

ALLEGATO ALLA CARTA DEI SERVIZI

QUALITA' DEL SERVIZIO E MECCANISMI DI VERIFICA E DI TUTELA

CRITICITA' ED AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Il miglioramento continuo di questo servizio è una **meta** e, nello stesso tempo, un **metodo di lavoro** comune che l'equipe operativa del ASS. Opere Caritative Francescane ODV – Casa Alloggio “Il Focolare” si prefigge e si impone di realizzare.

E' in questo senso, infatti, che viene svolto un **costante lavoro di verifica**, a cadenza quadrimestrale, dell'andamento complessivo di tutta questa progettualità al fine di:

- Confrontare i valori attesi e previsti con quelli rilevati e raggiunti;
- Evidenziare gli elementi di forza e di criticità;
- Individuare/proporre le possibili strategie da mettere in atto per migliorare la qualità degli interventi;
- Ridefinire la validità degli obiettivi indicati, la metodologia operativa, gli strumenti di attuazione e la collocazione di questo servizio nella rete delle risorse territoriali;
- Monitorare e/o riformulare i Programmi-Patti Individuali di Accoglienza.

Relativamente a questo ultimo obiettivo è stata appositamente elaborata, costruita e predisposta una opportuna **“Cartella Personale e Piano Assistenziale Individualizzato”** (vedi documento A) quale strumento in grado di:

- Valutare i reali bisogni personali di cura, assistenza, protezione e recupero-sostegno dell'autonomia per poi valutare l'appropriatezza degli interventi individuali attivati;
- Monitorare, aggiornare e valutare costantemente l'evoluzione dei singoli Programmi Individuali di Accoglienza al fine di verificare, adattare e/o ridefinire – periodicamente e congiuntamente con i membri della Unità Funzionale Territoriale Hiv/Aids e con i Servizi Sociali di riferimento – gli stessi programmi ed i possibili percorsi di reinserimento;
- Annotare e sintetizzare le cure e i trattamenti effettuati e accompagnare tutti i percorsi di accoglienza delle persone accolte, compresi i momenti di ricovero e/o di successiva autonomizzazione.

Tutto questo attraverso un costante **lavoro settimanale d'equipe** e di **supervisione operativa** che, grazie al coinvolgimento di un supervisore esterno, mira a verificare costantemente l'idoneità del lavoro svolto rispetto agli obiettivi indicati, a sostenere tutte le professionalità impiegate e a consolidare e migliorare le modalità del lavoro comune, l'analisi di qualità dei processi e la gestione delle dinamiche interpersonali e interprofessionali. A questa continua verifica, inoltre, si affianca una **supervisione di tipo metodologico** finalizzata alla valutazione delle strategie operative e alla valutazione complessiva del progetto (Valutazione della Qualità).

POLITICA E GARANZIA DELLA QUALITA'

Al fine di supportare l'attività del Gruppo di Lavoro coinvolto in questo progetto ASS. Opere Caritative Francescane O.D.V. – Casa Alloggio “Il Focolare” ha adottato una vera e propria politica di **Valutazione della Qualità** che, **costantemente ed annualmente**, si propone di svolgere una attenta azione di monitoraggio, di valutazione e di catalogazione delle varie attività svolte/realizzate (out come – cosa facciamo) e degli esiti/risultati raggiunti (output – cosa otteniamo) e che garantisce una continua azione di miglioramento dello stesso servizio offerto anche attraverso la prevenzione degli elementi dequalificanti.

Nello specifico di questa Casa Alloggio è stato così elaborato, costruito e predisposto un innovativo strumento per l'analisi e la misurazione della qualità dei servizi offerti: una **“Griglia di Valutazione di attività e di esito”** (vedi documento B).

La stessa qualità, comunque, può essere anche indagata e verificata direttamente dalle stesse persone accolte in Casa Alloggio, dai loro familiari, dai referenti dei servizi invianti e da tutti gli operatori coinvolti, attraverso la consultazione di questa Carta dei Servizi e la compilazione di un apposito **Questionario di Soddisfazione** (vedi documento C) che, elaborato e costruito appositamente, verrà distribuito e somministrato periodicamente a tutti i destinatari, diretti e indiretti, di questo progetto.

Le **componenti del sistema di qualità** che vengono valutate ed i relativi **strumenti di valutazione** adottati per il monitoraggio delle stesse, si possono così sintetizzare:

<u>Componente valutata</u>	<u>Descrizione</u>	<u>Strumento di Valutazione</u>
⊆ La qualità promessa	E' quella che viene esplicitamente garantita nei colloqui iniziali con le persone accolte e con i referenti dei servizi coinvolti.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloqui d'ingresso ▪ Consultazione della Carta dei Servizi
⊆ La qualità attesa	E' quella che le persone accolte ed i referenti dei servizi si aspettano attribuendo significati e fantasie alla qualità promessa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ascolto Attivo – Osservazione ▪ Verbali Riunioni Equipe/Superv
⊆ La qualità erogata	E' quella che il servizio riesce effettivamente ad offrire considerando la particolarità e la individualità delle varie situazioni.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Griglia di Valutazione di attività e di esito ▪ Verbali Riunioni Equipe/Superv
⊆ La qualità percepita	E' il valore che le persone accolte in Casa Alloggio ed i propri referenti danno allo stesso servizio offerto.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ascolto Attivo – Osservazione ▪ Questionario di Soddisfazione ▪ Reclami e Segnalazioni

FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E VERIFICA

L'associazione Opere Caritative Francescane ODV, nell'intento di proseguire e continuare a valorizzare e ad investire in "formazione e aggiornamento" del proprio personale operativo delle strutture Casa Alloggio "Il Focolare" - Centro Noè - ha attivato un apposito Ufficio **Formazione** che ha il compito di predisporre - a cadenza Annuale - un apposito **Piano di Formazione, Aggiornamento e Verifica** (vedi documento D).

Questo stesso Piano è il risultato del coinvolgimento e di una scrupolosa analisi dei bisogni/ necessità formative espresse dagli operatori delle diverse strutture di servizio; le analisi sono state svolte a livello dei singoli Centri/Strutture operative e tradotte in proposte i cui contenuti sono apparsi riconducibili all'interno degli obiettivi di sviluppo che l'associazione Opere Caritative Francescane ODV si propone di perseguire. Questo stesso Piano viene presentato ad inizio anno dal Direttore Generale delle due strutture operative è reperibile presso i Coordinatori delle stesse che avranno cura di metterlo a disposizione di tutti gli interessati.

Unitamente a ciò è stato altresì elaborato anche un **Piano di Addestramento** particolare per ogni nuova figura operativa che intenda coinvolgersi attivamente nei servizi delle due strutture di cui sopra.

RECLAMI

Questa progettualità tiene in grande considerazione la percezione che le persone accolte hanno dei servizi erogati ed è **costantemente attenta a rilevare ogni forma di insoddisfazione manifesta** e di contestazione esposta. Le persone accolte, infatti, hanno sempre la possibilità di **esporre osservazioni, lamenti e proposte** al Responsabile del servizio e/o al coordinatore dello stesso relativamente ai servizi prestati. Inoltre, tutti gli operatori della Casa prestano particolare attenzione alle valutazioni espresse dalle stesse persone e si impegnano a cogliere le eventuali manifestazioni di disagio.

Le **modalità previste** per esporre formale reclamo sono quelle del:

1. Colloquio con gli operatori di riferimento;
2. Colloquio con il coordinatore e/o responsabile del servizio;
3. Reclamo scritto.

I reclamanti hanno diritto ad essere **informati delle decisioni prese e delle azioni svolte** per la risoluzione dei reclami e, qualora gli stessi non abbiano una reale possibilità di essere risolti perché per loro natura indipendenti dalle capacità di risoluzione dell'ente, i reclamanti devono essere ugualmente informati.

4. DOCUMENTAZIONE

Documento A

L'associazione Opere Caritative Francescane "Casa Alloggio Il Focolare"

CARTELLA PERSONALE E PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Di

Scheda Accoglienza N° _____

Tutte le informazioni contenute in questa scheda sono coperte dal segreto professionale.

DATI GENERALI

• Nome e Cognome		
• Nato/a	• Prov.	• Il
• Residente a	• Prov.	
• Via	• N°	
• Codice Fiscale N°		
• C. Identità N° (Patente)	• Comune di (Prefettura)	• Scadenza
• Tessera Sanitaria N°	• Esenzione Ticket N°	
• Inviato/a da	• Referente	
• Recapiti Telefonici Utili	• Personali	_____
	_____	_____
	• Familiari	_____
	_____	_____
	• Servizio	_____ Fax
	_____	_____ Fax
_____	_____ Fax	_____
• Altri	_____	

Referente Interno all'Equipe di Accoglienza

<input checked="" type="checkbox"/> Inserimento/Ammissione al Programma di Accoglienza	• II
<input checked="" type="checkbox"/> Interruzione del Programma di Accoglienza	• II
<input type="radio"/> Per Libera Scelta del Soggetto	
<input type="radio"/> Per Sopravvenuto Decesso	
<input type="radio"/> Per Altro(.....)	
<input checked="" type="checkbox"/> Dimissione per Fine Programma / Reinserimento	• II

<i>Età della prima esperienza di uso:</i>		<i>Frequenza:</i>	
<i>Esperienza di abuso: da</i>	<i>a</i>	<i>Interruzioni: da</i>	<i>a</i>
<i>Usò attuale di sostanze</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Quali?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	
<i>Contatto con i Servizi</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Con Contatti: (Quali?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>Continuativi</i>	<input type="checkbox"/> <i>Saltuari</i> <input type="checkbox"/> <i>In passato) (Dal):</i>
<i>Considerazioni</i>			

PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE

<i>Assunzione di psicofarmaci (in passato o al presente)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Quali?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	
	<i>(Motivi):</i>		
<i>Contatto con i Servizi</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Con Contatti: (Quali?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>Continuativi</i>	<input type="checkbox"/> <i>Saltuari</i> <input type="checkbox"/> <i>In passato) (Dal):</i>
<i>Relazione allegata</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Di Chi?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	
<i>Considerazioni</i>			

RAPPORTI CON LA GIUSTIZIA

<input type="checkbox"/> <i>Incensurato</i>	<input type="checkbox"/> <i>Denunciato</i>	<input type="checkbox"/> <i>Condannato</i>	<input type="checkbox"/> <i>Forme alternative</i>	<input type="checkbox"/> <i>In Carcere</i>
<i>Se denunciato e/o condannato</i>	<i>Motivi:</i>			
	<i>Quante volte?:</i>			
	<i>Per quanto tempo?:</i>			
<i>Pendenze penali in corso</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Quali?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>		
<i>Provvedimenti penali in atto</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Quali?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>		
<i>Considerazioni</i>				

ESPERIENZE DI ISTITUZIONALIZZAZIONE

<input type="checkbox"/> <i>Si (Di che tipo?: (Quale?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>Comunità</i>	<input type="checkbox"/> <i>Collegio</i>	<input type="checkbox"/> <i>Carcere</i>	<input type="checkbox"/> <i>.....)</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
	<i>(Per quanto tempo?):</i>				
<i>Considerazioni</i>					

INVALIDITA' - PENSIONE

<i>Invalidità Civile</i>	<i>Presentazione domanda</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> <i>In via di presentazione</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
	<i>Visita medica</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Quando?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	
	<i>Riconoscimento</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (In %?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	
<i>Pensione</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Quale?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>In arrivo (Quando?):</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>	
<i>Considerazioni</i>				

ALTRE NOTIZIE

<i>Leva militare</i>	<input type="checkbox"/> <i>Si (Dove?):</i>	
----------------------	---	--

	<input type="checkbox"/> No (Perché?):	
Interdizione- Inabilitazione	<input type="checkbox"/> Si (Quale?): _____ (Motivi):	<input type="checkbox"/> No
Sessualità	<input type="checkbox"/> Etero-sex <input type="checkbox"/> Bi-sex <input type="checkbox"/> Omo-sex <input type="checkbox"/> Trans-sex <input type="checkbox"/>	
Aspetti comportamentali e/o altre esperienze e notizie significative	_____	
Redditi personali	<input type="checkbox"/> Si (Quali?): _____ Quanto al mese?):	<input type="checkbox"/> No
	Economicamente autosufficiente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (A carico di?):	
Considerazioni	_____	

2. ANAMNESI FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE DI ORIGINE

Genitori	<input type="checkbox"/> Viventi e Conviventi (<input type="checkbox"/> Con unione <input type="checkbox"/> Con conflittualità)												
	<input type="checkbox"/> Separati e/o Divorziati (Dal:)												
	<input type="checkbox"/> Deceduti (Padre, anno: Età:) (Madre, anno: Età:)												
Descrizione delle figure e dei rapporti	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">Padre</th></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 10%; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Nome)</td><td style="text-align: center;">(Età)</td><td style="text-align: center;">(Professione)</td><td style="text-align: center;">(Abitazione)</td></tr> </table>	Padre								(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)
	Padre												
	(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)									

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">Madre</th></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 10%; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(Nome)</td><td style="text-align: center;">(Età)</td><td style="text-align: center;">(Professione)</td><td style="text-align: center;">(Abitazione)</td></tr> </table>	Madre								(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)
Madre													
(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)										

	(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)
Fratelli e	-			
Sorelle	-			
	-			
	-			
Descrizione	_____			

<i>delle figure e dei rapporti</i>	_____

	(Nome)	(Età)	(Parentela)	(Abitazione)
<i>Altri Familiari di riferimento</i>	-			
	-			
<i>Descrizione delle figure e dei rapporti</i>	_____			

NUCLEO FAMILIARE ACQUISITO

<i>Coniuge e/o Partner</i>	<input type="checkbox"/> <i>Vivente e Convivente</i> (<input type="checkbox"/> <i>Con unione</i>	<input type="checkbox"/> <i>Con conflittualità</i>)													
	<input type="checkbox"/> <i>Separato e/o Divorziato</i>	(Dal: _____)														
	<input type="checkbox"/> <i>Deceduto/a</i>	(Dal: _____	Età: _____)													
<i>Descrizione della figura e del rapporto</i>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <th colspan="4"><i>Coniuge e/o Partner</i></th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(Nome)</td> <td style="text-align: center;">(Età)</td> <td style="text-align: center;">(Professione)</td> <td style="text-align: center;">(Abitazione)</td> </tr> </table>				<i>Coniuge e/o Partner</i>				_____	_____	_____	_____	(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)
	<i>Coniuge e/o Partner</i>															
	_____	_____	_____	_____												
	(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)												

	(Nome)	(Età)	(Professione)	(Abitazione)
<i>Figli</i>	-			
	-			
	-			
<i>Descrizione delle figure e dei rapporti</i>	_____			

LTRI RIFERIMENTI SIGNIFICATIVI

	(Nome)	(Età)	(Tipo di legame)	(Abitazione)
<i>Altre Figure di riferimento</i>	-			
	-			
	-			
<i>Descrizione delle figure e dei rapporti</i>	_____			

3. ANAMNESI MOTIVAZIONALE DI INGRESSO

PERSONALE

<i>Colloqui</i>	<i>Quando:</i>	<i>Dove:</i>
<i>Si presenta</i>	<i>Solo/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No (Accompagnato da):</i>	
	<i>Volontariamente</i> <input type="checkbox"/> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <i>No (Perché?):</i>	
<i>Canali di invio</i>	<i>Inviato/a da:</i>	
	<i>Altri servizi contattati:</i>	
<i>Come e quando ha saputo della malattia</i>	_____	
<i>Causa e periodo di contagio</i>	_____	
<i>Tipo di reazione e vissuto della malattia e della sofferenza</i>	_____	

<i>Rapporto con i farmaci, i medici ed i servizi</i>	_____	
<i>Come, quando e se ha informato i familiari</i>	_____	
<i>Tipo di reazione e vissuto dei familiari</i>	_____	
<i>Motivazioni, tipo di richiesta ed aspettative</i>	_____	

(aspetto fisico, capacità intellettive e verbali, atteggiamenti nei confronti dell'altro, reazione all'ansia, adattabilità alla convivenza, coerenza-congruenza della richiesta, ecc..)		

<i>Osservazioni emerse dai colloqui e considerazioni</i>	_____

FAMILIARE (e/o ALTRI RIFERIMENTI)

<i>Colloqui</i>	<i>Quando:</i>	<i>Dove:</i>
<i>Si presentano</i>	-	<i>Parentela e/o tipo di Legame:</i>
	-	<i>Parentela e/o tipo di Legame:</i>
<i>Canali di invio</i>	<i>Inviati da:</i>	
	<i>Altri Servizi contattati:</i>	

<i>Come-quando hanno saputo della malattia</i>	_____
<i>Tipo di reazione e vissuto della malattia e della sofferenza</i>	_____
<i>Rapporto con i farmaci, i medici ed i servizi</i>	_____
<i>Motivazioni, tipo di richiesta ed aspettative</i>	_____
<i>Tipo di disponibilità al progetto di accoglienza</i>	_____
<i>Osservazioni emerse dai colloqui e considerazioni</i>	<i>(aspetto fisico, capacità intellettive e verbali, atteggiamenti nei confronti dell'altro, reazione all'ansia, coerenza-congruenza della richiesta, ecc..)</i>

<i>Contatti</i>	<i>Quando:</i>	<i>Come:</i>	
	<i>Con:</i>	-	<i>Professione</i>
		-	<i>Professione</i>
<i>Motivazioni, tipo di richiesta ed aspettative</i>	_____		

<i>Tipo di disponibilità al progetto di accoglienza</i>	_____		

<i>Documentazione Allegata</i>	-	<i>Relazione Sociale</i>	<i>del: di:</i>
	-	<i>Relazione Sanitaria</i>	<i>del: di:</i>
	-		
	-		

4. PROGETTO DI ACCOGLIENZA PERSONALE

OSSERVAZIONI D'EQUIPE E CONSIDERAZIONI

<i>Note</i>	_____

PROGETTO PERSONALE IPOTIZZATO

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Il Responsabile del Procedimento

Case Manager

CASA DI ACCOGLIENZA IL Focolare

LA NOSTRA ETICA

Questa Casa di Accoglienza per persone affette da infezione da Hiv/Aids ha sottoscritto, già dal 2002, unitamente ad altre realtà di Case Alloggio presenti in Italia socie del C.I.C.A (coordinamento italiano case alloggio AIDS) quell'insieme di linee guida che costituiscono la "Carta di Sasso Marconi".

La carta di Sasso Marconi è un documento di fondamentale importanza che guida ed orienta le nostre tante e differenti esperienze presenti su tutto il territorio Nazionale; è stato redatto in collaborazione con i rappresentanti del consiglio direttivo del CICA.

La nostra Casa Alloggio aderisce e si riconosce ancora oggi in questa "Carta Etica" di cui riportiamo il testo integrale.

L'attuale modello Casa Alloggio si caratterizza per:

- Un'accoglienza abitativa alle persone con Hiv/Aids che non dispongono di una casa o di un nucleo di riferimento in grado di assisterle, anche provvisoriamente;
- Il prendersi cura delle persone in termini complessivi, non solo sanitari, avendo come obiettivo la costruzione di un percorso della persona con Hiv/Aids compatibile con il variare del suo stato di salute;
- La consapevolezza e l'auspicio che l'ospitalità nella Casa Alloggio possa rappresentare un periodo transitorio di assestamento psicofisico della persona, per consentire in seguito un diverso progetto di vita;
- La condivisione di un'esperienza comunitaria che favorisca sia l'autodeterminazione che la partecipazione individuale e collettiva all'affermazione dei diritti delle persone con Hiv/Aids;
- Il garantire uno stile di vita rispettoso della dignità della persona. In questo senso la Casa Alloggio non dovrebbe superare il numero di dieci posti/persona.

Le Case alloggio si impegnano a:

- Non selezionare le ospitalità in base alle differenze sessuali, sociali, culturali, etniche ed alla gravità della patologia, tenendo presente la condizione e l'identità della persona e la recettività della struttura;
- Accogliere le persone con minori risorse personali, familiari e sociali tra cui: stranieri, portatori di disagio psichico e persone con dipendenza attiva o pregressa, a partire anche da un'ottica di riduzione del danno e favorendo interventi a bassa soglia;
- Continuare a garantire percorsi globali di cura della persona attuati in collegamento funzionale con le strutture sanitarie (reparti ospedalieri, day hospital, ambulatori, ..) e sociali;
- Garantire occasioni di confronto e collaborazione con la rete familiare e affettiva/relazionale degli ospiti e con la comunità locale in modo da favorire l'integrazione tra i diversi momenti di vita della persona con Hiv/Aids e tra la struttura e il territorio di appartenenza;
- Costruire un'immagine della Casa come uno spazio aperto alla solidarietà e alla testimonianza di impegno etico, sociale e culturale garantendo il diritto alla cittadinanza;
- Garantire il lavoro d'équipe favorendo la supervisione, il confronto e il monitoraggio costante delle attività;

- Valorizzare i diversi contributi del volontariato, associato e non, in stretta collaborazione con i Servizi Pubblici;
- Favorire l'adozione di tutte le misure alternative alla carcerazione, previste dalla legge, per garantire il diritto alla salute.

Al fine di garantire l'adempimento degli impegni sopra elencati, si decide di dotarsi di uno strumento di Coordinamento Nazionale Case Alloggio con l'obiettivo di:

- Aumentare le occasioni di confronto e condivisione delle esperienze in atto;
- Analizzare le problematiche comuni e individuare le strategie più adeguate al miglioramento delle politiche sociali del settore;
- Migliorare la qualificazione degli/delle operatori/operatrici per favorire l'acquisizione di competenze specifiche e per ridurre i rischi di burn-out;
- Costituire un riferimento di consultazione permanente per le Istituzioni preposte alla programmazione e indirizzo degli interventi in materia di AIDS;
- Valorizzare il contributo delle persone con AIDS anche ai fini di un miglioramento dei modelli assistenziali.
- Promuovere la tutela dei diritti dei soggetti deboli nel quadro di un lavoro di rete con le altre Associazioni nazionali internazionali di lotta all'AIDS.
- Sperimentare nuove forme di accoglienza e di reinserimento sociale, per sostenere il percorso di autonomia e di responsabilità delle persone con HIV/AIDS.

IL NOSTRO "REGOLAMENTO INTERNO"

REGOLAMENTO INTERNO ALLA CASA ALLOGGIO "Il Focolare".

Per aiutarci a creare un clima familiare e contribuire a migliorare l'andamento della Casa, Sentiamo la necessità di dare alcune regole interne di comportamento:

- *La giornata inizia con la colazione dalle ore 7.30 alle ore 9.30 nei giorni feriali e festivi. Il pomeriggio dalle 14.00 alle 16.00 preghiamo tutti di rispettare il silenzio, la sera si chiede, invece, di ritirarsi nella propria camera entro le ore 24.00, per consentire la tranquillità del riposo. Quindi alle ore 24.00 la porta di Casa viene chiusa e a tutti è chiesto di rispettare il tempo del riposo spegnendo radio, luci e TV.*
- *Per vivere la dimensione conviviale della Casa, si pranza e si cena insieme, alle ore 13.00 e alle ore 20.00, ed ognuno è tenuto ad esserci e a non alzarsi da tavola finché tutti abbiano terminato. Fuori da questi orari la cucina è chiusa. Le merende si possono consumare alle ore 10.30 il mattino e alle ore 16.30 il pomeriggio; il caffè si può fare solo il mattino, dopo pranzo e decaffeinato dopo cena.*
- *E' chiesto a tutti di rispettare la puntualità degli orari concernenti la vita della Casa*

(pasti, attività, visite, gruppi, ecc...).

- *E' chiesto a tutti, turnandosi, di mantenere puliti i luoghi comuni (corridoi, sale TV, refettorio, giardino) e per apparecchiare e sparecchiare la tavola, nel rispetto dei turni. Ognuno ha la responsabilità di rifare il proprio letto ogni mattina, di pulire e tenere in ordine la propria camera, compatibilmente allo stato psicofisico.*
- *L'uso della TV è consentito, solo ed esclusivamente, al di fuori degli orari stabiliti per lo svolgimento delle attività, dalle 7.30 alle 9.00 e dalle 12:00 alle 24:00.*
- *E' richiesta particolare attenzione all'utilizzo e alla manutenzione della Casa, in tutte le sue parti, l'ospite sarà responsabile di eventuali danni materiali alla stessa.*
- *L'accesso ai seguenti ambienti è riservato esclusivamente agli operatori: dispensa, ufficio, infermeria, stanza dei sanitari, cucina.*
- *E' consentita la visita di parenti e amici previo avviso e accordo con il responsabile della Casa o con gli operatori di turno.*
- *L'uso del telefono della casa è consentito previo consenso degli operatori di turno. Le telefonate in arrivo sono sempre ricevute dagli operatori; a tutti è chiesto di contribuire alle spese telefoniche effettuate. E' altresì consentito, all'interno del programma personale di ciascuno, l'uso di telefoni cellulari personali, tranne ore pasti e durante le attività.*
- *Per una gestione più serena del tempo libero, delle iniziative per sonali o di gruppo (uscite, gite, lavori, inviti...) è bene sempre informare con dovuto anticipo e discutere la proposta con il responsabile della Casa o con gli operatori di turno, che dovranno sempre essere informati degli orari delle partenze e dei rientri a Casa.*
- *Ogni ospite della Casa è tenuto a partecipare, evitando forme di isolamento e di chiusura (TV, letto, ecc..), alle attività comuni programmate dall'equipe. Le riunioni di gruppo sono uno spazio privilegiato di confronto per ogni ospite che è tenuto responsabilmente a parteciparvi.*
- *E' assolutamente vietata l'assunzione di sostanze stupefacenti e bevande alcoliche. A tal proposito, per verificare che tale comportamento venga rispettato, verranno effettuati controlli tossicologici delle urine e alcol-test.*
- *E' chiesto a tutti di limitare il fumo: fumare è vietato in tutta la Casa, in macchina e in camera. Si chiede altresì di usare forme di linguaggio corretto e civile, rispettoso della sensibilità altrui.*
- *All'interno del programma di accoglienza di ciascuno è possibile l'uso e*

l'autogestione delle eventuali disponibilità personali di denaro (sussidi, pensioni, stipendi o altro). Verranno valutati i casi dell'ospite che presenta difficoltà a gestire il denaro.

• *Il mancato rispetto del Patto d'Accoglienza e la trasgressione dei seguenti punti è motivo per rimettere in discussione la presenza in Casa:*

** l'introduzione e il consumo, in Casa e non, di sostanze stupefacenti e di alcolici;*

** il furto e l'uso della violenza e di atti o linguaggi lesivi alle persone, alle cose e agli animali;*

** l'allontanarsi dalla Casa in contrasto con le disposizioni dell'equipe e il rientrare fuori dagli orari concordati;*

** il possesso e l'uso di farmaci non autorizzati dal medico responsabile della Casa;*

** l'indisponibilità a prendersi cura di sé, della propria igiene personale, sottraendosi agli accertamenti clinico-diagnostici e rifiutandosi di assumere le terapie prescritte, in chiaro disaccordo coi medici di riferimento e l'equipe operativa.*

• *L'equipe sviluppa un programma socio-riabilitativo personale e personalizzato, sostenendo e monitorando lo stesso, al fine del raggiungimento dell'obiettivo prefisso.*

Ancona, li.....

L'INTERESSATO

<p style="text-align: center;">PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO -</p>

L'ASSOCIAZIONE OPERE CARITATIVE
FRANCESCALE
"CASA ALLOGGIO IL FOCOLARE"

Informativa sul trattamento dei dati personali

Le informazioni raccolte saranno trattate nel rispetto della legge sulla privacy, la informiamo ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

I dati raccolti saranno utilizzati per finalità dai membri dell'equipe della Casa Alloggio "Il Focolare" a prendere contatti con i servizi Territoriali di riferimento per le informazioni utili alla valutazione della domanda di ricovero.

1. Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato.
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto di fornirli, la casa Alloggio Focolare non potrà eseguire il servizio richiesto.
3. I dati non saranno in alcun modo comunicati a terzi se non per finalità dai membri dell'equipe della Casa Alloggio "Il Focolare"; l'operatore autorizzato dovrà essere a conoscenza del referto medico poiché dovrà svolgere il servizio di supervisione del ospite;
4. Il titolare dei dati è: ASSOCIAZIONE OPERE CARITATIVE FRANCESCALE O.D.V. Codice fiscale 93034510425, mail direzione@ocfmarche.it pec. operecaritative@pec.it
5. Il responsabile del trattamento è il sig. Luca Saracini

Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui art. 15 GDPR e precisamente i diritti di:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Consenso dell'interessato al trattamento di propri dati comuni e sensibili

Il/La sottoscritto/a _____, nella sua qualità di _____ della **ASSOCIAZIONE OPERE CARITATIVE FRANCESCANE – CASA ALLOGGIO IL FOCOLARE**, acquisite le informazioni in merito al trattamento dei dati personali e le finalità, dichiarando di avere ricevuto letto e compreso l'informativa, presto il consenso che i miei dati vengano comunicati a familiari o persone autorizzate da me persona.

ACCONSENTO

NON ACCONSENSO

Specificare Nome Cognome

In fede

Data _____

Firma leggibile _____

Consenso dell'interessato al trattamento di propri dati personali

Il sottoscritto/a:

(Nome e cognome del
tutore/genitore) _____

Nato/a il ____ / ____ / _____ , a _____ , in provincia di
(____),

Residente a _____ , in provincia di
(____),

Codice Fiscale Nr. _____

In qualità di tutore/genitore del/della minorenni:

(Nome e cognome del
minore) _____

Nato/a il ____ / ____ / _____ , a _____ , in provincia di
(____),

Residente a _____ , in provincia di
(____),

Codice Fiscale Nr. _____ .

Acquisite le informazioni in merito al trattamento dei dati personali e le finalità, dichiarando di avere ricevuto letto e compreso l'informativa, in qualità di genitore/tutore, presto il consenso e autorizzo che il minore venga sottoposto alle cure o l'ospitalità che sono state proposte.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

In fede

Data _____

Firma genitore/tutore legale

Firma minorenni tutelato

LIBERATORIA UTILIZZO IMMAGINI PER L'UTILIZZO DI FOTOGRAFIE O VIDEO

La/Il sottoscritta/o _____ nato/a _____
[Nome e Cognome dell'interessato]
il _____ Luogo _____

con riferimento alle foto e/o alle riprese audio/video scattate e/o riprese da L'ASSOCIAZIONE OPERE CARITATIVE FRANCESCANE O.D.V. con la presente:

AUTORIZZA

a titolo gratuito, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, **l'utilizzo delle foto o video ripresi durante le iniziative e gli eventi organizzati da Opere Caritative Francescane O.D.V durante gli eventi**, nonché autorizza la conservazione delle foto e degli audio/video stessi negli archivi informatici finalizzato esclusivamente alla realizzazione di pubblicazioni a scopo divulgativo: brochure cartacee, siti web, Facebook, spot televisivi, riproduzione su giornali/riviste, DVD ecc. senza richiesta di compenso di alcun genere da ambo le parti. La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta o email direzione@ocfmarche.it oppure via Pec. operecaritative@pec.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Gentile interessato che fornisce i suoi dati personali, desideriamo informarla che il "Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (da ora in poi GDPR) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. **Opere Caritative Francescane O.D.V** In qualità di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

Finalità del trattamento:

Il Focolare tratterà i dati personali e la loro conservazione delle foto e degli audio/video stessi negli archivi informatici finalizzato esclusivamente alla realizzazione di pubblicazioni a scopo divulgativo: brochure cartacee, siti web, Facebook, spot televisivi, riproduzione su giornali/riviste, DVD ecc. senza richiesta di compenso di alcun genere da ambo le parti.

Modalità di trattamento dei dati:

I dati personali da Voi forniti formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività delle **Opere Caritative Francescane O.D.V** I. Tali dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal GDPR.

Obbligatorietà o meno del consenso:

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. Il mancato consenso non permetterà l'utilizzo delle immagini e/o delle riprese audiovisive del soggetto interessato per le finalità sopra indicate.

Comunicazione e diffusione dei dati:

I dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti informatici, e manuale, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Titolare e Responsabili del Trattamento:

Il Titolare del trattamento è. **L'ASSOCIAZIONE OPERE CARITATIVE FRANCESCANE O.D.V.**

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede del Titolare del trattamento.

Diritti dell'interessato:

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR.

Periodo di conservazione:

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) e/o per il tempo necessario per obblighi di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

Data: _____

Firma dell'interessato _____

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER IL/LA PAZIENTE

Nome.....Cognome.....

Dichiaro di essere stata informata/o del significato e dei risultati dei controlli sanitari cui sono stato sottoposto, ed inoltre di essere stata informata/o degli effetti farmacologici ed effetti collaterali delle terapie prescritte, in particolare per i seguenti farmaci specifici:

PERTANTO

ACCETTO

NON ACCETTO

Firma del Medico.....

Data.....

Firma del Paziente.....

Data.....

Il sottoscritto/a _____ dichiaro di

Voler **REVOCARE** il consenso.

Data, ora _____ Firma _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO CONCORDATO

Dichiaro, altresì, di essere stata informata/o dal medico _____ e dagli operatori sulle caratteristiche, modalità e finalità nonché sul significato dei seguenti interventi propostimi:

Controlli clinici periodici	<input type="checkbox"/>
Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/>
Controlli tossicologici	<input type="checkbox"/>
Controlli ematochimici	<input type="checkbox"/>
Colloqui di sostegno e verifica	<input type="checkbox"/>
Valutazione psicodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>
Inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>
Sostegno familiare	<input type="checkbox"/>
Trattamento residenziale	<input type="checkbox"/>

PERTANTO

ACCETTO

NON ACCETTO

IL PROGRAMMA TERAPEUTICO CONCORDATO

Note:

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto/a _____ dichiaro di

Voler **REVOCARE** il consenso.

Data, ora _____ Firma _____

Casa Alloggio "Il Focolare"**Allegato B****GRIGLIA DI VALUTAZIONE DI ATTIVITA' E DI ESITO**

STRUMENTO DI MONITORAGGIO - VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO

Obiettivi (Generali e Specifici)	Indicatori di Attività (Comuni e Specifici)	Indicatori di Esito
----------------------------------	---	---------------------

< 1 >	SALUTE E BENESSERE PSICOFISICO
-------	---------------------------------------

a	Soddisfazione dei bisogni primari	1	N° Ascolto attivo	4	N° Interventi aiuto nell'igiene personale	1	Cura della persona percepita dagli operatori							
				5	N° Interventi aiuto nella mobilitazione e trasporto		2	Grado di soddisfazione dei pazienti rispetto ai bisogni primari di vita						
				6	N° Interventi per riordino camera e cambio di abbigliamento									
				7	N° Interventi aiuto per alimentazione									
				8	N° Interventi aiuto nella somministrazione dei farmaci									
				9	N° Interventi di sostegno al reddito									
				b	Miglioramento / Stabilizzazione delle condizioni di salute				2	N° Interventi Counseling	10	N° Test clinici effettuati	3	Stato generale di salute relativamente alle patologie sofferte al momento dell'inserimento nel progetto
											11	N° Terapie metadoniche effettuate		
											12	N° Invii a strutture/servizi sanitari		
13	N° Ospedalizzazioni													
c	Miglioramento / Stabilizzazione del benessere psichico e relazionale	3	N° Visite presso altre strutture	14	N° Interventi di facilitazione/sostegno sviluppo della vita familiare e relazionale	4	Grado di compenso rispetto all'uso di sostanze psicotrope							
						5	Aderenza alla terapia antiretrovirale							
c	Miglioramento / Stabilizzazione del benessere psichico e relazionale	3	N° Visite presso altre strutture	14	N° Interventi di facilitazione/sostegno sviluppo della vita familiare e relazionale	6	Mappe dello sviluppo della rete amicale							
						7	Sviluppo della vita affettiva e familiare							
						8	Sviluppo delle abilità di coping (contenimento situazioni di ansia/stress)							
						9	Sviluppo delle abilità sociali nella vita quotidiana							

< 2 >	INCLUSIONE SOCIALE, SOCIALIZZAZIONE E CONVIVENZA NELLA COMUNITA' LOCALE
-------	--

a	Sviluppare e migliorare le relazioni di vicinato e con la comunità locale	1 N° Ascolto attivo	15	N° Incontri con vicini e altri cittadini	10	Mapa delle relazioni con i vicini e la città
			16	N° Richieste di mediazione di conflitti o situazioni critiche nella rete locale	11	Episodi di sostegno/solidarietà verso i pazienti
			17	N° Interventi presso i pazienti	12	Situazioni di conflitto aperto e situazioni critiche
b	Sviluppare e migliorare le relazioni con il sistema dei servizi	2 N° Interventi Counseling	18	N° Invii non sanitari	13	Mapa e sviluppo della rete utilizzata dai pazienti
			19	N° Accompagnamenti nella rete dei servizi	14	N° e Tipologia di osservazioni critiche sui servizi espresse dai pazienti
			20	N° Incontri e interventi con servizi e enti		
			21	N° Interventi di mediazioni con la rete dei servizi		
c	Inserimento lavorativo, reddito e a Casa Alloggio "Il Focolare" Altre attività	3 N° Visite presso altre strutture	22	N° Azioni per reperimento attività lavorative	15	N° Pazienti occupati/domande di occupazione
			16		16	Grado di mantenimento dell'attività lavorativa
					17	N° Pazienti con pensione, assegno o sussidio

Documento C

Casa Alloggio "Il Focolare"

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

LE TUE OSSERVAZIONI CI AIUTANO A MIGLIORARE

Gentili Sig.re/a

Con la presente scheda l'associazione O.C.F. Casa alloggio "Il Focolare" intende offrirle una opportunità per esprimere il suo grado di soddisfazione circa i servizi ricevuti attraverso l'accoglienza in questa struttura. Le informazioni raccolte con questo strumento costituiscono parte integrante di un più ampio processo di valutazione che lo stesso ente attua regolarmente.

Il questionario è di tipo semi-strutturato: le domande chiuse si avvalgono di una scala numerica che esprime diversi gradi di soddisfazione/insoddisfazione, mentre le domande aperte offrono l'occasione di esplicitare opinioni e suggerimenti in maniera articolata.

Scala numerica:

1 = sono insoddisfatto	3 = opinione neutra	4 = sono soddisfatto
2 = sono poco soddisfatto		5 = sono molto soddisfatto

Barrare con una crocetta

1. E' soddisfatto/a delle informazioni che ha ricevuto al momento dell'accoglienza (dalla carta dei servizi, dal personale, ecc..)?	1	2	3	4	5
2. E' soddisfatto/a riguardo ai servizi alberghieri:					
☐ camera assegnata	1	2	3	4	5
☐ pasti	1	2	3	4	5
☐ ambienti comuni	1	2	3	4	5
☐ servizi igienici	1	2	3	4	5
3. E' soddisfatto/a del modo con cui è stato/a accolto/a la prima volta in					

Casa (cortesia, gentilezza, cordialità, disponibilità)?	1	2	3	4	5
4. Come giudica la disponibilità del nostro personale riguardo a:					
⊆ Accoglienza e Assistenza	1	2	3	4	5
⊆ Comprensione e Ascolto	1	2	3	4	5
⊆ Rispetto dei suoi diritti	1	2	3	4	5
⊆ Rispetto dei diritti delle altre persone accolte	1	2	3	4	5
5. Come giudica la capacità da parte della nostra equipe a:					
⊆ Aiutarla nella soluzione dei suoi problemi (sociali, relazionali, ecc..)	1	2	3	4	5
⊆ Prendersi cura delle sue problematiche clinico-sanitarie	1	2	3	4	5
⊆ Facilitare i rapporti con i suoi familiari	1	2	3	4	5
⊆ Facilitare e migliorare il suo reinserimento sociale	1	2	3	4	5
6. Si considera complessivamente soddisfatto/a dell'iniziativa di questo progetto?	1	2	3	4	5
7. Questa esperienza di accoglienza ha aggiunto nuove capacità e conoscenze al suo percorso di vita?	1	2	3	4	5
8. Può applicare le capacità / informazioni apprese nella sua realtà quotidiana?	1	2	3	4	5
9. Quale è l'aspetto della sua vita quotidiana rispetto al quale questo progetto le ha dato di più?					
.....					
.....					
10. Ci sono aspetti legati al sostegno della sua condizione personale rispetto ai quali si aspettava di più?					
.....					
.....					
11. Ha dei suggerimenti da darci per migliorare la qualità dei servizi offerti? Quali?					
.....					
.....					

La ringraziamo per la collaborazione

Documento D

IL PIANO DI FORMAZIONE, DI AGGIORNAMENTO E DI VERIFICA

✓ **GLI OBIETTIVI**

- Supportare, aggiornare e sostenere lo sviluppo delle professionalità del proprio personale operativo;
- Sviluppare competenze distintive e trasversali alle diverse realtà di servizio;
- Favorire l'integrazione tra le diverse strutture di servizio;
- Dare qualità alle relazioni interpersonali e generare comportamenti improntati alla responsabilità;
- Lavorare in modo efficiente ed efficace.

✓ **I DESTINATARI**

Destinatari delle proposte formative contenute nel Piano di Formazione sono:

- Tutti i professionisti che operano nei Centri C.A. Il Focolare, Centro Noè;

- Tutti i volontari che coadiuvano l'operatività della stessi servizi;
- (Per un certo numero di eventi) anche operatori esterni che, pur operando in altre istituzioni, trovano nei contenuti delle nostre proposte risposte innovative e adeguate ai loro bisogni formativi.

✓ **GLI AMBITI / AREE FORMATIVE**

Il catalogo delle proposte formative è articolato in tre ambiti formativi; essi sono:

1) AMBITO GENERALE

- Radici e valori di riferimento dell'associazione Opere Caritative Francescane;
- Natura e motivazioni di un impegno nel sociale; Identità, competenze, bisogni, attese ed etica di riferimento dell'operatore sociale; Il limite, la sofferenza e la morte.

2) AMBITO DI APPROFONDIMENTO (organizzato secondo quattro aree formative)

• Area del "Sapere Psicologico - Riabilitativo"

La costruzione della personalità, l'evoluzione cognitiva e i punti di crisi; L'handicap e la malattia psichica, il disturbo psicotico e il disturbo borderline; Il disturbo relazionale, il disturbo da dipendenze e il disturbo da perversione; Le caratteropatie e le sociopatie.

• Area dell'"Impegno Socio - Politico"

Il bene comune; Il rapporto tra pubblico e privato: quale sussidiarietà; L'impegno politico oggi; L'uomo biblico e l'uomo nelle diverse prospettive culturali e politiche.

• Area della "Operatività e Relazionalità"

Accoglienza e relazione d'aiuto; La presa in carico e la cura; L'operatore sociale: agente di cambiamento sociale; L'operatore sociale: esperto di relazioni e di mediazione.

• Area delle "Competenze Gestionali e Metodologiche"

Il lavoro d'équipe, il lavoro di rete e l'integrazione territoriale; Teoria e tecniche di conduzione dei gruppi e la leadership; La sicurezza – la privacy – la qualità e i protocolli operativi.

3) AMBITO SPECIFICO

- La nuova situazione clinica e sanitaria delle persone in Aids; La gestione delle dipendenze in casa alloggio: tra disagio e ambiguità; La gestione della malattia psichica in Casa Alloggio; la Terapia del dolore e le cure palliative.

✓ **LE AZIONI/ATTIVITA' FORMATIVE**

Sono previste le seguenti attività di formazione-aggiornamento:

1) AZIONI FORMATIVE ISTITUZIONALI

Sono quelle azioni formative annuali richieste e previste obbligatoriamente dalla Direzione della struttura per tutto il personale operativo.

2) AZIONI FORMATIVE PERMANENTI

Sono quelle azioni formative continuative richieste e previste obbligatoriamente dalla Direzione della struttura per tutto il personale operativo

3) AZIONI FORMATIVE SPECIFICHE

Sono quelle specifiche azioni formative cui ogni operatore è tenuto annualmente a partecipare su richiesta e per conto della Direzione della struttura.

4) ATTIVITA' FORMATIVE PERSONALI

E' possibile, per ogni operatore, in accordo con la Direzione della struttura, poter partecipare e frequentare: corsi di studio, convegni, seminari e altri momenti che dovesse ritenere formativi per se stesso; in questo caso egli è tenuto a presentare il programma dell'attività formativa cui intende partecipare, fare richiesta al responsabile della struttura e ottenere dallo stesso la relativa autorizzazione alla frequenza.

Ogni anno sarà predisposto lo schema di programmazione della FORMAZIONE degli OPERATORI della Casa Alloggio "Il Focolare" e del Centro Noè.

IL PROGRAMMA DI ADDESTRAMENTO

L'associazione Opere Caritative Francescane O.D.V. ha altresì predisposto un Piano di Addestramento/Accoglienza per ogni nuovo operatore assunto che prevede 5 momenti distinti, anche se di fatto a tratti co-presenti e paralleli tra loro:

- 1) COLLOQUIO PRELIMINARE: con il Responsabile dei servizi di Accoglienza che informerà il candidato circa gli obiettivi, i contenuti e le traduzioni operative dei Progetti di accoglienza dell'associazione Opere Caritative Francescane.
- 2) TIROCINIO FORMATIVO: ad ogni candidato selezionato verrà chiesto di svolgere un Tirocinio Propedeutico Formativo in struttura - della durata di 4 settimane, per non meno di 20 ore/set.
- 3) AFFIANCAMENTO E TUTORAGGIO: ogni candidato verrà, altresì, prontamente affiancato - per tutto il periodo di tirocinio - da un doppio Tutor (il Coordinatore della struttura ed un operatore esperto).
- 4) INFORMAZIONE DOCUMENTALE: ad ogni candidato verrà messo a disposizione tutta la documentazione utile e necessaria tesa a favorirne un utile e rapido "orientamento operativo" in struttura (la Carta dei Servizi, il Regolamento Interno, le Procedure ed i Protocolli Operativi, ecc.).

Ringraziamenti

Si ringrazia quanti hanno collaborato alla stesura della Carta dei Servizi e allegato alla carta:

Il Presidente del C.I.C.A. Dott. Giovanni Gaiera

Il Presidente Regionale Anlaids Marche Dott. Luca Butini.

Aggiornato settembre 2019