



## Indice

DEFINIZIONE.....	pag. 3
DESTINATARI.....	pag. 3
FUNZIONAMENTO E CAPACITA' RICETTIVA.....	pag. 3
ACCESSO ALLA CASA DELLE AUTONOMIE (CDA).....	pag. 3
DESCRIZIONE DELL'ABITAZIONE.....	pag. 4
AMMISSIONE PRESSO LA CASA DELLE AUTONOMIE.....	pag. 4
DIMISSIONI PRESSO LA CASA DELLE AUTONOMIE.....	pag. 5
SOLLIEVO/AVVICINAMENTO ALLA RESIDENZIALITA'.....	pag. 5
FINALITA'.....	pag. 5
MODALITA' DI COORDINAMENTO.....	pag. 6
TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI E AMMONTARE DELLE RETTE.....	pag. 6
NOTIZIE UTILI.....	pag. 7

Allegati: 1 – 2 – 3 -4





## DEFINIZIONE

La Casa delle Autonomie è un servizio di accoglienza residenziale per persone con disabilità lieve (anche inserite nel mondo del lavoro). Si tratta di un progetto sperimentale di residenzialità autonoma rivolto ad ospiti che, in presenza di alcune caratteristiche personali, possono accedere a tale progetto

## DESTINATARI

Persone disabili prive di sostegno familiare o che desiderano un percorso di vita maggiormente autonomo dal nucleo familiare, in possesso di discrete capacità cognitive, relazionali e di autodeterminazione, in grado di accedere a un percorso di autonomia abitativa e di convivenza alla presenza ridotta dell'operatore. La Casa delle Autonomie dispone di otto posti.

## FUNZIONAMENTO E CAPACITA' RECETTIVA

La Casa delle Autonomie, realizzata e gestita dalla Amicizia Società Cooperativa Sociale di Codogno, si trova a Casalpusterlengo (LO) in Via F. Cavallotti n. 175. È aperta 24 ore al giorno per tutto l'anno. Ciascun inserimento è regolamentato dal Contratto d' ingresso, documento nel quale vengono disciplinati i rapporti tra la Cooperativa e il cittadino utente/tutore/curatore/amministratore di sostegno/famigliare.

## ACCESSO ALLA CASA DELLE AUTONOMIE

Alla Casa delle Autonomie si accede attraverso l'ingresso di Via F. Cavallotti, 175 a Casalpusterlengo. Nell'area adiacente e di fronte la casa sono disponibili alcuni spazi di parcheggio.

Il Servizio Amministrativo, con sede a Codogno in Via F. Cavallotti 6, è aperto al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.00 ed è a disposizione per tutte le informazioni sulle modalità di accesso alla Struttura. È possibile, per potenziali utenti e famigliari, svolgere una visita guidata alla Struttura, previo appuntamento.



### Come raggiungere la struttura:

#### IN AUTO:

- ✓ da **Piacenza** percorrere la Via Emilia (direzione Milano). Lasciare la Via Emilia seguendo e indicazioni per Casalbusterlengo
- ✓ da **Lodi** percorrere la Via Emilia seguendo le indicazioni per Piacenza., si arriva a Casalbusterlengo,
- ✓ da **Milano** immettersi sull'autostrada A1 dir. Piacenza—Bologna ed uscire a Casalbusterlengo.
- ✓ da **Pavia** seguire le indicazioni per Belgioioso, si arriva a Casalbusterlengo
- ✓ da **Cremona** seguire le indicazioni per Cavatigozzi, Acquanegra, Pizzighettone, Maleo e proseguire per Casalbusterlengo

#### IN TRENO:

- ✓ da **Piacenza** prendere la linea Piacenza-Milano. Scendere alla fermata di Casalbusterlengo
- ✓ da **Lodi** prendere la linea Milano-Piacenza. Scendere alla fermata di Casalbusterlengo
- ✓ da **Milano** prendere la linea Milano-Piacenza oppure la Milano-Mantova. Scendere alla fermata di Casalbusterlengo
- ✓ da **Pavia** prendere la linea Pavia-Lodi- Piacenza. Scendere alla fermata di Casalbusterlengo
- ✓ da **Cremona** prendere la linea Mantova-Milano. Scendere alla fermata di Casalbusterlengo

### DESCRIZIONE DELL' ABITAZIONE

L'immobile risponde ai requisiti igienico-sanitari dei regolamenti comunali per le case di abitazione.



La Casa delle Autonomie è composta:

#### **Piano terra**

ingresso presso il quale è dislocato un ascensore, 1 cucina abitabile, 1 soggiorno, 1 camera da letto a 2 posti ed un bagno;

#### **Primo piano**

due camere da letto a 2 posti, due camere da letto a 1 posto, due bagni.

**Sotterraneo**, è adibito a lavanderia e cantina.

La Casa delle Autonomie dispone, inoltre, di cortile privato e di box (magazzino)



## AMMISSIONE PRESSO LA CASA DELLE AUTONOMIE

È previsto che la richiesta di inserimento (All. 1) presso la Casa delle Autonomie debba essere presentata alla Cooperativa Amicizia dall'interessato, da un familiare, Tutore, Amministratore di sostegno o dall'Ente Inviante (Comune o ATS di residenza) con il quale verrà successivamente stipulata l'apposita convenzione che regola i reciproci rapporti (impegno di spesa e contratto di ingresso). Alla richiesta di inserimento deve far seguito documentazione dettagliata (anamnestica, sanitaria e sociale) finalizzata ad evidenziare le peculiarità del soggetto per poter valutare la sussistenza dei pre-requisiti necessari all'inserimento.

Se nulla osta all'inserimento del soggetto, si avvia un iter che prevede:

- colloqui di conoscenza tra il soggetto ed i familiari e i referenti della Struttura
- osservazione diretta attraverso due mesi di inserimento di prova
- raccolta e valutazione dei dati
- comunicazione dell'esito – favorevole o meno – alla collocazione del soggetto
- organizzazione dell'inserimento comprendente la sottoscrizione del contratto di ingresso, l'adempimento di eventuali pratiche burocratiche e/o amministrative e affidamento del soggetto al gruppo degli educatori/operatori della Struttura.

## DIMISSIONI DALLA CASA DELLE AUTONOMIE

Nel caso l'esperienza di un ospite nella Casa delle Autonomie diventi fonte di gravi complicazioni per sé o per gli altri ospiti, l'equipe della Struttura avvia una procedura atta ad evidenziare le criticità emerse dalla mutata situazione dopo aver sentito anche i pareri dell'ospite, della famiglia, del Tutore o Amministratore di sostegno e dell'Ente inviante.

A tal punto e solo dopo aver valutato l'inesistenza di condizioni e risorse adeguate per definire un nuovo progetto individuale e consentire la permanenza del soggetto nella Casa delle Autonomie, l'equipe propone alla Direzione e questi al Consiglio di Amministrazione della Cooperativa Amicizia, le dimissioni del soggetto, i cui tempi e modalità saranno concordate con gli attori coinvolti nel progetto di vita dell'ospite.

Nel caso in cui fosse invece possibile elaborare un nuovo progetto individuale di presa in carico del soggetto, l'equipe della Struttura e la Direzione della Cooperativa sottoporranno all'esame di tutti gli attori coinvolti (ospite, famiglia, Amministratore di sostegno o Tutore, Ente inviante), le nuove proposte d'intervento: l'approvazione del nuovo progetto è condizione fondamentale per continuare l'esperienza di inserimento presso la Casa delle Autonomie. Nel caso non si ritenga possibile approvare un nuovo progetto di vita che sia coerente con le sopraggiunte difficoltà dell'ospite, sarà attivato l'iter per le sue dimissioni. Le dimissioni possono avvenire anche per volere della famiglia. Sarà a cura della famiglia, del Tutore/Amministratore di sostegno o dell'Ente inviante la ricerca del nuovo contesto abitativo che dovrà avvenire entro tempi preventivamente stabiliti con la Cooperativa Amicizia.

## SOLLIEVO/AVVICINAMENTO ALLA RESIDENZIALITA'

Presso la Casa delle Autonomie possono essere svolti percorsi di avvicinamento al contesto residenziale atti ad aiutare il soggetto ad affrontare il "Dopo di noi" pertanto finalizzati a stimolare le autonomie abitative operative e relazionali del soggetto in preparazione ad un progressivo distacco dal contesto familiare.

Se nulla osta all'avvicinamento del soggetto si persegue lo stesso iter previsto per l'inserimento.

## FINALITA'

Uno degli obiettivi fondamentali della Casa delle Autonomie è quello di cercare di aumentare, rafforzare o mantenere le abilità possedute dell'ospite con l'obiettivo di fargli acquisire un'identità di "persona adulta", ovvero responsabile e capace in diversi ambiti: dalla cura generale di sé, alla





gestione domestica, alla capacità di conoscere e muoversi sul territorio e di usufruire dei servizi presenti. All'interno della Casa delle Autonomie l'ospite può quindi sperimentarsi ogni giorno per imparare a costruire il proprio futuro di adulto attraverso il rafforzamento delle proprie competenze personali. Fondamentale è anche costruire una rete di relazioni aggiuntiva a quella di riferimento e favorire l'integrazione sociale, ovvero sollecitare attività ed esperienze diverse all'interno delle quali l'ospite può incontrare persone nuove e costruire relazioni positive e gratificanti. Ciò al fine di sentirsi parte di contesti relazionali soddisfacenti dove poter agire, scegliere e vedere riconosciuta la propria identità di persona. Il percorso abitativo si ispira al modello familiare di cui riproduce caratteristiche importanti come il senso di appartenenza a un gruppo e a un luogo domestico in cui riconoscersi, dove il soggetto può imparare a vivere senza la presenza costante dell'operatore ma facendo riferimento a sé stesso o al sostegno positivo prodotto dalla convivenza con gli altri.



## COORDINAMENTO E PERSONALE

Il Responsabile della Casa delle Autonomie è un Educatrice Professionale.

L'organico è composto da: Educatori Professionali, Tecnici dei Servizi Sociali, Operatori Socio Sanitari (OSS), personale addetto ai servizi generali (cucina e pulizie). Inoltre, durante il weekend sono presenti volontari del "Gruppo Volontari Amicizia" di Codogno e dell'"Associazione Disabili Insieme" (ADI) di Casalpusterlengo.

## TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI E AMMONTARE DELLE RETTE (1)\*

**La retta mensile prevede le seguenti prestazioni :**

- alloggio e ristorazione (pasti giornalieri, colazione e spuntini durante l'arco della giornata);
- servizio di pulizia e igiene degli ambienti;
- servizio di lavanderia interna;
- servizio di mensa **(2)\***

(1) \* La preparazione dei pasti viene effettuata all'interno delle strutture della Cooperativa Amicizia attraverso il proprio personale addetto alla cucina

(2) \* L'importo della retta viene determinato annualmente con delibera del Consiglio di Amministrazione della Cooperativa Amicizia.



**Prestazioni non previste dalla retta mensile:**

- i costi relativi allo svolgimento di attività ricreative o di svago;
- i costi dei farmaci e delle visite specialistiche non sostenute dal servizio sanitario nazionale;
- costi dovuti all'acquisto di beni e alla cura personale quali: abiti, scarpe, oggettistica, sigarette, parrucchiere, estetista, consumazioni al bar e ristorante, ecc;
- i costi relativi alle esperienze residenziali in luoghi di villeggiatura (in relazione alla località prescelta e al numero dei partecipanti).

**Ammontare delle rette**

**La retta mensile è di euro 1.837,00 + IVA di legge.**

E' previsto, prima dell'ingresso, il versamento di una cauzione infruttifera pari ad una mensilità della retta compresa IVA che verrà rimborsata all'atto della dimissione dell'ospite, previo eventuale conguaglio a favore dell'Ente.

**Impegno di spesa**

Verrà formalmente richiesto al Comune di residenza o all'ospite/ tutore /curatore/ amministratore di sostegno di procedere all'assunzione di apposito impegno di spesa quale atto necessario ad integrazione della domanda ed al perfezionamento della procedura (all.1).

**NOTIZIE UTILI**

Diritto alla Privacy

Il personale ha diritto di ottenere che i dati relativi alla propria persona, condizione contrattuale, economica ed ogni altra circostanza che lo riguardi rimangano segreti.

Il personale non potrà in nessun caso e per nessun motivo, divulgare dati e notizie relative ad altro personale, di ospiti, di familiari di riferimento, di visitatori e circostanze relative al servizio proprio.

Eventuali fatti o dati che possono muovere alla gestione dei servizi, dovranno, da parte del personale che ne è venuto a conoscenza, essere immediatamente comunicati. La Cooperativa Amicizia assicura che il trattamento dei dati personali avvenga nel rispetto delle norme di cui al D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento U.E. 679/2016.

Scioperi del personale

Come stabilito dalla Legislazione vigente, in caso di sciopero sono previsti contingenti minimi di personale che garantiscono l'erogazione dei servizi essenziali.

Emergenza e norme antincendio

L'Ente è dotato di procedure di verifica e controllo, manutenzioni programmate ed impianti in grado di assicurare la sicurezza degli edifici. Inoltre è stato strutturato un apposito Piano di Emergenza e Piano di Evacuazione, con specifiche procedure, in grado di operare tempestivamente ed in modo preordinato, in caso di pericolo. Esso è finalizzato a ridurre al minimo i pericoli in caso di eventi calamitosi (incendi, terremoti ecc.), portare soccorso alle persone eventualmente colpite e delimitare e controllare l'evento, ove possibile, al fine di ridurre i danni. Il personale è addestrato, come previsto dalla vigente normativa, per interventi atti a tutelare la salute e la sicurezza degli utenti.

I visitatori che si trovassero in struttura al verificarsi di tali eventi, sono tenuti a seguire scrupolosamente le indicazioni fornite dai preposti, per mettersi in sicurezza.



### Oggetti personali

È consentito all'ospite all'atto dell'inserimento portare con sé piccoli oggetti personali per lui significativi da collocare nella propria stanza.

### Uscita degli ospiti dalla struttura

Gli ospiti inseriti hanno la possibilità di uscire autonomamente dalla Casa delle Autonomie, previa autorizzazione scritta da parte della famiglia, o dove presenti Tutori, Amministratori di Sostegno. I parenti che desiderano uscire dalla Struttura con il proprio familiare debbono:

- essere autorizzati dal Coordinatore del Servizio;
- compilare un apposito modulo di liberatoria.

### Cartellini di riconoscimento

Per il personale è prevista la dotazione di cartellini di riconoscimento che riportano: fotografia, nome, cognome, qualifica e servizio di appartenenza.

### Accesso alla Struttura

È prevista la possibilità di visite guidate alla Struttura, da parte di utenti potenziali, loro familiari e scuole, previa richieste che devono pervenire all'ente in tempo utile. La persona da contattare è il Responsabile del Servizio.

### Uso di strumenti tecnologici telefoni cellulari

È consentito agli ospiti introdurre in Comunità strumenti tecnologici quali TV, radio, lettori CD, tablet, telefoni cellulari ecc. compatibilmente con gli spazi disponibili e la presenza degli altri utenti. L'utilizzo di PC e riproduttori CD portatili nonché dei cellulari deve essere concordato con il Responsabile di Servizio.

### Vestiaro

Gli ospiti che vengono inseriti, devono essere forniti di adeguato abbigliamento in relazione alle loro condizioni. Il vestiario viene fornito all'ingresso dell'ospite e i familiari si impegnano a sostituire o integrare l'abbigliamento affinché esso sia sempre adeguato alle necessità dell'utente. Il vestiario deve sempre essere consegnato fornito di apposita sigla personale dell'ospite.

Il lavaggio degli indumenti avviene all'interno del servizio per tutti i capi dell'ospite, salvo per quelli per cui sia possibile solo il lavaggio a secco o capi delicati. Inoltre è opportuno prevedere di fornire capi di abbigliamento che possano essere lavati in acqua calda, per ragioni igieniche.

### Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)

È facoltà dell'utente e dei familiari formulare reclami rispetto al servizio erogato dalla Casa delle Autonomie; i reclami dovranno essere formulati per iscritto su carta semplice ed inoltrati presso la sede legale della Cooperativa all'attenzione del Responsabile dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico (URP), Sig.ra Maserati Simona. L'URP provvederà ad esprimersi formalmente in ordine al reclamo entro 30 giorni dalla ricezione dello stesso.

È facoltà dell'utente e dei familiari, previa richiesta scritta indirizzata alla stessa Cooperativa, richiedere l'accesso e il rilascio (gratuito) della documentazione personale di carattere amministrativo e socio sanitario. Le tempistiche e le modalità sono definite in apposito regolamento consultabile da parte dell'utente e dei familiari presso l'URP al quale andrà inoltrata la richiesta di accesso ( all. 2)

### Questionario di gradimento

Entro la fine di ogni anno viene somministrato ai caregiver un questionario finalizzato a valutare il grado di soddisfazione rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usufruite. Il Questionario non





può essere somministrato agli utenti in quanto invalidi al 100% e incapaci di valutare e compilare il questionario somministrato specifico per l'utenza. Una volta elaborati i dati viene fornita ai caregiver una restituzione in ordine agli esiti del questionario(all. 3). Il questionario di gradimento viene annualmente somministrato anche al personale (all. 4).

### Allegati

1. Domanda di inserimento (con relativi allegati)
2. URP
3. Questionario di soddisfazione dei famigliari
4. Questionario di soddisfazione dei lavoratori

**Aggiornata aprile 2024**

### **Amicizia Società Cooperativa Sociale**

26845 Codogno (LO) - Via Felice Cavallotti, 6

Tel. 0377/430508 - Fax 0377/311001

CF e Partita IVA n. 07071980150 Iscrizione C.C.I.A.A. n. 1139725

E-mail: [uff.protocollo@cooperativa-amicizia.it](mailto:uff.protocollo@cooperativa-amicizia.it) [www.cooperativa-amicizia.it](http://www.cooperativa-amicizia.it)



## DOCUMENTAZIONE RICHIESTA allegata alla domanda

- Presentazione della **A -domanda di ammissione (allegato "1"** - con firma dell'interessato se capace di intendere e volere, del tutore, amministratore o curatore se incapace o soggetto a tutela o curatela) corredata dai seguenti documenti:
- **Allegato "B"** - attestazione/consenso ai sensi della L. 196/03 e del Reg.UE 2016/679.
- **Allegato "D"** - autorizzazioni
- Se presente, relazione sociale dalla quale emerga la storia personale e familiare del Soggetto, la motivazione per cui si richiede l'inserimento (a cura del Servizio di Assistenza Sociale del Comune) unitamente alla compilazione della **scheda sociale** riassuntiva (**Allegato C**)
- Ultima copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile
- Distinta e posologia dei farmaci prescritti
- Certificati inerenti ad eventuali ricoveri o visite specialistiche/esami clinici a disposizione;
- Carta di identità
- Tessera sanitaria
- Eventuale tesserino di esenzione ticket
- Documento di nomina (se in possesso) da parte del Tribunale di Amministratore/Tutore ecc.



**ALLEGATO "1"**  
**A - Domanda di inserimento**

Spett.le  
**Amicizia società cooperativa  
Sociale**  
Via Cavallotti n. 6  
26845 CODOGNO (LO)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_

in qualità di  interessato  esercente la potestà parentale/tutela/curatela/Amministratore di sostegno per il  
soggetto \_\_\_\_\_ disabile Sig. \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

**CHIEDE** l'ammissione a:

- Residenza Sanitaria Disabili RSD Amicizia**  a tempo indeterminato  in sollievo  per avvicinamento alla residenzialità
- RSD Primavera**
- RSD Faggio Rosso**
- Centro Socio Educativo Amicizia**
- Centro Socio Educativo Giovani Idee**
- Servizio di Formazione all'Autonomia**
- Centro Diurno Disabili Amicizia**
- Centro Diurno Disabili Volo Libero**
- Casa delle Autonomie:**  a tempo indeterminato  in sollievo  per avvicinamento alla residenzialità
- Comunità Socio Sanitaria**
- Appartamento "Casa delle Abilità"**  a tempo indeterminato  in sollievo  per avvicinamento alla residenzialità
- Progetto Appartamenti in centro**
- Progetto Fiordaliso**

Data

Il richiedente



## ALL. B - Attestazione / Consenso

Spett.le

**Amicizia società cooperativa Sociale**

Via Cavallotti n. 6

26845 CODOGNO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  per sé stesso   
ovvero per sé stesso e per il soggetto di cui è esercente la potestà parentale/tutela/curatela, Sig.  
\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### ATTESTA

che gli sono state rese per iscritto le informazioni dovute ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003 e del Reg. UE 679/2016 ed **ESPRIME IL CONSENSO RICHIESTO** per il trattamento dei dati qui conferiti da parte Sua, della A.T.S. della Città Metropolitana, del Comune di Residenza, ovvero di altra struttura sanitaria, socio sanitaria e/o assistenziale, per le finalità indicate nella suddetta informativa e per comunicazione a terzi soggetti sopra e di seguito individuati. Esprime il consenso al trattamento dei dati relativi alla domanda di inserimento ed allegati vari, nonché dei dati raccolti, richiesti e/o prodotti in seguito, relativi al ricovero e trattamento terapeutico, ovvero alla domanda di ricovero, di natura anche medico socio psico sanitaria e comportamentale. Esprime altresì il consenso al trattamento dei dati da parte di quelle società od Enti sopra individuati che svolgano attività di supporto, di sorveglianza, di garanzia, o comunque alle quali i dati siano dovuti per motivi di Legge, sanitari o ordine pubblico. Esprime il consenso al trattamento anche di dati definiti "sensibili" ai sensi della normativa in oggetto, trattamento funzionale all'offerta dei servizi richiesti e di natura obbligatoria oltre che contrattuale.

firma .....

N.B. Il presente documento è composto di tre parti, 1) attestazione di consenso, 2) informativa da firmare e restituire per attestazione di avvenuta consegna, 3) informativa parte da trattenere a cura dell'interessato.



## **INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 Dlgs 196/2003 E DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 (parte da Restituire firmata)**

La informiamo che:

ai sensi degli art. 13 D.lgs. 196/03 e 13 Reg. UE 2016/679 i dati da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività, ovvero acquisiti dietro Sua autorizzazione, potranno costituire oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza ai quali si ispira l'attività dell'Cooperativa;

ai sensi degli artt. 4 del D.lgs. 196/03 e 4 Reg. UE 2016/679 per trattamento si intende qualunque operazione o insieme di operazioni compiute con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la notificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione o la distruzione.

### **DATI DI CONTATTO:**

Titolare dei dati personali è la Amicizia Società Cooperativa Sociale - Via Cavallotti n. 6 - Codogno (LO), nella persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Marco Landi. Il Responsabile della protezione dati è il Sig. Cabrini Fabiano domiciliato presso la sede legale di Amicizia Società Cooperativa Sociale in Via Felice Cavallotti n.6 Codogno (LO).

I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.T.S Città Metropolitana, Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero e alla maggior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rivelante interesse pubblico" ex art. 85 del Codice, in quanto la Struttura è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ATS di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti. La informiamo che i dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi. Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere: 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali; 2) adempimenti e obblighi di legge; 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.), 4) necessità operative e di gestione interna; 5) finalità di tutela della salute; 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo); 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. - Regione - Ministeri competenti; 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale(ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio); 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS Città Metropolidata, Regione ecc. Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti. Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevenzano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito. La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. A.T.S A.SST.; I.D.R. e strutture sanitarie in genere, altri Servizi del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui al D.lgs. 196/03 e Reg. UE 2016/679 e precisamente il diritto di rettifica o cancellazione, di integrazione dei dati incompleti, di limitazione del trattamento; di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile; di revocare il consenso al trattamento dati in qualsiasi momento; di proporre reclamo all'Autorità garante, nonché di esercitare gli altri diritti a Lei riconosciuti dalla disciplina. Tali diritti possono essere esercitati scrivendo a: [dpo@cooperativa-amicizia.it](mailto:dpo@cooperativa-amicizia.it).

*Eventuali variazioni inerenti il Responsabile e le categorie di soggetti cui è consentito accedere ai "dati" di cui alla presente saranno verificabili, on line, sul sito: [www.cooperativa-amicizia.it](http://www.cooperativa-amicizia.it)*





FIRMA \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs 196/2003 E DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 (parte DA TRATTENERE)**

La informiamo che:

- ai sensi degli art. 13 D.lgs. 196/03 e 13 Reg. UE 2016/679 i dati da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività, ovvero acquisiti dietro Sua autorizzazione, potranno costituire oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza ai quali si ispira l'attività dell'Cooperativa;
- ai sensi degli artt. 4 del D.lgs. 196/03 e 4 Reg. UE 2016/679 per trattamento si intende qualunque operazione o insieme di operazioni compiute con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la notificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione o la distruzione.

### **DATI DI CONTATTO:**

Titolare dei dati personali è la Amicizia Società Cooperativa Sociale - Via Cavallotti n. 6 - Codogno (LO), nella persona del legale rappresentante pro tempore Sig. Landi Marco. Il Responsabile della protezione dati è il Sig. Cabrini Fabiano domiciliato presso la sede legale di Amicizia Società Cooperativa Sociale in Via Felice Cavallotti n.6 Codogno (LO).

I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.T.S. Città Metropolitana, Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero e alla maggior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rivelante interesse pubblico" ex art. 85 del Codice, in quanto la Struttura è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ATS di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti. La informiamo che i dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi. Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere: 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali; 2) adempimenti e obblighi di legge; 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.); 4) necessità operative e di gestione interna; 5) finalità di tutela della salute; 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo); 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. - Regione - Ministeri competenti; 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio); 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS, Regione ecc.

Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti.

Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevenano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito. La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. A.T.S. Città Metropolitana, ASST.; I.D.R. e strutture sanitarie in genere, altri Servizi del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui al D.lgs. 196/03 e Reg. UE 2016/679 e precisamente il diritto di rettifica o cancellazione, di integrazione dei dati incompleti, di limitazione del trattamento; di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile; di revocare il consenso al trattamento dati in qualsiasi momento; di proporre reclamo all'Autorità garante, nonché di esercitare gli altri diritti a Lei riconosciuti dalla disciplina. Tali diritti possono essere esercitati scrivendo a: [dpo@cooperativa-amicizia.it](mailto:dpo@cooperativa-amicizia.it).

Eventuali variazioni inerenti il Responsabile e le categorie di soggetti cui è consentito accedere ai "dati" di cui alla presente saranno verificabili, on line, sul sito: [www.cooperativa-amicizia.it](http://www.cooperativa-amicizia.it)



## ALL. D - Autorizzazioni

Spett.le

**Amicizia società cooperativa Sociale**

Via Cavallotti n. 6

26845 CODOGNO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  per sé stesso  ovvero per sé stesso e per il soggetto di cui è esercente la potestà parentale/tutela/curatela/Amministratore di sostegno, nei confronti di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con la presente, a tutti gli effetti di legge:

### AUTORIZZO

- a rendere note al pubblico eventuali immagini fotografiche e/o video del medesimo nell'ambito di iniziative volte ad illustrare l'attività della Cooperativa;
- ad utilizzare eventuali immagini fotografiche e/o video del medesimo nell'ambito di attività di studio e/o di approfondimenti volti ad individuare le cure/terapie riabilitative ritenute maggiormente idonee al soggetto;
- a far partecipare il medesimo ad attività sia interne che esterne organizzate dalla Cooperativa, anche mediante trasporto automobilistico, mezzo di velocipede (bicicletta), ovvero con mezzi pubblici.

*Per quanto sopra, con la presente sollevo formalmente questa Cooperativa da qualsiasi onere di responsabilità civile e penale per danni a sé, persone, animali o cose, dovuti a comportamenti anomali dipendenti dalla disabilità del suddetto utente.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## ALL. C - Scheda sociale

Data: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome : \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. di riferimento \_\_\_\_\_

### Composizione dell'attuale nucleo familiare:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Professione	Note da segnalare

Se il soggetto non vive in famiglia:

comunità \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

istituto \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

Figure di riferimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**DESCRIZIONE DEL SOGGETTO**

**Sesso:**       Maschio     Femmina    **Età** (anni compiuti): \_\_\_\_\_

**Diagnosi:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Grado di invalidità riconosciuto:** \_\_\_\_\_

**Eventuali provvidenze economiche:**

- Assegno mensile di assistenza (dal 74% al 100%)
- Pensione di invalidità (100%)
- Indennità di accompagnamento

**Se minore di età:**

- indennità di frequenza       indennità di accompagnamento

**Autonomia del Soggetto:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Deambulazione**

- Allettato       Utilizzo di ausili per la deambulazione (se sì, quale \_\_\_\_\_)
- Cammina con aiuto       Cammina da solo

**Alimentazione**

- Deve essere alimentato       Mangia con aiuto       Mangia senza aiuto
- Ha particolari esigenze alimentari (es. allergie, intolleranze - Specificare \_\_\_\_\_)

**Igiene personale**

- Non è in grado di lavarsi       Necessita di aiuto       Si lava da solo

**Presenta problemi di incontinenza**

- No       A volte       Sempre

**Presenta problemi di controllo degli sfinteri**

- No       A volte       Sempre



**Comunicazione**

- Non si esprime       Comprende solo ordini semplici       Si esprime con difficoltà
- Non comprende ordini semplici       Parla       Legge
- Comprende discorsi articolati       Scrive       Utilizza sostegni per la comunicazione (es. immagini) Note: \_\_\_\_\_

**Servizi Socio Sanitari e/o servizi educativi/ricreativi:**

Il Soggetto è attualmente in carico a qualche servizio?       Sì       No

Se sì Quale: \_\_\_\_\_

Da quali figure professionali è seguito? \_\_\_\_\_

Frequenta luoghi di ritrovo - strutture socio educative o ricreative?       Sì       No

Se sì indicare quali: \_\_\_\_\_

**Il soggetto manifesta episodi di aggressività nei confronti di:**

- |         |                                 |                                  |                                    |                              |
|---------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Cose    | <input type="checkbox"/> Spesso | <input type="checkbox"/> A volte | <input type="checkbox"/> raramente | <input type="checkbox"/> mai |
| Persone | <input type="checkbox"/> Spesso | <input type="checkbox"/> A volte | <input type="checkbox"/> raramente | <input type="checkbox"/> mai |

NOTE:

---

---

---

---

---

---

---

---

Compilata da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_





## Allegato 2

### UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (U.R.P.)

#### Organizzazione, scopi e funzioni dell'U.R.P.

1. Presso la Sede Legale della COOPERATIVA é attivo l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) con il compito precipuo di fornire agli utenti ed alle persone interessate informazioni inerenti all'attività istituzionale e sul funzionamento della COOPERATIVA nonché sulle prestazioni erogate.
2. Le attività di comunicazione pubblica sono finalizzate a:
  - a. illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative o regolamentari al fine di facilitarne l'applicazione;
  - b. illustrare le attività della COOPERATIVA e il loro funzionamento;
  - c. favorire l'accesso ai servizi, promovendone la conoscenza;
  - d. garantire il servizio all'utenza per i diritti di accesso e di partecipazione di cui alla Legge 7/8/1990, n. 241 e s.m.i.
  - e. garantire l'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti;
  - f. attivare ricerche e analisi finalizzate alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici dei rapporti con l'utenza.
3. L'U.R.P. deve, inoltre, raccogliere eventuali istanze e suggerimenti, operando in particolare per rendere effettiva la tutela dell'utente, con l'obiettivo di promuovere i processi volti a verificare la qualità dei servizi ed il gradimento degli stessi.
4. Dietro richiesta ed apposita delega, l'U.R.P. svolge operazioni amministrative in favore di utenti ricoverati che non possano provvedere autonomamente poiché privi, in tutto o in parte, di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana.
5. Gli utenti ed i loro familiari, gli organismi di volontariato o di tutela dei diritti possono presentare osservazioni, richieste di chiarimenti, opposizioni, denunce o reclami contro atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di competenza della Cooperativa. Il responsabile dell'Ufficio riceve le istanze e procede, previa adeguata istruttoria, a predisporre la risposta alle stesse, a fornire le informazioni richieste e/o provvedere a quanto altro necessario al fine di soddisfare la domanda presentata, anche risolvendo nell'immediato la problematica quando ne ricorrano i presupposti.
6. É fatto salvo il principio generale secondo cui la presentazione delle osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.

#### Presentazione delle istanze

1. I soggetti individuati al comma 5 del precedente articolo esercitano il proprio diritto entro 15 giorni dalla conoscenza da parte dell'interessato dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti, alternativamente:
  - mediante lettera inviata alla Cooperativa - anche tramite fax o posta elettronica -



- oppure consegnata direttamente all'U.R.P.;
- mediante segnalazione telefonica o nel corso di colloquio con il personale addetto all'U.R.P.
2. Per le segnalazioni telefoniche e per i colloqui viene redatta apposita scheda-segnalazione; in ogni caso devono risultare espressamente i dati identificativi della persona che effettua la segnalazione.

### **Istruttoria ed evasione delle istanze**

1. Le istanze presentate devono essere protocollate e contestualmente trasmesse all'U.R.P. per necessaria immediata conoscenza, tramite apposito modulo allegato alla presente.
2. Ai fini istruttori, nei cinque giorni successivi il responsabile dell'U.R.P. si attiva nei confronti dei responsabili dei Servizi interessati, affinché provvedano ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio, reperendo tutte le informazioni e gli elementi necessari, anche acquisendo relazioni o pareri, per fornire adeguata risposta al richiedente.
3. Il responsabile dell'U.R.P. provvede a dare tempestiva risposta, comunque, non oltre il termine di 30 gg. dal ricevimento dell'istanza, in ordine alle segnalazioni di più agevole soluzione; per i casi di evidente complessità o di particolare delicatezza le risultanze dell'istruttoria vengono trasmesse al Presidente per la definizione dell'iter della pratica ed il riscontro all'istanza, entro lo stesso termine di 30 gg. di cui sopra.
4. La risposta inviata all'utente va fornita in copia ai Servizi interessati per l'adozione dei provvedimenti e delle misure necessarie.
5. Il responsabile dell'U.R.P. provvede ad attivare la procedura di riesame dell'istanza, qualora l'utente dichiari insoddisfacente la risposta ricevuta e produca elementi integrativi

### **Coordinamento e sovrintendenza dell'U.R.P**

Il Responsabile dell'U.R.P. è stato individuato con provvedimento del Consiglio di Amministrazione del 21 Maggio 2021 fra il personale della COOPERATIVA o membro del Consiglio; ad esso competono le attività di coordinamento e di sovrintendenza del servizio, l'accesso alla documentazione, l'accertamento del rispetto delle procedure di cui al presente regolamento.

**Codogno, gennaio 2022**

Il Responsabile URP  
Maserati Simona

Il Presidente  
Marco Landi



## MODULO DI RILEVAZIONE APPRAZZAMENTI/RECLAMI

Data: \_\_\_\_\_

Servizio di riferimento: \_\_\_\_\_

Contenuto della segnalazione:

Indicare un eventuale riferimento telefonico se si desidera essere ricontattati dalla Direzione in merito alla segnalazione pervenuta: tel \_\_\_\_\_



### Allegato 3

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI CASA DELLE AUTONOMIE - 2024

Compilo il presente questionario in qualità di: (è possibile barrare fino a due caselle es. genitore e tutore)

- Genitore     Fratello/sorella     Altro  
 Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

1. Considero il livello di qualità dei servizi offerti dalla Cooperativa nel suo complesso:

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

2. Ritengo lo scambio d'informazioni tra Cooperativa/Servizio e famiglia:

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

3. Considero il coinvolgimento dei famigliari nel progetto personalizzato dell'ospite:

- Adeguato     Sufficiente     Insufficiente

4. Valuto il livello qualitativo delle attività proposte:

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

5. Valuto il livello qualitativo dell'assistenza:

- Medica specialistica

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

- Infermieristica/sanitaria

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

- Riabilitativa

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

- Di base (igiene personale, cura della persona)

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente



6. Valuto il livello dei servizi alberghieri e accessori:

• Mensa

Molto Buono       Buono       Sufficiente       Insufficiente

• Pulizia ambienti

Molto Buono       Buono       Sufficiente       Insufficiente

• Lavanderia/guardaroba

Molto Buono       Buono       Sufficiente       Insufficiente

• Uffici amministrativi

Molto Buono       Buono       Sufficiente       Insufficiente

7. Valuto il livello di professionalità e attenzione del personale nel prendersi cura dell'ospite:

Molto Buono       Buono       Sufficiente       Insufficiente

8. Ritengo che la carta dei servizi della Cooperativa fornisca informazioni in modo:

Completo       Adeguato       Sufficiente       Insufficiente

Suggerimenti per il miglioramento delle attività e dei servizi

---

---

---

---

---

Data di compilazione \_\_\_\_\_





## Allegato 4

# QUESTIONARIO RIVOLTO AI LAVORATORI REMUNERATI CASA DELLE AUTONOMIE - 2024

### SEZIONE 1 : INFORMAZIONI GENERALI

1.1 LEI E' SOCIO DELL'ORGANIZZAZIONE?

- Si  No

### SEZIONE 2 : AMBIENTE DI LAVORO

2.1 ESPRIMA IL SUO GIUDIZIO A RIGUARDO:

Illuminazione dell'ambiente

- Buona  Sufficiente  Scarsa

Riscaldamento

- Buono  Sufficiente  Scarso

Servizi igienici

- Buoni  Sufficienti  Scarsi

Condizioni igieniche degli ambienti

- Buone  Sufficienti  Scarse

Qualità del servizio mensa

- Buona  Sufficiente  Scarsa

Spazio all'esterno

- Buono  Sufficiente  Scarso

Gestione degli spazi in rapporto al numero di ospiti

- Buona  Sufficiente  Scarsa

### SEZIONE 3 : RELAZIONE CON L' UTENZA

3.1 RITIENE CHE IL SUO RAPPORTO CON L'UTENZA POSSA DEFINIRSI:

- Buono  Sufficiente  Scarso

3.2 LE DIFFICOLTA' IN TALE RELAZIONE, SECONDO LEI, SONO ATTRIBUII A:

- Aggressività  
 Mancata realizzazione di aspettative professionali  
 Eccessivo coinvolgimento emotivo



- Disomogenità della disabilità
- Altro \_\_\_\_\_

3.3 IN MERITO AL PROPRIO RUOLO, RITIENE DI SAPER OSSERVARE E RACCOGLIERE DATI SUGLI UTENTI NELLE LORO CARATTERISTICHE E NEI LORO BISOGNI?

- Sì
- No
- A volte

#### **SEZIONE 4 : RELAZIONE TRA COLLEGHI e RESPONSABILI**

4.1 NEL RISPETTO DEI RUOLI E DELLE COMPETENZE, RITIENE CHE IL RAPPORTO CON GLI ALTRI OPERATORI POSSA DEFINIRSI:

- Buono
- Sufficiente
- Problematico
- Superficiale

4.2 RITIENE CHE I MOMENTI DI CONFRONTO TRA COLLEGHI PER DISCUTERE DELLE PROBLEMATICHE DELL'UTENZA SIANO :

- Buono
- Sufficiente
- Scarso

4.3 COME GIUDICA IL SUO RAPPORTO CON IL RESPONSABILE DEL SUO SERVIZIO?

- Buono
- Sufficiente
- Scarso

4.4 RITIENE CHE I SUOI RESPONSABILI SIANO ATTENTI ALLE IDEE E AI SUGGERIMENTI DEGLI OPERATORI?

- Sì
- No
- A volte

#### **SEZIONE 5 : VALUTAZIONI GENERALI**

5.1 QUANTO E' SODDISFATTO DEL SUO LAVORO, NEL COMPLESSO?

- Molto soddisfatto
- Mediamente soddisfatto
- Insoddisfatto

5.2 RITIENE CHE IN QUESTA ORGANIZZAZIONE LE SIA CONSENTITA UNA CRESCITA FORMATIVO/PROFESSIONALE?

- Sì
- A volte
- No

5.3 L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO, A SUO AVVISO, LE PERMETTE DI SVOLGERE AL MEGLIO LE PROPRIE MANSIONI SENZA STRESS ED ECCESSIVA STANCHEZZA?

- Sì
- No
- Non sempre

5.4 IN MERITO ALLA RETRIBUZIONE PERCEPITA, ESPRIMA LA SUA VALUTAZIONE:

- Molto soddisfatto
- Mediamente soddisfatto
- Insoddisfatto

5.5 CONDIVIDE IL MODO CON CUI QUESTA ORGANIZZAZIONE LAVORA A FAVORE DEGLI UTENTI?

- Sì
- No
- Parzialmente



