

“Curriculum Cooperativa”

L'AQUILONE

Società Cooperativa Sociale tipo “a”

Gestione servizi sociosanitari - Riabilitazione Psicosociale

- **Sede legale: Via Luca da Penne, 3 - 80122 Napoli**
- **Sedi Operative: Via Bebiana, 75 – Solopaca (Bn), Via Bellaura 3 Solopaca (Bn).**
- **Presidente: Enzo De Rosa, Vice Presidente : prof. Antonio Scala**
- E-mail: coop.aquilone@libero.it – PEC: aquilonecooperativasociale@pec.it
- C.f. 05810690635 – p.i. 07528090637
- Iscrizione Albo Cooperative N. A116630 – Numero REA: NA-0469436
- Anno di fondazione: 1990
- Destinatari dei Servizi: Sofferenti psichici.
- Servizi offerti: **Riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Servizi Socio-sanitari, Formazione professionale.**
- Attuali realtà operative: **“Residenza Aquilone”** Comunità terapeutica, **“Villa Carolina”** Comunità Alloggio, **“La casetta”** gruppo appartamento, in Solopaca.

Le Nostre Radici

La cooperativa sociale “L’Aquilone” per la riabilitazione psichiatrica e psico-sociale nasce nel 1990 da una sorta di scommessa da parte di un nucleo pionieristico della psichiatria napoletana, che puntava ad un progetto di formazione professionale e avviamento al lavoro per utenti psichici. I manicomi, all’epoca, nonostante la Legge 180/78, non erano ancora stati chiusi; i *C.I.M.* (Centri di Igiene Mentale) erano appena nati e rappresentavano l’unica possibilità di cura al di fuori e al di là delle strutture manicomiali.

La sua forza originaria era concentrata presso il Centro Aquilone, nell’attuale *Distretto 30 della A.S.L. Napoli 1 Centro*, alle prese con il difficile lavoro nei territori di *Miano, Secondigliano e S. Pietro a Patierno*.

Il Centro prendeva in carico i “pazienti” introducendoli in un percorso doppio che contemplava un luogo di risposta terapeutica e allo stesso tempo un luogo di formazione al lavoro. La scommessa consisteva nel credere possibile una cura che, in congiunzione con le altre, restituisse al territorio chi fosse entrato nel circuito della follia, percorso che fino ad allora era ritenuto irreversibile.

Fin da principio erano chiare la complessità degli interventi e la loro specificità, che andavano dalla socializzazione e la cura del sé fino all’autonomia abitativa e al lavoro.

L’iniziativa innovativa faceva sì che pervenissero anche richieste “esterne”, ossia da altri territori di appartenenza.

Ben presto, nel 1998, la cooperativa apriva a Solopaca (Bn) la Comunità Terapeutica *“Residenza Aquilone”*, seguita, quattro anni dopo, dall’altra di *“Villa Carolina”*.

Nel 2008 ha inaugurato *“Che Follia”* – in Via Tribunali 308 a Napoli – il punto di esposizione e vendita di prodotti artigianali provenienti dal circuito psichiatrico e dal mondo del Terzo settore.

A partire dal 2012, 80 dei suoi operatori impegnati a Napoli nei Servizi della ASL Napoli 1 Centro, si sono dimessi entrando a far parte di *“ERA Cooperativa Sociale”*.

Attuali realtà operative della Cooperativa L'Aquilone: “**Residenza Aquilone**” (decreto di accreditamento n. 37 del 26/4/2019 BURC n. 26 del 13/5/2019), “**Villa Carolina**” (decreto di accreditamento dell’Ambito territoriale B04 in data 26/7/2018 prot. 6553) , “**La casetta**” in Solopaca (decreto di autorizzazione definitiva dell’Ambito territoriale B04 in data 12.03.2021 prot. n. 2613).

Chi Siamo

La cooperativa sociale “L’Aquilone ha operato la scelta di puntare, oltre che alla riabilitazione, anche alla formazione e all’avviamento al lavoro. Questa scelta si è concretizzata in una sorta di “specializzazione”, rivolta a utenti che, a prescindere dal loro territorio di appartenenza, manifestassero un buon livello di compensazione ed una spinta motivazionale ad una rinascita in senso sociale.

Quanto raggiunto in tutti questi anni è stato reso possibile grazie alla volontà e all’operatività di professionisti del settore provenienti dal servizio pubblico come dal privato sociale che, in modo sinergico, hanno convogliato le specifiche competenze in una realtà comune e condivisa.

I compiti che la cooperativa si prefigge sono:

- a) *Avviare esperienze rivolte al rinforzo delle parti sane dell’individuo, e ricerca di un equilibrio di queste con le parti malate, con l’attenzione volta ad un corretto equilibrio fra l’interno e l’intorno della persona;*
- b) *Sviluppo e diffusione di una cultura della “tolleranza nella diversità”;*
- c) *Partecipazione alle iniziative socio-culturali già in atto sul territorio cittadino e aventi come obiettivo il miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti emarginati.*

Principi metodologici generali

La Riabilitazione nel campo della Salute Mentale rappresenta uno dei momenti centrali e delicati nell’operazione di recupero del sofferente mentale ad una vita sociale dignitosa. Il suo obiettivo principale è di portare la persona al massimo grado di autonomia che gli sia possibile, attraverso il raggiungimento di abilità e comportamenti socialmente competenti. Si punta, inoltre, al rinforzo della capacità progettuale per sé, per i propri spazi e per il proprio futuro (*empowerment*).

Lungo la strada che porta l’individuo a potenziare le proprie possibilità di emancipazione e di autonomia, varie sono le tappe che questi si troverà a dover raggiungere e oltrepassare. Queste tappe sono, in realtà e semplicemente, quegli obiettivi parziali presenti nella vita di ogni individuo, ma che al sofferente psichico sono venuti a svanire, o a mancare del tutto, per via dell’irrompere della patologia.

La messa a punto di elaborati programmi di riabilitazione psicosociale per il trattamento del malato mentale nasce da un concetto moderno di utenza psichiatrica. Molti studiosi dell’evoluzione dello stato sociale attribuiscono proprio alla legge Basaglia la spinta iniziale alla territorializzazione di tutta la

Sanità. Questa legge si iscrive tra quegli eventi che Kuhn definisce "eventi catastrofici", quelli cioè in grado di determinare un'accelerazione progressiva del processo evolutivo. La salute mentale, da quel momento in poi, non è imprigionata in un luogo fisico; utilizza spazi ed agenzie creando opportunità, perché si pone come *servizio alla persona*, al territorio di competenza, attraverso un reticolo che lo percorre, parallelamente ed in relazione con altri reticoli (servizi sociali, medicina di base, ecc.). Le esigenze create dalle nuove legislazioni, prima quella psichiatrica, poi quelle sanitarie generali, hanno reso necessaria l'adozione di nuovi strumenti idonei al nuovo modello di intervento, nonché una razionalizzazione nel sistema di erogazione delle prestazioni in ordine ai bisogni sociali, dove per *razionalizzazione* si intende l'ottimizzazione dei risultati in termini di efficienza ed efficacia: *"la solidarietà intelligente non è un costo, ma un investimento"* [Dichiarazione di Barcellona, 24.03.95].

La politica municipale del *welfare*, da questo momento storico in poi, tende alla promozione di una serie d'interventi integrati finalizzati a stimolare, includere, accompagnare e valorizzare la partecipazione e la formazione dei cittadini, destinando particolare attenzione ai suoi cittadini più deprivati (ed a più livelli) di quello "stato di sicurezza" necessario allo sviluppo dell'autonomia e dell'identità personale ancor prima dello sviluppo del senso di appartenenza ad una comunità. Ciò significa, innanzitutto, coltivare, ed allo stesso tempo tendere a stabilire, un *welfare relazionale*, dove il rapporto terapeutico sia inteso come "processo", ed il progetto individualizzato come "percorso" in cui la continuità, l'adozione sociale, la reciprocità e la creatività costituiscano il punto nodale da cui il progetto si muove. Oggi, la figura del malato affetto da gravi disturbi mentali non indica più un soggetto passivo e esclusivamente ricettivo rispetto al medico e alla famiglia, bensì un partner, un "compagno di viaggio" che può e deve interagire con la realtà psicosociale di cui fa parte. Uno dei punti di forza dei moderni programmi psicoeducativi miranti al recupero del malato mentale sta appunto nel concepire il malato mentale come facente parte di un "insieme relazionale" le cui dinamiche vanno opportunamente dirette verso l'ottenimento del recupero di cui si è appena detto sopra. La centralità del malato mentale è, quindi, importantissima e va integrata con il ruolo sempre crescente della famiglia alla quale egli appartiene.

I temi principali su cui si impenna il processo riabilitativo sono, dunque:

- *la cura di sé (rinforzo dell'Io);*
- *la socializzazione (Io e le mie relazioni);*
- *l'esperienza lavorativa (Io nel futuro);*
- *l'abitare (Io, il mio spazio vitale, i miei confini).*

In Riabilitazione c'è in tutti i casi il bisogno di prendere in carico la persona per un tempo dilatato (minimo sei mesi, per una durata variabile di qualche anno), in cui l'interazione viene monitorata e controllata a più livelli, e con prospettive di intervento ad ampio raggio.

Per questo si parla di "progetto riabilitativo personalizzato" e centrato sull'individuo inteso nella sua unicità. La riabilitazione è tale se il soggetto viene seguito nella sua quotidianità, in un setting riabilitativo "aperto", fatto di spazi e di tempi strutturati, ma "misurati" sui bisogni degli individui che vi sono

inseriti, con interazioni controllate "da lontano" e su tempi rilassati e tranquillizzanti. La socializzazione viene impostata sulla base di regole condivise dal piccolo e dal grande gruppo, e su di una efficiente circolazione di principi e valori comunitari. Nessuna attività presente in un centro di riabilitazione è fine a se stessa. Ogni iniziativa fa parte di un progetto più generale, all'interno di una rete (sistema) di opportunità e di risorse disponibili. Le attività, inoltre, devono essere collocate all'interno di una processualità terapeutico-riabilitativa che ponga gli interventi stessi al riparo dal trovarsi ad essere iniziative isolate e prive di una reale finalità progettuale. Insomma, tutto deve avere un senso riabilitativo e proiettato verso l'*empowerment* dell'individuo.

In termini di risorse strutturali, la Riabilitazione si dovrebbe avvalere di una serie di Strutture Intermedie (Centri Sociali, Centri Diurni, Case Famiglia, Comunità Terapeutiche) e di operatori formati ed educati per un lavoro in *équipe* terapeutica. Ciascuna di queste strutture opera in stretta collaborazione con le altre, per offrire il maggior numero di soluzioni ed opportunità di crescita ai loro utenti.

Importantissimo è il *clima terapeutico* che si deve venire ad instaurare all'interno delle strutture e dei singoli progetti. Perché, se multifattoriale è l'eziologia del disturbo psicotico, a più livelli (multilivellarità) occorre pensare e costruire l'*holding* terapeutico-riabilitativo.

La restituzione al sociale di un individuo deve essere il frutto di un lavoro sinergico fra tutte le figure sociali coinvolte a qualche livello nella relazione con il soggetto (famiglia, medico inviante, CSM, *équipe* terapeutiche, *compliance* della stessa persona, territorio).

Non è pensabile, inoltre, che la risposta possa venire unicamente da un solo servizio (p.es. Centro Diurno o Comunità Terapeutica). Più soggetti e realtà sociali sono coinvolti nell'operazione salute, più probabile sarà il successo riabilitativo. L'autoreferenzialità (onnipotenza) di un servizio può sicuramente essere utile al servizio stesso ed alla sua autonomia decisionale, un po' meno alle persone che vi transitano.

In linea con l'intento di prevedere che qualsiasi operatività all'interno di una comunità terapeutica debba ispirarsi ad un'ottica di riabilitazione, intesa come riappropriazione di capacità perdute e di diritti espropriati, ogni singola azione deve essere improntata a questo fine.

Per questo motivo le svariate operazioni di assistenza (dal sanitario al socio-educativo-riabilitativo), vanno inserite in un *progetto globale* che miri ad evidenziare l'esistenza, da parte degli utenti, di una pluralità di bisogni. Alla luce di tale premessa e considerando, per altri versi, il rischio di una progressiva reistituzionalizzazione, le funzioni a cui bisogna assolvere all'interno della struttura sono così riassumibili: *funzione medico-assistenziale; funzione riabilitativa; funzione psicoterapeutica; funzione socio-riabilitativa*

Funzione medico-assistenziale

Essa è coperta innanzitutto dal medico di base (esterno). La qual cosa rappresenta di per sé una tappa importante nel riconoscimento di un sé

corporeo e dei suoi bisogni. Bisogni che non possono essere esauditi dallo psichiatra e dal suo armamentario.

Funzione riabilitativa

Le varie attività giornaliere costituiscono la base per la realizzazione di processi di riabilitazione. La definizione nello specifico degli interventi è argomento di incontri tra operatori, responsabili sanitari e coordinamento, che si realizzano con cadenza quotidiana, per le azioni ordinarie della giornata, e periodicamente, per programmazioni articolate.

Funzione psicoterapeutica

La funzione psicoterapeutica deve essere svolta in un'ottica istituzionale e di gruppo, favorendo, così la crescita personale di utenti ed operatori. Tale dimensione relazionale sarà sostenuta dalle psicoterapie individuali e di gruppo di psicoterapia settimanali, entrambi incontri psicoterapeutici attivi nella Comunità. A tali gruppi si potranno associare terapie familiari in accordo con i servizi di S.M. invianti.

Funzione socio-riabilitativa

L'articolazione progettuale della funzione socio-riabilitativa tiene conto sia della strutturazione interna sia del contesto socio-territoriale di riferimento.

IL CONTRATTO EDUCATIVO ASSISTENZIALE CON L'UTENTE E LA FAMIGLIA

Gli obiettivi che si intendono raggiungere con l'offerta residenziale riabilitativa delle strutture della Cooperativa L'Aquilone sono :

- 1) Evitare forme di ricovero improprie in strutture non deputate alla cura del disagio psichico
- 2) Attuare una strategia che possa combinare approcci terapeutici e psicoterapeutici, socio assistenziali e riabilitativi
- 3) Favorire la fuoriuscita dalla famiglia quando voluta dai pazienti sostenendo positivamente le relazioni fra soggetto e famiglia. Sono consentite alla famiglia le visite in struttura nelle ore diurne previste per tali incontri, ed anche nelle ore serali e notturne in caso di emergenza.
- 4) Superare l'istituzionalizzazione e qualunque forma di emarginazione dal contesto sociale di persone che presentano disabilità psichiche anche di lunga durata
- 5) Migliorare la qualità di vita, favorendo il reinserimento sociale dell'ospite in modo rispondente alla sua personalità ed ai suoi interessi .

I progetti individuali vengono condivisi con i Servizi di Salute Mentale di appartenenza, con il paziente e con la famiglia.

CARTA DEI SERVIZI
COOPERATIVA SOCIALE L' AQUILONE
STRUTTURE RIABILITATIVE PER LA SALUTE MENTALE IN SOLOPACA

Principi generali

In riferimento a quanto previsto dallo Schema generale della Carta dei Servizi sociali nella Regione Campania (BURC n.52 del 18.12.2008) che qui si intende integralmente riportato, si precisa quanto segue :

Art. 1 comma 4 : la presente Carta dei Servizi verrà aggiornata ogni qualvolta avverranno variazioni nell'erogazione dei servizi e comunque almeno una volta all'anno.

Art. 3

Comma a) *Area di attività*: Offre interventi di riabilitazione-motivazione per disabili psichici in un ambiente non istituzionale né ospedaliero usufruendo di una atmosfera familiare accogliente.

Comma b) *Finalità della struttura*: l'uscita ed il reinserimento nel contesto territoriale di appartenenza costituisce l'obbiettivo a lungo termine della nostra struttura in stretta collaborazione con l'inviante.

Comma c) *Obbiettivi* : struttura intermedia tra strutture ospedaliere o ambulatoriali ed una casa indipendente, in cui gli ospiti possono sperimentarsi in una soluzione abitativa semi-autonoma, potendo contare sulla supervisione di attenti operatori.

Comma d) *Modalità organizzative e gestionali*.

Vedi allegati

Allegato A : il circuito riabilitativo della Cooperativa Aquilone

Allegato B : lettera di accettazione indirizzata ai Servizi invianti

Allegato C : compiti degli operatori

Comma e) *Risorse professionali*

Vedi allegato D

Comma f) *rapporti con le famiglie*. I familiari sono coinvolti nell'organizzazione e gestione dei brevi periodi di rientro a casa dell'ospite (es.: week end, festività, onomastici, ecc.) negli accompagnamenti a visite mediche e accertamenti diagnostici presso strutture sanitarie specialistiche (xografie, visite odontoiatriche, ecc.); periodicamente si organizzano incontri tra tutti i familiari ed i pazienti.

Comma g) *Valutazione e monitoraggio del servizio* : avviene attraverso relazioni scritte trasmesse ai Servizi invianti ed attraverso l'utilizzo di apposite "Scale di valutazione" (VGF, AB-AUT, VADO, ecc). I medici invianti visitano periodicamente i pazienti inviati nelle nostre comunità programmando con noi il successivo percorso riabilitativo.

Art. 4

Modalità di accesso : gli ospiti accedono alla Comunità Terapeutica Aquilone su richiesta dei Servizi Territoriali invianti e previa valutazione selettiva dei sanitari della Comunità.

Per la Comunità Alloggio Villa Carolina occorre il verbale dell' UVI promossa dal Centro di Salute Mentale del territorio inviante. L'UVI effettuerà una valutazione globale delle condizioni del soggetto richiedente e del suo livello di autonomia, definendo la natura del bisogno, l'intensità e la durata delle prestazioni necessarie, fissa tempi e modalità di valutazione dei risultati e, in base a ciò, predispone il progetto personalizzato.

Per il gruppo appartamento occorre la richiesta del Comune di residenza o la richiesta dei familiari.

Nel caso di indisponibilità dei p.l. il candidato viene inserito in una apposita lista di attesa dandone comunicazione ai Servizi invianti ed ai familiari.

Art. 5

Rette di degenza : per la Comunità Terapeutica" Aquilone " : a carico della ASL inviante. Per la Comunità Alloggio" Villa Carolina" : 40% a carico della ASL inviante, 60% a carico del comune di residenza e/o a carico della famiglia, come da verbale dell'UVI. Per il gruppo appartamento "La Casetta" a carico del comune inviante o della famiglia.

Art. 6

Comma 1 Per ciascun ospite delle Comunità viene formulato un *progetto individuale* con l'indicazione degli obiettivi da raggiungere sul piano dell'autonomia personale e dei tempi previsti (cronogramma). Periodicamente i progetti individuali verranno monitorati con gli strumenti già segnalati in precedenza (relazioni scritte ed applicazione delle Scale di valutazione).

La Cooperativa si impegna al mantenimento degli standard quali-quantitativi previsti dalla legislazione nazionale e regionale.

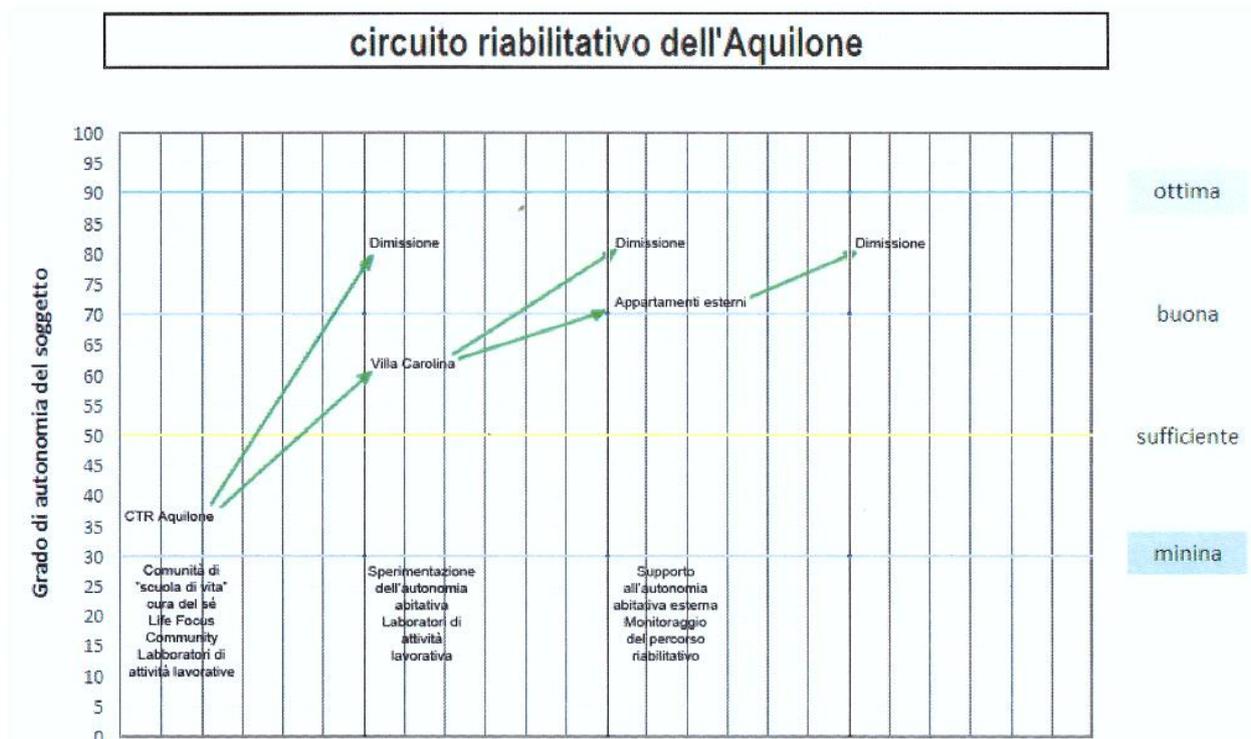
Comma 2 Gli ospiti parteciperanno alla rilevazione periodica della qualità erogata e percepita mediante la presenza alle riunioni settimanali con gli operatori e/o con la compilazione di appositi questionari.

Art. 7

La Cooperativa Aquilone gestore delle strutture si impegna ad istituire un apposito "Registro dei reclami" secondo le modalità e le procedure previste dall'art. 7, commi 1 e 2, che qui si intendono per interamente riportati.

Art. 8 Presso la sede delle strutture e sul sito web della Cooperativa verrà esposta la presente Carta dei Servizi.

ALLEGATO A



La Comunità Terapeutica Riabilitativa Aquilone si offre alla costellazione riabilitativa dei Servizi di Salute Mentale come opportunità di percorsi terapeutici di risocializzazione e di autonomia personale, di inclusione sociale e di sperimentazione lavorativa, per persone con disagio psichico in fase di sufficiente compenso sintomatologico.

Sono utilizzate a questo scopo 3 strutture, site nel paese di Solopaca (Bn): la CTR "Residenza Aquilone" con venti posti letto, la Comunità Alloggio "Villa Carolina" con 10 posti letto ed il Gruppo Appartamento "La casetta" con 6 p.l.

Le 2 comunità offrono percorsi terapeutici mediante laboratori riabilitativi che utilizzano la cultura del paese: cucina e pasticceria, viticoltura e produzione di vino, allevamento di animali da cortile, piccoli orti autogestiti, un laboratorio di restauro mobili e falegnameria. Nel pomeriggio si svolgono altre attività con finalità più risocializzanti o terapeutiche (cineforum, lab. di scrittura, lab. Espressione corporea, palestra, lab. di autonomia in cucina, uscite in città, ecc); alle 12.30 dei giorni feriali vi è l'incontro con i medici o con la psicologa su tematiche antropologiche o organizzative del gruppo.

La presa in carico del paziente viene concordata nei suoi tempi con il Servizio inviante e prevede un clima familiare, la condivisione del progetto riabilitativo ed un sostegno psicoterapico personale e familiare.

La struttura di Villa Carolina punta prevalentemente su le possibilità riabilitative dell'abitare (la residenzialità come strumento terapeutico ossia l'uso terapeutico dello spazio): un contesto riabilitativo altro, che offre la concreta verifica dell'autonomia raggiunta circa la cura di sé e degli spazi di vita grazie alla precedente esperienza della Comunità Aquilone. L'operatore assolve prevalentemente la funzione di sostenere l'ospite nelle attività che lo preparano a concludere il proprio percorso riabilitativo.

L'Aquilone ha anche attivato l'offerta di un "monitoraggio guidato" per persone alloggiate in appartamenti esterni (es. "La casetta") che, dopo la fase residenziale in comunità, abbiano la necessità di continuare un percorso riabilitativo evolutivo secondo il modello antro-ecologico: riabitare lo spazio, il tempo, le relazioni.

ALLEGATO B LETTERA AI SERVIZI INVIANTI



Alla c.a. Dott
UOSM
ASL
Fax

R1 Oggetto: immissione

Confermiamo la nostra disponibilità ad accogliere la persona da Lei inviata per un programma riabilitativo psichiatrico e psicosociale teso, secondo le Sue indicazioni, alla ripresa di una progettualità personale a partire dalla ridefinizione di sé e dei suoi limiti e mirato a migliorare le sue capacità di relazione. Inoltre si valuteranno le sue abilità e competenze sull'agire pratico al fine di individuare eventualmente una scelta lavorativa. Oltre a partecipare alle attività riabilitative strutturate in laboratori, potrà anche essere inserito in gruppi di sostegno psicoterapico.

L'ospite parteciperà alle attività di una residenza inserita in un contesto in genere territorialmente accogliente e sarà coinvolto tutte le sere nelle uscite organizzate. In questo percorso di riabilitazione sarà coinvolta anche la famiglia e le persone di riferimento significative.

Dopo il primo mese di permanenza in Comunità gli ospiti potranno usufruire, previo accordo con i familiari e gli operatori del CSM inviante, di permessi di soggiorno a casa durante i week end o le festività maggiori per la durata massima di 3 giorni. La richiesta di periodi più lunghi comporterà la dimissione dell'ospite e non è possibile garantire a priori la conservazione del posto letto. L'eventuale rientro sarà possibile se la determina di invio è ancora valida.

Si invita la Signoria Vostra a voler provvedere a far effettuare i seguenti esami clinici: Rx torace, ECG e visita cardiologica, es. urine, es. di sangue : emocromo e formula, Markers epatite, VDRL, glicemia, azotemia, creatinine mia, VES, TAS, GOT, GPT, CPK, LDH, colesterolo totale, HDL colesterolo, trigliceridi, bilirubina tot. E fraz., sideremia, uremia, sodio, potassio, lipasi, fosfati al., gamma GT, amilasemia, PT, PTT, QPE. Occorre inoltre la certificazione dell'avvenuta vaccinazione antitetanica.

Tutta la suddetta documentazione deve essere consegnata all'atto dell'ammissione in Comunità, accompagnata da copia dell'atto deliberativo di accollo della spesa (UVI) per quel che concerne la casa alloggio, e di atto di autorizzazione al ricovero a firma del Responsabile dell'invio per quel che concerne la Comunità terapeutica.

Facciamo presente che gli ospiti della Comunità devono provvedere, attraverso il medico di famiglia ai farmaci di fascia A ed a farsi prescrivere eventuali e successivi accertamenti strumentali, ed, attraverso lo specialista del CSM, a farsi prescrivere ed ottenere, con il sistema LIT, i farmaci neurolettici ad alto costo.

ALLEGATO C : RUOLO DEGLI OPERATORI

L'ospite parteciperà alle attività comuni a tutti gli abitanti della comunità e verrà inserito in un laboratorio mattutino ed in quelli pomeridiani, nonché parteciperà alle uscite giornaliere. Tutto gli operatori, ciascuno secondo la propria professionalità e competenza, aiuteranno l'ospite ad inserirsi nei gruppi di lavoro ed in quelli socioricreativi.

L'Equipe della Comunità è diretta dal **Direttore Sanitario** che sarà impegnato alla costruzione operativa della stessa, intesa come "gruppo dei curanti", nel quale le competenze delle singole professionalità presenti (Psicologa, Tecnici della Riabilitazione, Infermieri professionali, Operatori socio-sanitari, Maestri d'arte) concorreranno alla definizione di progettualità riabilitative, in coerenza con l'ascolto dei bisogni espressi dall'ospite, dalle famiglie e dalle UOSM invianti, al momento dell'ammissione e poi aggiornate nel corso del percorso riabilitativo residenziale. Il Medico responsabile esplicherà l'atto medico della presa in carico dell'ospite, come indirizzo terapeutico che prevede il coordinamento dell'intervento clinico e riabilitativo, che sarà somministrato dagli operatori della comunità, anche attraverso il raccordo con i medici invianti. Gli operatori concorreranno con il Medico responsabile alla definizione, e quindi all'offerta, di opportunità riabilitative e di assistenza sanitaria individualizzate, in favore degli ospiti. La responsabilità medica si esprimerà ancora con momenti di supervisione clinica dell'agire riabilitativo e inoltre sarà volta a promuovere salute in favore degli ospiti, delle loro famiglie, del contesto territoriale.

La Psicologa nella C.T. Aquilone partecipa al colloquio di accettazione e valutazione dei soggetti inviati dal CSM di competenza territoriale per un eventuale ingresso e mantiene i contatti successivi con le famiglie e i servizi invianti. Provvede inoltre alla prima accoglienza dell'ospite ed al raccordo con l'operatore di riferimento una volta che i sanitari avranno provveduto ad individuare l'operatore a cui assegnare il nuovo ospite.

Il Tecnico della Riabilitazione cura la raccolta e la conservazione delle relazioni e delle schede di valutazione afferenti al Piano terapeutico individuale (PTI) informando periodicamente i Servizi di S.M. di competenza ed inviando, all'atto della dimissione, ai suddetti Servizi, la documentazione del percorso riabilitativo.

Il gruppo operativo, costituito dagli operatori, è coordinato da un operatore con le funzioni di **Coordinatore**, il quale si adopera per rendere praticabili le risorse strutturali e umane della comunità, finalizzandone l'espressione al fine del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi sia di carattere generale che individuale.

L'Operatore di riferimento collaborerà all'accoglienza dell'ospite ed alla sua sistemazione alberghiera verificando di volta in volta tutto quello che attiene alla cura di sé (igiene personale) e dell'ambiente (riordino stanza, armadi, ecc.) nonché la sua partecipazione ai laboratori. **Periodicamente**, con cadenza almeno trimestrale, verrà compilarà la scheda AB-AUT riportando proposte per l'aggiornamento del progetto riabilitativo.

Tutti gli ospiti devono partecipare, come progetto base obbligatorio, alle attività che garantiscono l'autonomia abitativa e la gestione del quotidiano (fare la spesa, autonomia in cucina, nonché la gestione responsabile del denaro). A tale proposito verranno individuati sin dall'ingresso in Comunità gli ospiti che devono affidare all'*operatore di riferimento* il proprio budget economico. Il denaro va depositato in apposite cassette le cui chiavi sono affidate all'operatore di riferimento che provvederà, ogni qualvolta è in servizio, a consegnare all'ospite la somma necessaria per 1-3 giorni. In ogni cassetta va inserita una scheda con la data dei prelievi, la somma prelevata, la firma dell'ospite.

Allegato D ELENCO OPERATORI DELLA COOPERATIVA

OPERATORI DELLA CTR RESIDENZA AQUILONE

nominativo	codice fiscale	titolo studio/professionalità	tipologia di contratto : coop.soc	ore sett.
SCALA ANTONIO	SCLNTN37A25F839G	LAUREA/DIRETTORE SCIENTIFICO	CO.CO.CO.	
DI FEDE SALVATORE	DFDSVT53P12F537Z	LAUREA/DIRETTORE SANITARIO	liv.F2	38
DI RUBBIO LOREDANA	DRBLDN76M50A399J	LAUREA/PSICOLOGA	iv.E2/ TEMP.IND./P.T.%94,74	36
DE ROSA VINCENZO	DRSVCN67C24A024V	DIPLOMA/INFER. COORDINATORE	LIV. E1/TEMPO IND.	38
VALLIFUOCO MARIA	VLLMRA60H63E906A	LAUREA/TECN.RIAB.PSICHIATR.	liv.E1/ TEMP.IND.	38
DE ROSA ROSA	DRRSO97M60E791G	DIPLOMAINFERMIERE	LIV. D2TEMP, IND. /PT 94,74	36
MENDILLO GIUSEPPE	MNDGPP5520C525V	DIPLOMA/INFERMIERE	CO.CO.CO	38
LO TUFO VINCENZO	LTFVCN85R07E791Y	DIPLOMA/INFERMIERE	Liv. D2/TEMP. IND./PT% 94,74	36
TANCREDI CONSIGLIA	TNCCSG72L46L086Z	DIPLOMA/INFERMIERA	liv.D2/TEMP.IND	38
RICCIO GIOVANNI	RCCGNN95T31G596K	DIPLOMA/INFERMIERE	liv.D2/TEMP.IND./P.T.%94,74	36
PENGUE CONCETTA	PNGCCT79R63A783G	DIPLOMA/OPERAT. SOCIO SAN.	LIV. D1/TEMP.IND./P.T.94,74	36
ROMANO FRANCO	RMNFNC65R09F839I	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.D2/TEMP.IND.	38
RUSSO VINCENZA	RSSVCN63H58H834S	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.D2/TEMP.IND.	38
LAVORGNA SARA	LVRRA87L53L086G	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.D1/TEMP.IND./P.T.% 94,74	36
MAZZONE CARMINE	MZZCMN86H04A783A	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.D1/TEMP.IND./P.T.% 94,74	36
DE ROSA DOMENICO	DRSDNC74B23A024Z	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv. D2/TEMPO IND./	38
CALANDRA UMBERTO	CLNMRT68E1807841	LIC M./MAESTRO ATT. MAN.	LIV.D1/PT% 63,16	15
OPERATORI DI VILLA CAROLINA				
DAMA GIUSEPPE	DMAGPP76T05F839M	LAUREA/TECN. RIAB. PSICH. Coord.	liv. E1/TEMPO IND.	38
TAZZA ELDA	TZZLDE78M43A783O	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.D2/TEMP.IND./	38
SIMEONE DANIELA	SMNDNL80B59A783Z	DIPLOMA /OPERAT.SAN	Liv C2/TEMP.IND./P.T.%94,74	36
DI CAPRIO GENNARO	DCPGNR82A06E791S	DIPLOMA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.D1/TEMP.IND./P.T.% 94,74	36
DE NUNZIO CARMELA	DNNCML83P65B963U	LAUREA/OPERAT.SOCIO SAN.	liv.C2/TEMP.IND./P.T.% 94,74	36
TARASYUK LYUDMYLA	TRSLDM77P48Z138O	DIPLOMA/OPERT. SCIO SAN.	liv.C2/TEMP.IND./P.T.% 94,74	36
OPERATORI LA CASETTA				
BRUNO CARMELA	BRNCML68C621820H	LAUREA/ TECN. RIAB. PSICH.	liv. D2/TEMPO IND.	38
MOLINARO LINA	MLNLNI75S55A783Q	DIPLOMA/OPERAT. SOCIO SAN.	LIV. C2/TEMPO IND./PT% 94,74	36
CALANDRA UMBERTO	CLNMRT68E1807841	DIPLOMA/OPER. SOCIO SAN.	LIV. D1/TEMPO IND./PT%63,16	15

ELENCO CORREDO necessario per il soggiorno presso le strutture di Solopaca :

1. Tessera sanitaria (in fotocopia)
2. Carta d'identità in corso di validità
3. Terapia farmacologia prescritta dal medico inviante oltre al quantitativo di farmaci necessari mensilmente per la somministrazione.
4. Necessario per la cura personale: spazzolino, dentifricio, schiuma da barba, rasoio, sapone, bagnoschiuma, shampoo, pettine o spazzola per capelli, tagliaunghie.
5. Biancheria: due paia di lenzuoli con federe, asciugamani grandi e piccoli, accappatoio, sandali per doccia.
6. Biancheria intima: sette paia di slip, sette paia di calzini, tre maglie intime.
7. Vestiario personale consono alla stagione.
8. Budget per le spese personali (secondo le possibilità e le abitudini dell'ospite)
9. Cauzione di Euro 200,00 per spese impreviste ed eccezionali (detta somma o la rimanenza verrà restituita all'atto della dimissione).