



ASSISTENZA DOMICILIARE

La carta dei servizi

La Carta dei servizi è un documento previsto dalla normativa nazionale, ai sensi del d.lgs. 33/13 e della Delibera ANAC n. 32/16, e dalla normativa locale, LP 13/07, che deve essere adottato per la gestione di servizi pubblici, tra cui quelli socio-assistenziali.

Nel caso di affidamento o esternalizzazione dei servizi, sono definiti gli standard di qualità dei servizi offerti, i sistemi di misurazione e valutazione della qualità e le modalità di accesso e di svolgimento dei servizi.

Inoltre, la L. 328/00 prevede come condizione necessaria per l'autorizzazione e l'accreditamento che un'impresa del Terzo Settore adotti una propria carta dei servizi. La carta rappresenta l'impegno assunto dai soggetti erogatori nei confronti del soggetto che li accredita e degli utenti, nonché un elemento essenziale di valutazione nell'ambito dell'offerta economicamente vantaggiosa.

La LP 13/07 disciplina il sistema provinciale di qualità, articolato in quattro fasi secondo una logica circolare:

- Autorizzazione/Accreditamento;
- Convenzione quadro;
- Esecuzione ed affidamento dei servizi;
- Valutazione.

I requisiti di autorizzazione e accreditamento riguardano anche la qualità dell'organizzazione del soggetto gestore, al quale è richiesto di operare in rete e possibilmente su filiere di servizi, per ottimizzare l'intervento pubblico, secondo il principio di sussidiarietà.

La carta dei servizi ha i seguenti obiettivi:

- Far conoscere alla propria utenza i valori, l'organizzazione e il modo di operare delle figure professionali;
- Definire e divulgare i livelli di servizio erogati;
- Assumersi i propri impegni nei confronti dell'ente accreditante e nei confronti dei cittadini;
- Migliorare, innovare e qualificare i servizi offerti attraverso le azioni di monitoraggio e quelle correttive, che portano ad un impiego ottimale delle risorse disponibili.

In generale viene adottato il concetto di **utenza allargata**, in quanto coinvolge i residenti e i loro familiari, gli Enti Pubblici, le istituzioni locali e la comunità, al fine di promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'offerta dei servizi.

Il Gruppo Spes

Vision

La capacità di dare inizio, di immaginare e realizzare il nuovo sta nel dialogo e nell'incontro con le persone superando barriere e stereotipi. Le relazioni diventano nutrimento e condizione necessaria per evolvere. Solo così il nostro operare assume valore, diventa reale e condiviso per essere punto di riferimento, instaurando legami di fiducia reciproca.

Mission

Da 50 anni lavoriamo a stretto contatto con situazioni di fragilità. Supportiamo gli anziani e le loro famiglie accompagnandoli nel delicato processo di invecchiamento e fornendo una gamma di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari adeguati a rispondere ai bisogni espressi dagli utenti.

Con cura e attenzione il Gruppo Spes ha consolidato rapporti e legami con il territorio, enti pubblici e privati in un'ottica rigenerativa dove si intrecciano conservazione ed innovazione.

Il nostro fare si basa su una visione rispettosa delle diversità di ciascuna persona che diventano risorse e punti di forza e vanno a significare il lavoro quotidiano di ascolto e accoglienza delle centinaia di professionisti che operano nelle diverse strutture.



L'organizzazione

Il Gruppo Spes è un gruppo cooperativo paritetico composto da cinque organizzazioni:

- SPES Trento s.c.s. (società Capo-Gruppo)
- ST Servizi s.r.l.;
- ST Gestioni s.c.s.;
- CSSS (Consorzio per i servizi sociali e sanitari);
- ST Lavoro STP s.r.l.

L'impresa sociale, nella sua dimensione organica, incentra il proprio *core business* nell'erogazione di servizi socio-sanitari ed assistenziali nei confronti di persone non autosufficienti, attraverso l'impiego di *equipe* multiprofessionali. Nello specifico essa gestisce servizi sociali e sanitari residenziali e domiciliari, quali ad esempio Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

- SPES Trento ha in carico servizi di RSA;
- ST Gestioni ha in carico servizi di RSA, i Servizi Domiciliari, il Centro diurno e lo Sportello Supporto Famiglie;
- ST Servizi fornisce consulenze in formazione, sistemi informatici ed immobiliari,
- CSSS è responsabile del servizio medico ed infermieristico;
- ST Lavoro elabora cedolini paga ed eroga consulenza del lavoro.

La struttura del Gruppo Spes è orientata a:

- Creare un'organizzazione trasparente con ruoli e regole ben precise e definite;
- Favorire e riconoscere le conoscenze e la professionalità delle persone che vi operano;
- Agire coerentemente rispetto ai valori e agli impegni presi;
- Garantire la trasparenza della gestione

La base sociale si compone di un numero di soci pari a 30 così ripartiti:

- 1 socio persona giuridica;
- 15 soci volontari;
- 6 soci lavoratori;
- 2 soci sovventori
- 6 soci utenti.

Per l'organigramma si rimanda al seguente link: [Documenti - Gruppo Spes](#)

Autorizzazione- Accredитamento e Certificazioni volontarie

Le strutture del Gruppo Spes sono in possesso di autorizzazione e la maggior parte dei posti letto sono accreditati per poter erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Provinciale.

Le società del Gruppo Spes sono in possesso di alcune certificazioni volontarie come di seguito:

sistema	QUALITA'	SICUREZZA	AMBIENTE	PARITÁ DI GENERE
riferimento	ISO 9001:2015	ISO 45001:2018	ISO 14001:2015	UNI:PdR 125:2022
società	ST GESTIONI SPES CSSS ST Servizi	ST GESTIONI SPES CSSS ST SERVIZI	SPES	ST GESTIONI SPES CSSS ST SERVIZI ST Lavoro STP

I valori di riferimento



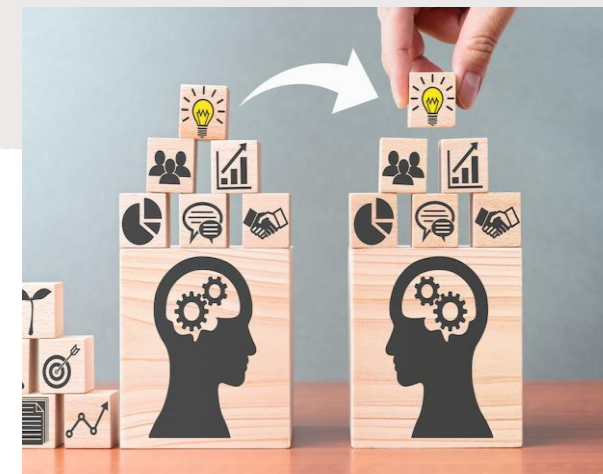
CENTRALITÀ DELLA PERSONA

Ogni individuo è considerato un patrimonio di qualità personali. La tutela della dignità della persona ed il riconoscimento di ogni sua risorsa gli consente di esprimere pienamente le sue potenzialità.



QUALITÀ DEI SERVIZI

L'organizzazione della RSA è un potenziale di umanità. La valorizzazione di ogni soggetto, sia residente che operatore, rappresenta lo stimolo perché tutti si attivino per migliorare la qualità di ogni singolo aspetto che riguarda la vita nella struttura: servizi, persone, relazioni, cultura. L'orientamento alla qualità è sostenuto da strumenti di valutazione ed è fondato su principi e norme di qualità riconosciute.



CULTURA E CONOSCENZA

Lo studio e la ricerca sono funzionali per approfondire i problemi del mondo dell'anziano, in modo da approfondire gli aspetti e le implicazioni nell'ambito sociale, affettivo, psicologico e legato alla salute.



INNOVAZIONE

Il Gruppo Spes cerca soluzioni avanzate in grado di realizzare servizi sempre più efficaci nel soddisfare i bisogni del singolo, attraverso una continua attività di ricerca e sviluppo. Lo sviluppo tecnologico e organizzativo sono patrimonio della cultura aziendale e punto di riferimento per l'azione quotidiana.



INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

La RSA è aperta al territorio nel quale è inserita: le attività dei servizi infatti prevedono il contributo delle risorse territoriali come il volontariato, i famigliari, gli enti locali e le associazioni. La RSA favorisce l'integrazione tra residenti e comunità.



IMPATTI AMBIENTALI

Gli obiettivi di miglioramento devono promuovere una progressiva mitigazione degli impatti ambientali, in particolare in tema di riduzione dei rifiuti prodotti, contenimento delle risorse e uso di risorse energetiche da fonti rinnovabili.

Assistenza domiciliare

La **cultura della domiciliarità** richiama il fondamentale obiettivo di garantire interventi atti ad assicurare la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, prevenendo, eliminando o riducendo le condizioni di malattia, disabilità e disagio. Promuovere la domiciliarità significa riconoscere nell'abitare in casa propria un principio insostituibile di identità e di padronanza della propria vita, puntare all'obiettivo di permettere la possibilità di mantenere vive le relazioni, le proprie radici, le proprie abitudini, il proprio passato anche a chi si trova in condizione di fragilità. La domiciliarità, inoltre, guarda anche al necessario supporto alle famiglie per consentire la migliore vita possibile, ed evitare l'isolamento, a tutte le persone che sono coinvolte: non solo quindi l'assistito, ma anche chi si prende cura di lui. La recente normativa nazionale e provinciale in tema di programmazione sanitaria e sociale si muove nella prospettiva di sviluppare azioni e interventi per allargare la rete di sostegno alla domiciliarità.

Le cure domiciliari costituiscono un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio assistenziali integrate fra loro. Possono usufruire del servizio le persone che, a causa di malattie invalidanti acute o croniche, non possono recarsi presso l'ambulatorio del medico di famiglia o dell'infermiere e che hanno bisogno di assistenza medica ed infermieristica continuativa e coordinata al loro domicilio.

Possono fruire degli interventi di assistenza domiciliare persone o nuclei familiari residenti nel Comune di Trento.

Costo del servizio

I costi, calcolati su tariffa oraria, vengono definiti e gestiti direttamente dal Comune di Trento ed in caso di servizi privati nel contratto da definire con la cooperativa.

Attivazione di servizi privati

Il servizio di assistenza domiciliare può essere richiesto anche direttamente dall'utente o dal familiare.

In questo caso è l'utente/familiare che definisce le ore di erogazione del servizio e ne sostiene *in toto* il costo.

Il Familiare e/o l'Utente definiscono con il Referente Tecnico le modalità di erogazione del servizio e il Piano di Lavoro.

Servizi



Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Questo servizio viene gestito per conto del Comune di Trento.

È rivolta a persone singole o nuclei familiari residenti sul territorio comunale che, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali ed essendo privi di una assistenza adeguata, necessitano di sostegno, in via temporanea o continuativa, in relazione al verificarsi di situazioni che comportino il rischio di emarginazione, con l'obiettivo di concorrere a:

- Mantenere, rafforzare e ripristinare l'autonomia di vita nella propria abitazione e nel nucleo familiare, anche promuovendo ed attivando le risorse interne al nucleo;
- Prevenire i rischi di disgregazione sociale e di isolamento e rimuovere le condizioni di emarginazione;
- Evitare collocamenti impropri in strutture residenziali e sanitarie e favorire gli eventuali rientri nella propria abitazione attraverso progetti di riabilitazione personale e relazionale mirati.

L'aiuto domiciliare e l'assistenza alla persona si compongono di tre tipi di attività:

- Cura ed aiuto alla persona (igiene personale);
- Governo della casa (riordino, pulizia dell'abitazione, degli effetti personali e del vestiario, spesa per i generi di prima necessità);
- Attività di sostegno psico-sociale e relazionale (accompagnamento per favorire i rapporti con l'esterno, promozione di forme di auto-aiuto).



Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Questo servizio viene gestito per conto dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

È una forma assistenziale finalizzata al mantenimento al domicilio di malati in alternativa al ricovero ospedaliero o in residenza sanitaria. Richiede un programma di assistenza integrato tra le diverse figure professionali, medico di famiglia, infermiere, eventualmente dell'assistente sociale e domiciliare, e, a giudizio del medico curante, di specialisti per valutare problemi di particolare complessità.



Assistenza Domiciliare Integrata – Cure Palliative (ADICP)

Questo servizio viene gestito per conto dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

È una forma assistenziale dedicata a pazienti con malattia in fase terminale. Obiettivo dell'assistenza è il mantenimento a domicilio sostenendo la migliore qualità di vita possibile per il paziente, mediante il controllo del dolore e degli altri sintomi legati alla malattia nonché il sostegno alla famiglia.



Assistenza domiciliare Persone con Demenza (ADPD)

Questo servizio viene gestito per conto dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Attualmente la risorsa più importante nell'assistenza ai malati affetti da demenza sono i *caregivers* informali, quasi sempre i familiari, persone che giorno dopo giorno sono sempre più sottoposti a forti carichi di stress fisico (la fatica dell'assistenza) ed emotivo (accettazione ed elaborazione della malattia).

Obiettivo principale dell'assistenza è quello di ridurre i disturbi del comportamento, primo motivo di inserimento in RSA, utilizzando strumenti diversi a seconda dei pazienti (ad esempio stimolazione fisica, cognitiva, supporto psicologico...).



Progetto Pilota «Reablement» – Riabilitare alla vita quotidiana

Questo servizio viene gestito per conto dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in convenzione con il Comune di Trento.

Si tratta di un intervento socio-sanitario intensivo, della durata di 6 settimane, destinato a persone con ridotta salute fisica o cognitiva o disabilità, altamente motivate a vivere in autonomia al proprio domicilio. Le persone che intendono aderire al progetto vengono aiutate a vivere in maniera più indipendentemente possibile attraverso l'apprendimento o il ri-apprendimento delle capacità necessarie per la vita quotidiana, prevenendo la dipendenza assistenziale.

L'*equipe* che si occupa del progetto è multidisciplinare, composta da terapisti occupazionali, fisioterapisti, infermieri di ASUIT che definiscono obiettivi ed un piano d'intervento che viene poi svolto da operatori socio-sanitari delle cooperative che espletano SAD socio assistenziale per il Comune di Trento. Si accede al servizio tramite segnalazione multidisciplinare.

Compartecipazione dell'utente su indicatore ICEF.



Le dimissioni protette

Questo servizio viene gestito per conto dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

La delibera del DG n. 621/18, prevede l'avvio del progetto di implementazione del nuovo modello organizzativo per l'integrazione territorio-ospedale-territorio.

ASUIT ha introdotto la funzione di regia dei processi di dimissione da reparti per acuti sul territorio verso tutte le risorse disponibili da parte dei Coordinatori di percorso.

L'obiettivo è quello di gestire la dimissione ospedaliera come un processo di pianificazione che si attiva all'atto del ricovero ospedaliero. La corretta programmazione garantisce che il paziente sia dimesso al tempo appropriato rispetto alla propria situazione clinica e che sia organizzata l'erogazione dei servizi post acuzie necessari.

Il servizio è rivolto a persone non in carico ADI/ADICP che non presentano disturbi comportamentali prima del ricovero e che necessitano di un piano di assistenza a domicilio. Necessaria la presenza di un *caregiver* (formale od informale) addestrabile con competenze assistenziali da sviluppare e disponibile a garantire continuità assistenziale.

L'*equipe* che si occupa del progetto è multidisciplinare, formata da MMG, infermieri, medici palliativisti, OSS delle cooperative per il supporto alla famiglia nella gestione e nell'addestramento alla gestione dell'assistenza.

Il servizio prevede un massimo di 20 ore settimanali per un periodo di 4 settimane, modulabili in base ai bisogni di utente e *caregivers*.

Il servizio viene attivato dal CDP Ospedaliero che inoltra a segnalazione al CDP Territoriale e PUA di riferimento.

Organizzazione del servizio

Presenza in carico degli utenti

Le segnalazioni dei casi possono avvenire su indicazione dell'assistente sociale, del medico di medicina generale o su richiesta diretta del cittadino o del familiare.

L'individuazione degli utenti del servizio di assistenza domiciliare spetta, per quanto concerne i servizi ADI - ADCP - ADPD, all'ASUIT; invece, il SAD ai Servizi Sociali.

L'ASUIT e/o il Servizio Sociale invia poi la richiesta di attivazione del servizio alle cooperative predisposte. La richiesta viene accolta dalla cooperativa di riferimento per quel caso e si avvia il processo operativo di erogazione del servizio.

Attivazione del servizio

Segue, da parte del Referente Tecnico, una visita a domicilio congiunta con le figure professionali previste nei diversi servizi, per la pianificazione dettagliata del piano di lavoro. In questa occasione viene presentata la cooperativa, le modalità organizzative e di lavoro, si forniscono i recapiti telefonici e tutte le informazioni necessarie.

Vengono illustrate al familiare le prescrizioni del servizio specificando soprattutto quali sono i divieti (per es. evitare interventi di tipo sanitario come la somministrazione di farmaci) e compiti del personale domiciliare. Concordati gli interventi e verificate le caratteristiche strutturali dell'abitazione, viene stilato il Piano di Lavoro e consegnato a tutte le assistenti domiciliari che seguiranno il caso.

Monitoraggio e verifica del servizio

Il Piano di Lavoro viene periodicamente monitorato e valutato attraverso visite domiciliari e/o riunioni d'*equipe* con le figure professionali coinvolte. Può essere modificato ogni qualvolta ve ne sia richiesta o necessità. Gli interventi previsti e gli obiettivi contenuti nel Piano di Lavoro sono sempre condivisi con l'utente e/o i *caregivers* di riferimento.

Sospensione e chiusura del servizio

L'erogazione del servizio di assistenza domiciliare può essere sospesa per un tempo concordato, sempre e solo su apposita valutazione da parte dell'ente affidatario.

L'erogazione del servizio di assistenza domiciliare può terminare a causa di motivazioni prestabilite ed autorizzate dall'ente affidatario.

Principali aree di intervento



Cura e aiuto della persona

- Igiene personale;
- Aiuto nel confezionamento, nella somministrazione e nella conservazione dei pasti;
- Collaborazione nell'attuazione di attività di assistenza alla persona in collaborazione con l'*équipe* socio-sanitaria di riferimento;
- Accompagnamento per lo svolgimento di commissioni d'interesse personale (ritiro pensione, visita medica).



Attività di sostegno psico-sociale e relazionale

- Accompagnamento per favorire i rapporti e i collegamenti con l'esterno secondo quanto previsto dai singoli progetti assistenziali personalizzati (accesso a servizi e alle strutture territoriali come ad esempio Centri Diurni, Centri Servizi, Circoli Anziani);
- Azioni volte a favorire il mantenimento di rapporti parentali ed amicali;
- Attività di supporto, raccordate a programmi integrati con i servizi di Salute Mentale, finalizzate alla stimolazione, al sostegno psico-relazionale ed all'integrazione sociale.



Governare la casa

- Riordino ed igiene dell'abitazione (sono esclusi interventi di risanamento igienico-sanitario e/o di disinfestazione che richiedono l'impiego di mezzi idonei e di personale specializzato);
- Pulizia degli effetti personali, del vestiario e della biancheria, lavatura, stiratura e rammendo;
- Spesa per generi di prima necessità;
- Altre incombenze e commissioni varie

Assistenza Domiciliare

L'erogazione del servizio di assistenza domiciliare viene gestito attraverso un continuo lavoro d'*equipe* tra le diverse figure professionali coinvolte.



Il lavoro d'equipe

Comitato Tecnico

Il Direttore di Unità Operativa (DUO) si avvale della collaborazione del Referente Tecnico e del Coordinamento, i quali compongono il cosiddetto Comitato Tecnico che ha cadenza settimanale.

Riunioni d'equipe con gli operatori domiciliari

Attraverso queste riunioni periodiche programmate con gli operatori territoriali, il Referente Tecnico riporta le informazioni raccolte nelle visite domiciliari effettuate con l'Assistente Sociale e le implementa con quelle degli operatori per verificare le prestazioni contenute nel Piano di Lavoro e procedere ad una sua eventuale revisione. A queste riunioni può essere richiesta anche la partecipazione delle figure professionali coinvolte nei servizi specifici (Assistente Sociale, Infermiere Territoriale, Psicologo).

Riunioni tra Referente Tecnico e le figure professionali coinvolte nei servizi specifici

Il raccordo principale tra la struttura della cooperativa ed il Servizio Sociale e/o l'ASUIT avviene attraverso la continua collaborazione tra il Referente Tecnico, l'Assistente Sociale, l'Infermiere Territoriale e con professionisti inseriti nella rete di assistenza, dove ritenuto opportuno. Oltre a momenti di verifica istituzionalizzati (riunioni, visite domiciliari), queste figure mantengono un contatto continuo (telefonate, mail) per analizzare i bisogni dell'utente e per redigere ed aggiornare costantemente il Piano di Lavoro Individualizzato, strumento base di pianificazione personalizzata delle attività e di lavoro per l'operatore a domicilio.

UVM

Il *Case Manager* partecipa, come referente per i casi del Progetto ADPD, all'Unità Valutativa Multidimensionale. In quella sede si determina preventivamente l'eleggibilità al servizio ADPD in base ai criteri definiti da normativa. L'*equipe* multidisciplinare (MMG, Assistente Sociale, Infermiere Territoriale, Specialisti Unità Valutativa Alzheimer, *Care Manager* ASUIT) definisce gli obiettivi generali del Piano Assistenziale Individualizzato ed i servizi da attivare. Periodicamente sono previste delle rivalutazioni dei casi seguiti indicativamente con cadenza semestrale.

Le figure professionali coinvolte



**Il Direttore di
Unità Operativa**

- Risponde alla Direzione Generale nella gestione dei servizi;
- Mantiene e garantisce continui rapporti con i Servizi Territoriali (ASUIT, Poli Sociali...);
- Coordina tutti i servizi e gestisce il personale;
- Monitora costantemente il servizio.



Il Coordinatore

- È la persona responsabile della programmazione della turnistica degli operatori e degli accessi agli utenti;
- Provvede alla sostituzione degli operatori;
- Mantiene un costante rapporto telefonico con gli utenti e con gli operatori;
- Lavora in sinergia con il Referente Tecnico.



**Il Referente
Tecnico**

- Mantiene e garantisce continui rapporti con il Servizio Sociale ed i servizi Integrativi;
- Attiva e mantiene costanti rapporti con gli utenti del servizio e con i *caregivers* di riferimento;
- Mantiene costanti rapporti con gli operatori domiciliari;
- Mantiene costanti rapporti con il Direttore dell'Unità Operativa.



**Operatore
Domiciliare**

- Eroga il servizio di assistenza domiciliare attenendosi agli obiettivi previsti dal PLI;
- Tiene monitorati i casi e riferisce costantemente al Referente Tecnico;
- Collabora con le altre figure coinvolte nel progetto;
- Settimanalmente riceve da parte dei coordinatori, la programmazione degli interventi da effettuare nell'arco della settimana;
- Partecipa alle riunioni d'*equipe* ed ai corsi di formazione programmati.



Psicologo

- Professionista responsabile degli interventi specifici sui *caregivers* (supporto psicologico e *counseling*), nonché, nei casi in cui ciò sia possibile, nella definizione dei programmi di stimolazione cognitiva degli utenti e formazione sul campo dei *caregivers* ed assistenti domiciliari;
- Il coinvolgimento di questa figura è previsto solo all'interno del servizio ADPD.



Fisioterapista

- Professionista dedicato alla definizione dei programmi di stimolazione motoria degli utenti e di formazione sul campo agli operatori socio-sanitari per la realizzazione dei programmi di intervento;
- Il coinvolgimento di questa figura è previsto solo all'interno del servizio ADPD.



Referente Tecnico Operativo

- Professionista responsabile dei casi per l'erogazione del servizio ADPD;
- Rappresenta il principale riferimento per i familiari e gli altri *caregivers* informali;
- Collabora continuamente con il *Case Manager* dell'ASUIT e partecipa all'UVM programmata sul caso;
- Il coinvolgimento di questa figura è previsto solo all'interno del servizio ADPD.

La qualità del servizio in RSA

Periodicamente il Referente Tecnico si confronta con il committente e ne registra il livello di soddisfazione. Inoltre, in occasione delle visite presso il domicilio degli utenti, verifica l'efficacia del servizio e rileva il grado di soddisfazione dell'utenza.



Soddisfazione dell'Utenza



La verifica degli indicatori

La verifica degli indicatori oltre al monitoraggio *in itinere* è garantita dalla stesura annuale del Bilancio sociale e di salute del servizio che presenta anche i progetti di miglioramento intrapresi nell'anno. Tali dati sono confrontabili di anno in anno evidenziando eventuali criticità o punti di forza del servizio erogato.

Gli indicatori

(Erogazione del servizio)

Erogazione del servizio	
Attivazione del servizio	Attivazione entro i tempi previsti dalle normative
Servizi mancati /non effettuati	Servizi non effettuati per responsabilità della Cooperativa
Gestione reclami	Presenza in carico entro 3 giorni lavorativi
Verifica periodica del piano di lavoro con accessi domiciliari e riunioni	Revisione del piano di lavoro (attestato in <i>software</i> 381) e verbali riunioni

Informazioni

Per ottenere informazioni generali sui servizi erogati l'utente si può rivolgere al Direttore dell'Unità Operativa dei Servizi Territoriali della cooperativa.



Trattamento dei dati personali

I dati personali e sensibili in possesso del Gruppo Spes, sono raccolti presso il Comune di residenza dell'interessato, presso l'ASUIT e direttamente presso l'interessato, per mezzo di acquisizione documenti o forniti in altro modo dall'interessato stesso o dai famigliari. Tutti i dati raccolti vengono trattati nel rispetto della normativa vigente e con la riservatezza necessaria.

Presso il Gruppo Spes è nominato il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP o DPO) contattabile presso la sede amministrativa del Gruppo ed all'indirizzo privacy@gruppospes.it.



I doveri dell'Utente e dei Famigliari

L'utente è tenuto a rispettare la professionalità dell'addetto dell'assistenza e a non chiedere interventi non presenti nel Piano di Lavoro.

Ai *caregivers* viene richiesto l'impegno a:

- Evitare comportamenti che creino disagio o disturbo al proprio familiare, nonché collaborare con il personale per un'efficace erogazione del servizio;
- Comunicare al Referente Tecnico tutte le informazioni che possono essere utili alla definizione, modifica o miglioramento del Piano di Lavoro rivolto all'assistenza del proprio familiare;
- Comunicare preventivamente al Referente Tecnico eventuali assenze dell'utente, qualora il familiare non sia in grado di farlo autonomamente.

A chi chiedere	Riferimento
Direttrice	anna.pedica@gruppospes.it
Ufficio	Tel 0461 825296
Mail	coordinamentosd@gruppospes.it
Sito internet	www.gruppospes.it

Reclami, Lamentele e Suggerimenti



La Direzione garantisce la presa in carico di ogni segnalazione, si tratti di reclamo, lamentela o suggerimento. In questo senso vi è l'impegno a fornire sempre e comunque risposta al mittente della segnalazione e, in caso di reclamo scritto, a rispondere sempre in forma scritta entro 15 giorni dal ricevimento.

In merito alla gestione dei reclami il sistema qualità prevede i seguenti passi:

- Valutazione preliminare del reclamo da parte del Direttore che decide sulla fondatezza o infondatezza del reclamo e, se necessario, contatta il mittente entro un massimo di 48 ore dal ricevimento della comunicazione;
- Nel caso in cui, successivamente alla valutazione preliminare, il reclamo risultasse fondato, il problema viene assegnato alla persona competente all'interno della residenza per la risoluzione;
- La persona che ha in carico il problema definisce e attiva tutte le azioni idonee a risolverlo.

L'impegno rimane comunque quello di risolvere tutti i problemi segnalati/evidenziati nel più breve tempo possibile.

Tutti i reclami pervenuti vengono inoltre esaminati dalla Direzione Generale del Gruppo Spes, nell'ambito delle attività di analisi dei dati previste dal sistema qualità.

La gestione dei servizi avviene attraverso l'utilizzo del **software 381** che permette la gestione di:

- Anagrafica degli utenti e stesura dei piani di lavoro;
- Anagrafica del personale;
- Programmazione delle attività e della turnistica al fine di ottimizzare la gestione delle risorse e la qualità del servizio.

A completamento del seguente documento viene considerata parte integrante la **tabella delle rette** e la **tabella degli indicatori**.