coop@legalmail.it

P.IVA 01700600982 C.F. 03142780174
Tribunale di Brescia n. 46561- C.C.I.A.A. di Brescia n.331713 Albo delle Cooperative n. A105475