

C.D.D.

CENTRO DIURNO DISABILI "CERALACCA"

1. LE FINALITÀ

Le finalità del C.D.D. mirano **alla crescita evolutiva delle persone nella prospettiva di una progressiva e costante socializzazione**, con l'obiettivo da un lato di **sviluppare le capacità residue**, dall'altro di **operare per il massimo mantenimento dei livelli acquisiti**.

Il C.D.D., inoltre, costituisce **una struttura di appoggio alla vita familiare** necessaria per garantire alla famiglia di mantenere al suo interno la persona diversamente abile.

2. I DESTINATARI

Il servizio C.D.D. è rivolto a persone di entrambi i sessi con disabilità dipendente da qualsiasi causa.

Di norma l'età è compresa tra i 18 anni e i 65 anni, salvo casi eccezionali di inserimento di minorenni o di prosecuzione della frequenza oltre i 65, che devono essere derogati da ATS e concordati con la Cooperativa.

3. LE PRINCIPALI REGOLE DI FUNZIONAMENTO

Retta di frequenza

Il costo per la frequenza al servizio C.D.D. è coperto da:

- Una **quota sociale** assegnata ai residenti nei Comuni dell'Ambito Distrettuale e regolarmente iscritti alla frequenza della struttura. La retta sociale viene riconosciuta per la realizzazione di attività socioeducative ed assistenziali ed ha un valore definito per ciascuna giornata di iscrizione, per un n. massimo di accessi all'anno, a parte la quota del pasto. È nominale, non è trasferibile ad altri, non è monetizzabile ma dà diritto ad una prestazione; non sono previste forme di rimborso o compensazioni di prestazioni non fruite o fruite parzialmente. La spesa è coperta dal Comune di residenza che può decidere di applicare verso la famiglia il regolamento per la compartecipazione ai costi
- Una **quota sanitaria** giornaliera riconosciuta dalla Regione Lombardia sulla base del Si.di., che determina diversificati livelli di retribuzione tramite un sistema di classificazione dei livelli di assistenza con conseguente remunerazione giornaliera.

La quota non comprende:

- Il trasporto da e per il domicilio gestito dal proprio Comune di residenza
- Proposte di soggiorno residenziale il cui costo viene stabilito annualmente dalla Cooperativa
- Attività sia interne che esterne svolte avvalendosi di strutture e/o figure professionali specialistiche a pagamento
- L'accompagnamento degli utenti a visite specialistiche e/o esami medici (eventualmente valutabili su richiesta a pagamento)

Se la richiesta d'inserimento proviene da un residente extra provincia o extra regione la Cooperativa si riserva di valutarne l'inserimento e si impegna ad applicare la medesima quota di frequenza come previsto dal Bando di accreditamento del Piano di Zona di Mantova e la quota sanitaria stabilita dalla Regione Lombardia.

Rette applicate attualmente comprensive del pasto

	TEMPO PIENO	FREQUENZA PART-TIME 19-24 ORE	FREQUENZA PART-TIME 18 ORE
QUOTA SOCIALE	€ 50.22	€ 35.32	€ 27.59
QUOTA SANITARIA Stabilita dai criteri di classificazione dei bisogni assistenziali di Regione Lombardia	Classe 1: € 63.20	Classe 1 part-time orizzontale: € 31.60	
	Classe 2: € 59.50	Classe 2 part-time orizzontale: € 29.60	
	Classe 3: € 55.60	Classe 3 part-time orizzontale: € 27.80	
	Classe 4: € 51.80	Classe 4 part-time orizzontale: € 25.80	
	Classe 5: € 49.00	Classe 5 part-time orizzontale: € 24.60	

Calendario annuale

La persona può richiedere l'inserimento nel servizio:

- A tempo pieno, dal **lunedì** al **venerdì** dalle **8.30** alle **16.15**; il **giovedì** dalle **8.30** alle **12.30**.
- A tempo parziale, con un minimo di 18 ore settimanali, e con un orario da concordare insieme a seconda del progetto individuale.

Il Servizio è aperto da Gennaio a Dicembre per **230 giorni** (47 settimane).

I periodi di chiusura, solitamente in occasione delle festività Natalizie e del Ferragosto, non sono superiori a 15 giorni consecutivi.

Entro la fine dell'anno la Cooperativa consegna a ciascuna famiglia il calendario di apertura dell'anno successivo.

La giornata tipo

8.30/9.00	ARRIVO DEI MEZZI DI TRASPORTO DA CASA
9.00/9.30	RIUNIONE DI ACCOGLIENZA
9.30/11.45	ATTIVITÀ STRUTTURATE, INTERNE O ESTERNE ALLA STRUTTURA
11.45/12.15	IGIENE PERSONALE
12.15/13.30	PRANZO*
13.30/14.15	IGIENE PERSONALE/RIPOSO
14.15/15.45	ATTIVITÀ STRUTTURATE, INTERNE O ESTERNE ALLA STRUTTURA
15.45/16.00	PREPARAZIONE PER IL RIENTRO A CASA
16.00/16.15	ACCOMPAGNAMENTO AI MEZZI DI TRASPORTO PER CASA

*Per persone con difficoltà di deglutizione/disfagia il pranzo può essere anticipato e in ambiente protetto da stimoli esterni.

Proprietà del cliente

Vi possono essere nei servizi beni di proprietà dell'utenza, in particolare si tratta di:

- oggetti per l'igiene personale o cambi d'abito per attività che lo richiedono o per emergenze (conservati in armadietti personali);

- oggetti per attività varie;
- ausili per la motricità o altro (carrozine, deambulatori ecc.); **la manutenzione ordinaria e straordinaria degli ausili/presidi individuali è a carico della famiglia;**
- farmaci, conservati in cassette personali che sono riposte in un armadio apposito, tenuto sempre sottochiave. Per un corretto mantenimento, i farmaci possono ritornare al domicilio nei periodi di chiusura della Cooperativa.

4. LA PRESA IN CARICO

Ogni persona manifesta modalità e tempi diversi per familiarizzare con uno spazio nuovo, e quindi, nella piena consapevolezza di queste variabili, l'ambientamento avverrà in modo graduale e verrà invitata la persona a stare al centro senza famigliari per un tempo limitato che si protrarrà di giorno in giorno.

La presa in carico del nuovo ospite passa attraverso un'osservazione iniziale da parte di tutta l'equipe che individuerà, al suo interno, le diverse figure professionali che faranno da referenti avranno cura di osservare la persona nella quotidianità del servizio e di raccogliere informazioni al fine di elaborare una valutazione multidimensionale il più possibile completa e, in secondo momento, procedere con la stesura del Progetto Individualizzato.

Al fine di garantire interventi mirati al benessere della persona inserita il servizio richiede documentazione medica aggiornata periodicamente, in base alla tipologia di disabilità e patologie. La documentazione viene conservata all'interno del Fasas.

Il lavoro d'equipe

La vita del C.D.D. coinvolge figure professionali eterogenee per formazione ed esperienza che, lavorando in sinergia, sostengono gli utenti dal punto di vista assistenziale, sanitario, motorio ed educativo-relazionale. Il personale assunto dalla cooperativa è composto da un coordinatore, da educatori professionali, da infermieri, da fisioterapisti, da ausiliari socioassistenziali (ASA) e da operatori sociosanitari (OSS).

Concorrono a comporre l'equipe altre figure professionali: il medico neuropsichiatra ed in base ai progetti individuali possono collaborare altre figure professionali di supporto o specialistiche (musicoterapista, psicomotricista...).

L'equipe multidimensionale opera in sinergia per elaborare attività di gruppo che partono dai bisogni degli utenti.

Nel nostro contesto multidisciplinare vengono verificati e rielaborati gli obiettivi dei progetti individualizzati.

Tutta la documentazione della persona inserita viene conservata e correttamente archiviata all'interno del Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario (FASAS).

Ogni giovedì pomeriggio l'equipe è infatti impegnata nel lavoro di costante monitoraggio, verifica e riprogettazione dei progetti individualizzati e dell'organizzazione del servizio, oltre che in importanti momenti di consulenza e di formazione continua. Inoltre, durante l'anno sono previsti 3 momenti di PROGRAMMAZIONE ANNUALE di equipe durante i quali il servizio è chiuso all'utenza e solitamente sono così suddivisi:

Le programmazioni si suddividono in tre momenti nell'arco dell'anno:

- nel mese di **Gennaio** si dedicano 2 giornate alla stesura dei progetti individualizzati una giornata alla verifica intermedia;
- nel mese di **Maggio** è prevista 1 giornata di verifica intermedia
- nel mese di **Novembre** sono dedicati 2 giorni nei quali si verifica l'andamento dell'anno educativo trascorso, partendo dagli esiti dei progetti individualizzati.

Il personale

o Il **coordinatore** è responsabile, dirige e controlla il servizio nel suo complesso, dal punto di vista educativo, gestionale, organizzativo e di risorse umane. Si rapporta con l'équipe, gli utenti, le famiglie, i volontari, i tirocinanti, il responsabile tecnico e amministrativo, il coordinatore dell'altro servizio e gli Enti Pubblici. Individua, infine, possibili relazioni con enti e strutture del territorio per lo svolgimento delle attività.

○ L'**educatore** programma, gestisce, verifica gli interventi educativi volti al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dell'utente, promuove e organizza strutture e risorse sociali/sanitarie per la realizzazione del progetto educativo individualizzato, programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali nei servizi integrandosi con altre figure professionali e opera sulle famiglie e sul contesto sociale degli utenti per favorirne il miglior inserimento possibile.

○ L'**operatore socio sanitario (Oss) e l'ausiliario socioassistenziale (Asa)** svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona per il mantenimento/recupero del benessere psico-fisico nell'ambito delle proprie aree di competenza. Valuta l'utente da un punto di vista igienico-sanitario-assistenziale, in stretta collaborazione con la figura infermieristica, e redige un progetto assistenziale, lo monitora costantemente e lo verifica.

○ L'**infermiere** svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni infermieristici di ogni utente inserito in servizio attestati da certificato del medico curante (somministrazione farmaci, cateterismi, cambi stomia, somministrazione cibo e farmaci tramite PEG...); interviene per sostenere la persona nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e nell'espletamento delle sue funzioni personali essenziali in collaborazione con altri operatori preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale ed educativa.

○ Il **fisioterapista** valuta l'utente inserita nel servizio da un punto di vista motorio e redige un progetto fisioterapico sull'utente che necessita di riabilitazione continua (su indicazione di un medico competente). Fornisce inoltre consulenza all'equipe per un trattamento globale e continuo in ambito motorio e posturale.

Contribuiscono alla vita del servizio anche

- volontari in affiancamento al personale educativo-assistenziale
- tirocinanti provenienti da diverse scuole formative (università, scuole superiori...).

Il Progetto Individualizzato

Per ogni persona inserita nel C.D.D., l'equipe di lavoro elabora un P.I. "Progetto Individualizzato" quale strumento multidisciplinare che consente di garantire uniformità, continuità e specificità d'intervento, secondo un approccio personalizzato.

A partire da un'attenta osservazione nelle diverse aree di intervento, il progetto contiene obiettivi in ambito educativo, socioassistenziale, socio-relazionale, cognitiva, comportamentale, autonomie personali, riabilitativa e motoria.

Il rapporto con la FAMIGLIA

Nell'azione di cura, la famiglia è fondamentale per favorire, in stretta collaborazione con tutti gli attori, i processi di autonomia e d'integrazione sociale.

È necessario che essa sia concretamente sostenuta con interventi coordinati di diversa natura, che offrono risposte adeguate e mirate alle specifiche esigenze.

La famiglia è una risorsa che deve essere necessariamente sostenuta e valorizzata e, come servizio vengono agite strategie e pensati contenitori che aiutano a mantenere uno stretto rapporto con le famiglie dei ragazzi che seguiamo quotidianamente.

La "centralità della famiglia" è un principio fondamentale visto che il pensiero psico-pedagogico si fonda sulla presa in carico globale dell'utente. Questo significa che è indispensabile la partecipazione dei famigliari nella vita dei loro cari al centro.

La collaborazione si può concretizzare attraverso:

- riunioni generali;
- colloqui individuali con gli operatori di riferimento. In questa sede emergono le specificità di ogni situazione, c'è uno scambio diretto di opinioni, di intenti e soprattutto di finalità. Questa è l'occasione per condividere il progetto individualizzato, le attività specifiche e tutte le problematiche nascenti.

Ogni anno viene somministrato un questionario di gradimento rivolto a familiari: il pensiero del familiare è importante per un continuo miglioramento della qualità del Servizio.

Le attività

Le attività rappresentano lo “strumento” attraverso cui la relazione educativa si concretizza quotidianamente. La loro organizzazione e conduzione è garantita dagli operatori del servizio che, nel rispetto dell’individualizzazione del processo educativo, orientano i loro interventi. Le proposte educative vengono individuate dall’équipe educativa e condivise con l’utente, dove possibile, e con i familiari/amministratore di sostegno.

Le attività proposte fanno riferimento alle seguenti aree:

Area sanitario-assistenziale e di autonomia della cura personale

Per la valorizzazione e promozione della persona dal punto di vista igienico-sanitario.

Area cognitivo-comportamentale

Per favorire le abilità cognitive di base, l’apprendimento di nuovi contenuti, la rielaborazione dei vissuti, la promozione di abilità espressive ed emotive attraverso strumenti e strategie comunicative diversificate.

Area socializzante-relazionale e occupazionale

Per favorire l’esplorazione del territorio e per vivere esperienze con il gruppo dei pari, si promuovono abilità sociali e occupazionali e pseudo-lavorative (dove possibile); si realizzano inoltre attività che favoriscano l’espressione manuale ed emotiva.

Area Motoria

Per il mantenimento, la valorizzazione e promozione delle personali capacità motorie attraverso l’utilizzo di stimolazioni di carattere diverso.

Area riabilitativa

Per trattamenti specialistici con presentazione di prescrizione medica; al momento per il Cdd è prevista la fisioterapia.

Durante l’anno potrebbe essere prevista l’attività di **soggiorno** che consiste nell’opportunità di trascorrere un’esperienza residenziale di alcuni giorni consecutivi in un luogo diverso dalla propria abitazione senza le figure parentali di riferimento, accompagnati dagli operatori dei servizi e se necessario da altre figure di supporto. È un’attività progettata per creare momenti e relazioni a valenza educativa ricreativa e di esperienza personale, fuori dall’ambiente familiare. Il soggiorno residenziale è a tutti gli effetti un’attività che risponde agli obiettivi del progetto individualizzato quindi la partecipazione allo stesso viene concordata con l’utente se possibile e con il care giver anno per anno.

La Stimolazione Basale

Tutto il personale del C.D.D. ha effettuato la formazione di base e di Primo Livello della Stimolazione Basale e adotta questo approccio pedagogico e terapeutico nella quotidianità del servizio e in attività strutturate svolte anche grazie ad un carrello multisensoriale dotato di apparecchiature e strumentazioni tipiche delle stanze Snoezelen.

“L’obiettivo principale della Stimolazione Basale è di promuovere lo sviluppo individuale delle persone con disabilità psicofisica grave e gravissima.

Il termine “stimolazione” è da intendersi come modalità di **promozione dello sviluppo della persona** e non come semplice offerta di stimoli. La parola **Basale** è stata scelta per precisare che si tratta di un percorso elementare e fondamentale. Si desidera far riscoprire alla persona con disabilità sensazioni e vissuti primari che ogni uomo avverte fin dall’inizio del concepimento e che sperimenterà per tutta la vita.

Questo approccio pedagogico permette alle persone interessate, malgrado la loro disabilità, di ritrovare una **motivazione di relazione e partecipazione** nel loro cammino di crescita personale. La Stimolazione Basale deve essere considerata in tutti gli aspetti della quotidianità della persona.”¹

¹ Dal sito www.stimolazionebasale.it

5. IL RACCORDO CON I COMMITTENTI

Annualmente: il servizio presenta al Comune di residenza delle persone inserite una relazione sullo stato del progetto individuale. Gli uffici amministrativi inviano in regione la scheda struttura relativa all'anno precedente.

Mensilmente: l'amministrazione fornisce al comune di residenza un rendiconto da allegare alla fattura con il numero delle presenze effettive degli utenti; all'ATS una fattura di acconto rispetto alla quota sanitaria.

Il servizio rendiconta costantemente lo stato aggiornato delle classificazioni S.I.Di. e i giorni di assenza dell'utenza; per garantire un controllo incrociato dei dati, anche l'amministrazione fattura trimestralmente ATS le effettive presenze degli utenti.

6. RIFERIMENTI

Coordinatrice del Servizio: Dott.ssa Silvia Baggio

Telefono: 0376 438804 interno 1 – 340 5832833

E-MAIL: cddstazione@cooplastazione.it

Sede: Via Prato Bersaglio 1/b 46014 – Castellucchio – Mantova