

CARTA DEI SERVIZI

EROGAZIONE VOUCHER

SOCIOSANITARIO

MISURA B1

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 con il Comune di Cremona, l'Azienda Sociale Cremonese, per i Comuni del distretto di Cremona, e con la Comunità Sociale Cremasca per Crema per i Comuni del distretto di Crema.

Cosper ha ottenuto la certificazione di qualità per i servizi erogati secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015

A CHI SI RIVOLGE IL SERVIZIO

La Misura B1 è un sostegno alla persona non autosufficiente e con disabilità gravissima, e al suo caregiver familiare (persona/familiare che assiste e si prende cura di un individuo con disabilità gravissima).

Si realizza attraverso l'erogazione di un contributo economico mensile ed eventuale voucher sociosanitario, per promuovere il benessere e la qualità di vita, per favorire la domiciliarità e l'inclusione sociale.

La Misura B1 è destinata alle persone di qualsiasi età che si trovino in:

1. condizione di disabilità gravissima. Le persone con disabilità gravissima sono coloro che si trovano in una delle condizioni elencate nel Decreto interministeriale Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) anno 2016, all'art 2, comma 2, lettere da a) ad i), riconfermate all'art 2, comma 2 del D.P.C.M. 21/11/2019;
2. assistite a domicilio, di qualsiasi età;
3. beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla l. n. 18/1980 oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/2013;
4. residenti in Lombardia;
5. con ISEE sociosanitario fino a € 50.000 per adulti/anziani e con ISEE ordinario fino a € 65.000,00 se minori.

MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO

Per ottenere i contributi (buono/voucher) previsti dalla misura B1 occorre presentare formale domanda presso la propria ASST di residenza utilizzando l'apposita modulistica.

Le domande verranno indirizzate dall'ASST a una équipe di operatori esperti, che previa valutazione multidimensionale delle condizioni della persona, anche effettuata presso il domicilio, predisporrà il Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato, che prevede la descrizione degli interventi da sostenere con i buoni e i voucher previsti dalla Misura B1. L'erogazione dei contributi e dei voucher avviene da parte dell'ATS Val Padana, a fronte del Progetto definito dall'ASST e previa verifica del mantenimento dei requisiti dei beneficiari.

Gli strumenti sono rappresentati dal contributo economico (buono) erogato dall'ATS e da contributo in prestazioni/servizi (voucher socio-sanitario) erogati da Enti accreditati sociosanitari o sociali a contratto con l'ATS.

Il voucher sociosanitario è un titolo di acquisto, non in denaro, che può essere utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di assistenza sociosanitaria da parte degli enti erogatori accreditati con ATS. Viene introdotto con la D.G.R. 424 il "budget di progetto" calcolato sulla base dei mesi previsti di presa in carico con conseguente superamento del modello di voucher mensile. Possono essere attivate le seguenti tipologie di voucher:

- **Voucher Sociosanitario mensile a favore di persone adulte/anziane** del valore di: 250€ a cui corrispondono il n° di interventi/ore (range 7-12) oppure 460€ a cui corrispondono il n° di interventi/ore (range 13-18) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST.
- **Voucher Sociosanitario mensile a favore di minori** del valore di: 350€ a cui corrispondono il n° di interventi/ore (range 10-14) oppure 600€ a cui corrispondono il n° interventi/ore (range 15-22) e forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST; il voucher ha validità annuale.

In un secondo momento, il Case Manager assegnato dalla ASST, provvederà, assieme alla famiglia, a contattare le cooperative accreditate per l'erogazione del voucher sociosanitario.

Ciascun cittadino è libero di scegliere Cosper come altre entri accreditati per l'erogazione del servizio.

Il servizio di erogazione del voucher sociosanitario per persone non autosufficiente e con disabilità gravissima (misura B1) di Cosper è accreditato con il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia.

L'erogazione del Voucher B1 può avvenire nei territori accreditati afferenti ad:

A.S.S.T. Cremona
A.S.S.T. Crema

PERSONALE

L'equipe multidisciplinare è composta da :

- Assistente Sociale
- Psicologo
- Infermieri
- Fisioterapisti
- Educatori/trici Socio pedagogici
- O.S.S. operatrice/ore socio-sanitario
- A.S.A. ausiliaria/o socio-assistenziale

Tutti gli operatori sono in possesso dei titoli professionali richiesti.

SERVIZI OFFERTI

- Interventi di sollievo al Caregiver
- Supporto alle relazioni familiari
- Gestione comportamento problema
- Interventi di trainer, monitoraggio al caregiver per la gestione delle attività di cura
- Interventi volti all'adattamento delle capacità della persona all'ambiente di vita per potenziare l'autonomia e la partecipazione al quotidiano
- Interventi per favorire l'inclusione sociale
- Igiene parziale e/o totale della Persona

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; altra modalità è la segnalazione attraverso il link dedicato sul sito www.cosper.coop.

Sarà premura del Coordinatore del servizio contattare l'utente telefonicamente e/o per iscritto per valutare quanto segnalato.

RILEVAMENTO DELLA SODDISFAZIONE DEL CITTADINO

Ai fini della valutazione della qualità del servizio erogato, Cosper richiede la gentile compilazione di un questionario per l'analisi della soddisfazione degli utenti con cadenza annuale oppure a conclusione dell'assistenza.

COME CONTATTARCI:

Telefono 0372-458146

Orario Ufficio: dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 14:00

Mail: info@cosper.coop

Resp. Area Non Autosufficienza: dott. ssa Anna Facchini

Coordinatori per il servizio adulti/anziani: Assistente Sociale dott. Jacopo Zanotti

Coordinatrice per il servizio Minori: dott. ssa Moruzzi Alice

Per informazioni/reclami

Tel.: 0372-415633 Mail: info@cosper.coop

Via Bonomelli, 81 - Cremona

Orari ufficio: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 17:00

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

- dall'utente con l'aiuto dei familiari da un familiare 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

INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME E NOME dell'utente (facoltativo) _____

Sesso M F Età in anni _____

Nazionalità italiana straniera

1 AREA INFORMAZIONE

E' soddisfatto delle informazioni ricevute dalla nostra organizzazione sul servizio erogato tramite voucher B1?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le informazioni ricevute sul servizio sono risultate chiare e complete?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ritiene soddisfatto per la conoscenza acquisita rispetto al tipo di servizio che le è stato erogato?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. AREA OPERATORI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Dal punto di vista pratico, l'operatore inviato dalla cooperativa ha soddisfatto le sue esigenze?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso di sostituzione dell'operatore, laddove la sostituzione fosse prevista, l'assistenza ricevuta ha comunque soddisfatto le sue esigenze?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto è soddisfatto per l'aiuto ricevuto dagli operatori per affrontare con maggiore autonomia la sua situazione di bisogno?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. AREA ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

E' soddisfatto in generale dell'organizzazione del servizio offerto tramite voucher B1 ?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E' soddisfatto dell'attesa tra la richiesta dell'intervento ed il primo appuntamento?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto si ritiene soddisfatto degli orari degli interventi domiciliari?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E' soddisfatto del rispetto di giorni ed orari concordati da parte del nostro personale?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. AREA RELAZIONALE

E' soddisfatto del rapporto con l'operatore che si è occupato di lei ?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto è soddisfatto della professionalità dimostrata dagli operatori?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto è soddisfatto della disponibilità degli operatori?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	soddisfatto	molto soddisfatto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SODDISFAZIONE COMPLESSIVA - EFFICIENZA EFFICACIA DEL SERVIZIO

Nel complesso quanto si ritiene soddisfatto del servizio erogato tramite voucher B1?

Per nulla soddisfatto	soddisfatto in parte	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.

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.