

# CARTA DEI SERVIZI

## Cure Domiciliari “C-Dom”



Il presente documento pubblico fornisce ai cittadini indicazioni sui modi, sulle forme e sui tempi di attivazione e di funzionamento del servizio C-Dom, come richiesto dalla DGR N. X/2569 del 31/10/2014 e dalla DGR N. 6867 del 02/08/2022 della Regione Lombardia. Illustra altresì i servizi offerti all'utenza da Cosper, gli obiettivi che si pone, la filosofia di pensiero e di azione che persegue.

Annualmente la CARTA dei SERVIZI viene aggiornata e diffusa ai fruitori diretti del Servizio C-Dom, alle loro famiglie, agli operatori dei servizi pubblici che desiderano conoscere il servizio in modo più approfondito

Cosper è una cooperativa sociale nata dall'unione di tre storiche cooperative di Cremona: Ginestra, Iride e Prontocura. Aderisce a Consorzio Sol.Co Cremona e al Gruppo Cooperativo CGM.

Profondamente legata al suo territorio, opera essenzialmente per il benessere e la qualità della vita delle persone in condizioni di fragilità attraverso l'erogazione di servizi sanitari, socio sanitari ed educativi.

Cosper lavora a stretto contatto con le pubbliche amministrazioni, la Regione e le istituzioni sanitarie. Facendo seguito al lavoro delle cooperative da cui nasce, Cosper attiva in diverse aree di azione:

- **ASSISTENZA DOMICILIARE**
- **ANZIANI**
- **MINORI E FAMIGLIA**
- **SALUTE MENTALE**
- **ADULTI E FRAGILITÀ**

**Cosper** è accreditata da Regione Lombardia per l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ed è certificata UNI EN ISO 9001:2015

## **CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI**

Per Cure domiciliari (C-Dom) si intende l'intervento, a domicilio del paziente, di personale altamente qualificato: Infermieri Professionali, Terapisti della Riabilitazione, personale addetto all'igiene del paziente (ASA/OSS) ed altri operatori sanitari (medici specialisti, psicologo, educatori professionali, terapisti occupazionali, ecc.) secondo un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale).

L' C-DOM è un sistema di interventi e servizi sanitari e socio-sanitari gratuita (ai sensi della normativa regionale lombarda e nazionale D.P.C.M. 29/11/2001 ed al D.P.C.M. 14/02/01) rivolta a **persone in situazioni di fragilità**, senza limitazioni di età o di reddito, caratterizzate da:

- non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo;
- non deambulabilità presso i presidi sanitari ambulatoriali.

Nel momento in cui il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia del paziente ritenga necessaria l'attivazione delle Cure Domiciliari per assistenza infermieristica, rilascerà all'utente/familiare la richiesta di attivazione, formulata sul Ricettario Regionale, specificando la tipologia del bisogno di Cure Domiciliari.



Sedute di logopedia	Cura delle patologie della voce, del linguaggio scritto e orale e della comunicazione, anche dell'uso della lingua dei segni come il bilinguismo, in età evolutiva, adulta e geriatrica. Cura dei disturbi cognitivi connessi con la comunicazione.
Sedute di terapia occupazionale	Valutazione e trattamento per lo sviluppo, il recupero e/o il mantenimento delle competenze della vita quotidiana e lavorativa delle persone con disabilità cognitive, fisiche, psichiche tramite attività specifiche. Individuazione ed eliminazione di barriere ambientali per incrementare l'autonomia e l'indipendenza e la partecipazione alle attività quotidiane, lavorative, sociali.
Interventi di tipo educativo/relazionale	Interventi educativi riguardanti la relazione sia istituzionalizzata sia informale, con attenzione ai diversi contesti di vita del soggetto.
Servizi socio assistenziali con personale A.S.A. e O.S.S.	Igiene personale completa Igiene personale parziale Spugnature a letto Supervisione assunzione farmaci Attività relazionale e sostegno al benessere psico-fisico dell'assistito
Consulenze medico specialistiche:  <b>Geriatriche</b>  <b>Fisiatriche</b>  <b>Psicoterapeutiche</b>	Visite a domicilio:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• la <b>visita geriatrica</b> pone come suo obiettivo la valutazione complessiva dello stato di salute dell'ultrasessantacinquenne. Il suo scopo è individuare, attraverso una serie di valutazioni, un percorso assistenziale volto a mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza del paziente.</li> <li>• La <b>visita fisiatrica</b> si occupa della diagnosi, terapia e riabilitazione della disabilità conseguente a varie malattie invalidanti. Si tratta soprattutto di malattie che comportano una limitazione dell'attività e restrizione della partecipazione alla vita attiva, attraverso la riduzione della funzione motoria, cognitiva o emozionale.</li> <li>• La <b>visita dello psicologo</b> è volta ad interventi di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e sostegno in situazioni di disagio emotivo.</li> </ul>
<b>SERVIZIO DI TELEMEDICINA</b>	Le prestazioni che possono, ad oggi, essere erogate attraverso questa modalità sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ visita medica di controllo (televisita)</li> <li>▪ colloquio psicologico paziente/famiglia (teleassistenza)</li> <li>▪ trattamento di fisioterapia (teleriabilitazione)</li> </ul> Le prestazioni da remoto possono essere erogate, solo da professionisti sanitari, attraverso strumenti che consentono di interagire con il paziente mediante collegamenti audio/video da remoto, condividendo documentazione medica aggiuntiva a quella già presente nel Fascicolo Sanitario dello stesso utente. Tale modalità di erogazione del servizio prevede l'adesione del paziente, che deve essere correttamente informato sulle modalità di effettuazione della prestazione, quali professionisti saranno coinvolti e come verranno gestite le informazioni e i dati

	<p>personali. All'adesione deve però fare seguito la disponibilità di device, connessione internet e contatto telematico secondo le specifiche richieste da Cospes s.c.s., oltre che le necessarie competenze di base sull'uso dei medesimi da parte dell'utente/caregiver. Laddove questi requisiti non fossero presenti le prestazioni verranno erogate in modalità tradizionale. Cospes s.c.s. garantisce il rispetto degli standard di sicurezza circa le modalità di trattamento dei dati personali secondo il GDPR – Regolamento Europeo n.679/2016.</p>
--	--

## **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Cospes s.c.s. propende a consolidare il rapporto con gli operatori sanitari e socio-sanitari, sia dipendenti che liberi professionisti, al fine di ridurre, per quanto possibile, il turnover del personale, a garanzia di una adeguata continuità assistenziale e cura dei pazienti  
La cura della continuità assistenziale passa anche attraverso ulteriori obiettivi:

- cura della relazione tra operatore e utente, favorendo una continuità di prestazione, resa il più possibile dagli stessi operatori,
- garanzia di copertura del servizio in caso di emergenza (maltempo, malattia/infortunio improvviso degli operatori, ecc.) per tutte le prestazioni non differibili a giudizio dell'ente.

In caso di avvicendamento programmato tra un operatore ed un altro nel percorso di cure domiciliari l'organizzazione garantisce la continuità assistenziale attraverso incontri preliminari tra i due operatori (trasferimento di informazioni su percorso assistenziale) o, laddove la situazione lo richiedesse, attraverso la possibilità di effettuare uno o più accessi in copresenza simultanea.

In caso di trasferimento (temporaneo e/o permanente) del paziente in struttura sanitaria o socio sanitaria per aggravamento del quadro clinico o perdita dell'autonomia Cospes collabora con i nuovi referenti della presa in carico attraverso lo scambio di informazioni sul quadro clinico del paziente e sul percorso assistenziale domiciliare, sempre nel rispetto delle vigenti normative relative alla tutela della privacy degli utenti.

COSPER s.c.s. garantisce, inoltre, la continuità dell'assistenza fornendo il servizio socio-sanitario per un numero non inferiore a 49 ore di assistenza domiciliare distribuite 7 giorni su 7, in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individualizzati in corso.

## **CHIUSURA ASSISTENZA**

Il termine dell'assistenza può avvenire in caso di guarigione del paziente, trasferimento in struttura di riabilitazione o residenza sanitaria assistenziale.

L'operatore sanitario provvederà alla compilazione completa, in ogni sua parte, del PAI di chiusura, anche sul foglio diario l'operatore sanitario dovrà indicare la data dell'ultimo accesso effettuato, motivando la chiusura dell'assistenza.

Ritirerà la cartella domiciliare in originale, ne verificherà il contenuto – che dovrà comprendere tutti i fogli diario – e la consegnerà allo staff C-Dom del servizio.

In caso di decesso del paziente, sarà cura dello STAFF C-Dom inviare un addetto presso il domicilio – previo accordo con familiare o care-giver – per ritirare la cartella domiciliare; dovrà essere indicata sul foglio diario la data del ritiro del fascicolo e la motivazione della chiusura dell'assistenza.

I FASAS relativi ad assistenze chiuse nell'anno, vengono conservati ed archiviati negli armadi presso l'ufficio operativo C-Dom della Cooperativa COSPER s.c.s.

## **MODALITA' DI SEGNALAZIONE DEI DISSERVIZI**

In caso di insoddisfazione rispetto al servizio erogato dal personale incaricato da Cosper il cittadino è invitato ad utilizzare il modulo di segnalazione all'ente, allegato alla presente Carta dei Servizi, e di restituirlo all'operatore o inviarlo a mezzo mail presso l'ufficio operativo.

Sarà premura del Coordinatore del servizio, entro 5 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione, contattare l'utente telefonicamente e/o per iscritto qualora lo ritenga opportuno.

Altra modalità di segnalazione è quella utilizzabile tramite il link <http://www.cosper.coop/segnalazioni-e-o-reclami/>

## **RILEVAMENTO DELLA SODDISFAZIONE DEL CITTADINO**

Ai fini della valutazione della qualità del servizio erogato, Cosper richiede la gentile compilazione, in forma anonima, di un questionario per l'analisi della soddisfazione degli utenti.

La restituzione dei moduli può avvenire tramite gli operatori sanitari/socio-sanitari oppure tramite mail agli indirizzi sotto riportati.

## **COPIE CONFORMI DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Ogni paziente dispone di un proprio Fascicolo Personale (FASAS) in cui sono raccolte tutte le informazioni rilevanti per la cura e presa in carico della persona e che contiene tutti gli interventi effettuati nel corso del programma di Cure Domiciliari.

Per richiedere copia conforme è necessario che il titolare dei dati, o persona delegata formalmente, ne faccia richiesta scritta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

L'URP darà le dovute informazioni sui tempi di consegna e sulla quota da corrispondere per il rilascio. In ogni caso la documentazione sarà disponibile entro un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricezione della richiesta scritta.

## **COME CONTATTARCI:**

COSPER riceve le richieste di nuove assistenze per Cure Domiciliari esclusivamente via telefono o via email ai seguenti contatti :

### **Ufficio Cure Domiciliari ( Sede operativa)**

Lunedì-venerdì dalle 8,30 -16,00 orario continuato

Telefono 0372-415639

Cellulare 335-1259955

Mail: [adi@cosper.coop](mailto:adi@cosper.coop)

Attiva Segreteria Telefonica 7 giorni su 7 - extra orario lavorativo: 0372-415639

### **Ufficio Cure Domiciliari (Sede amministrativa):**

Telefono: 0372-415633 dal lunedì al venerdì: 8.30 -17,30 orario continuato

Mail: [amministrazione@cosper.coop](mailto:amministrazione@cosper.coop)

### **Per informazioni/reclami**

Tel: 0372/415639

Mail: [adi@cosper.coop](mailto:adi@cosper.coop)

Il questionario viene compilato in data: \_\_/\_\_/\_\_

dall'utente  con l'aiuto dei familiari  con l'aiuto di un operatore  da un intervistatore esterno  
e poi  riconsegnato agli operatori  spedito per posta  altro .....

**N.B. E' OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE DEI CAMPI EVIDENZIATI:** per ogni domanda apporre la crocetta su un solo quadratino di risposta (laddove è possibile è lasciata la facoltà di più risposte)

### AREA INFORMAZIONE

#### 1. E' SODDISFATTO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE SUL SERVIZIO C-DOM?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AREA CONTINUITA' E ASSISTENZA

#### 2. DAL PUNTO DI VISTA PRATICO L'INFERMIERE/TERAPISTA/OPERATORE SOCIO-SANITARIO HA SODDISFATTO LE SUE ESIGENZE?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In particolare:

Come ritiene l'attesa fra la prenotazione delle cure ed il primo appuntamento?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Breve            | <input type="checkbox"/> Abbastanza breve |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza lunga | <input type="checkbox"/> Troppo lunga     |

Quanto ritiene che le informazioni ricevute sul programma delle cure siano chiare e complete?

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per nulla  | <input type="checkbox"/> Poco  |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza | <input type="checkbox"/> Molto |

E' a conoscenza del suo programma di cure?

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per nulla  | <input type="checkbox"/> Poco  |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza | <input type="checkbox"/> Molto |

Gli operatori le hanno insegnato ad affrontare con più autonomia la situazione?

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per nulla  | <input type="checkbox"/> Poco  |
| <input type="checkbox"/> Abbastanza | <input type="checkbox"/> Molto |

### ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

#### 3. E' SODDISFATTO IN GENERALE DELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO C-DOM?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In particolare:

Quanto si ritiene soddisfatto degli orari per gli appuntamenti?

<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto

E' importante per lei che l'operatore sia lo stesso?

<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto

La turnazione degli operatori le ha creato difficoltà?

<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto

### AREA RELAZIONALE

#### 4. E' SODDISFATTO DEL RAPPORTO CHE SI E' CREATO CON L'OPERATORE CHE SI E' OCCUPATO DI LEI?

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In particolare:

Quanto è soddisfatto della cortesia dimostrata dagli operatori?

<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto

Quanto è soddisfatto della disponibilità degli operatori?

<input type="checkbox"/> Per nulla	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto

**5. E' SODDISFATTO DELLA CORTESIA E DELLA DISPONIBILITA' DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO CHE LE RISPONDONO AL TELEFONO?**

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. NEL COMPLESSO QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO DEL SERVIZIO C-DOM?**

Per nulla soddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EVENTUALI OSSERVAZIONI

**Nel ringraziarLa della cortese collaborazione, si informa che i risultati della presente indagine saranno resi noti annualmente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico di questa struttura e potranno essere messi a sua disposizione.**

**La Direzione**

Gentile Utente

È per la nostra Cooperativa importante avere uno scambio di informazioni con Lei in merito alla qualità del servizio fornitoLe dal nostro personale. Utilizzi quando lo ritiene opportuno il modulo allegato per segnalarci ogni criticità o elemento che ritiene particolarmente positivo.

La nostra Cooperativa si impegna ad analizzare ogni indicazione ricevuta al fine di migliorare la qualità dei propri servizi; se desidera essere ricontattata/o La preghiamo di lasciare nominativo e numero di telefono.

La ringraziamo sin d'ora.

La Direzione

RECLAMO  SUGGERIMENTO   
RILIEVO  ELOGIO

### Evento segnalato

Descrivere i fatti, i luoghi e i tempi oggetto della segnalazione, eventuali richieste e suggerimenti.

La nostra Cooperativa si impegna nell'analizzare ogni indicazione ricevuta al fine di migliorare la qualità dei propri servizi; se desidera essere ricontattata/o La preghiamo di compilare la parte sotto riportata.

### Dati di chi effettua la segnalazione

Cognome Nome

Tel

### Dati della persona per la quale si effettua la segnalazione se non è il diretto interessato a farlo:

Cognome Nome

Eventuale grado di parentela o altro (es.  
Tutore, Amministratore di sostegno)

### **Informativa ai sensi degli articoli 13 e seguenti Regolamento 2016/679/UE in materia di protezione dei dati personali**

Cosper s.c.s. Impresa Sociale, Titolare del trattamento, La informa che, ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, i Suoi dati saranno trattati per le sole finalità di assistenza/gestione dei reclami.

**Parte riservata all'Ufficio**

Modalità di ricezione della comunicazione:

- Verbale       Con modulo       Telefonica  
 e-mail       Fax       Internet

Ricevuta da :

- Operatore  
 Coordinatrice/ore  
 Responsabile di Area

Esito:

- Problema risolto  
 Necessari approfondimenti

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Per la risposta al cittadino si trasmette la segnalazione a URP**

**Analisi del reclamo e azioni intraprese:**

Data \_\_\_\_\_ Firma del Coord. e/o R.A \_\_\_\_\_