



# Cooperativa Amicizia Carta dei Servizi



## Comunità Alloggio e Sociosanitaria

## Indice

<b>1. CSS Comunità Alloggio e Socio Sanitaria</b> .....	pag. 3
1.1 Normativa di riferimento.....	pag. 4
1.2 Destinatari .....	pag. 4
<b>2. CSS COMUNITA' ALLOGGIO e SOCIO SANITARIA di Casalpuusterlengo</b> .....	pag. 4
2.1 L'ente gestore.....	pag. 4
2.2 Descrizione dell'abitazione .....	pag. 4
2.3 Come raggiungere la struttura .....	pag.5
2.4 Modalità di ammissione, dimissioni e gestione della lista di attesa .....	pag. 5
2.5 Finalità.....	pag. 6
<b>3. Organizzazione interna</b> .....	pag. 6
3.1 Ore di lavoro e turni di servizio .....	pag. 6
3.2 Strumenti di lavoro .....	pag. 7
3.3 Qualifiche del personale .....	pag. 7
3.4 Modalità di coordinamento.....	pag. 8
<b>4. Attività</b> .....	pag. 8
4.1 Giornata tipo degli ospiti.....	pag.8
<b>5. Retta</b> .....	pag.10
5.1 Tipologia delle prestazioni e ammontare delle rette .....	pag.10
<b>6. Notizie utili</b> .....	pag.11

**Allegati: 1 – 2 – 3 – 4**

## 1. COMUNITA' ALLOGGIO e SOCIO SANITARIA



### 1.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO E TIPOLOGIA DI STRUTTURA

La Comunità Alloggio è un servizio socio assistenziale di accoglienza residenziale per persone disabili (Dgr 16 febbraio 2005 n. 7/20763) che, in seguito ad un processo di ulteriore qualificazione (Accreditamento) e in possesso dei requisiti organizzativi e strutturali indicati dalla Dgr 23 luglio 2004 n. 7/18333 è accreditata dalla Regione Lombardia al sistema socio-sanitario regionale come Comunità Socio Sanitaria.

### 1.2 DESTINATARI

La Comunità Alloggio accoglie persone disabili che non possono permanere all'interno del proprio nucleo familiare e che richiedono assistenza, protezione e tutela.

Essa si definisce Comunità Socio Sanitaria quando elargisce prestazioni a carattere riabilitativo o sanitario per conto del servizio pubblico accogliendo disabili anche gravi sulla base di un processo di ulteriore qualificazione definito Accreditamento.

## 1. COMUNITA' ALLOGGIO e SOCIO SANITARIA di Casalpusterlengo

### 2.1 L'ENTE GESTORE

L'Amicizia Società Cooperativa Sociale, costituita il 14/07/1983, rappresenta un punto di riferimento fondamentale nel territorio della Provincia di Lodi per quanto attiene al sistema d'offerta degli interventi rivolti alle persone con disabilità. La Cooperativa Amicizia è ente gestore di strutture socio sanitarie diurne e residenziali accreditate dalla Regione Lombardia e servizi socio assistenziali

convenzionati con i comuni afferenti alla Provincia di Lodi. Non ha scopo di lucro, persegue l'interesse generale della comunità, la promozione umana e l'inclusione sociale dei cittadini.

La Comunità Alloggio e Socio sanitaria, il cui stabile è stato realizzato dall'Associazione Disabili Insieme di Casalpusterlengo, è gestita dalla Amicizia Società Cooperativa Sociale di Codogno e si trova a Casalpusterlengo (LO), in Via F. Cavallotti n. 162 ed è aperta 24 ore al giorno durante il corso dell'intero anno.

La partecipazione alla vita socio-educativa degli ospiti è garantita ogni giorno da personale qualificato, per l'intero arco della giornata e con continuità, attraverso la frequentazione di contesti collettivi educativi, culturali e ricreativi atti a favorire la migliore socializzazione e integrazione possibili.

Nell'ambito del loro progetto di vita pertanto tutti gli ospiti della Comunità Alloggio e Sociosanitaria vengono accompagnati ogni giorno presso i Centri diurni (Centro Socio Educativo CSE e Centro Diurno Disabili CDD) della Cooperativa Amicizia di Codogno e Casalpusterlengo. In caso di malattia, è assicurata agli ospiti la presenza in Comunità di personale socio-sanitario per coloro che usufruiscono dei voucher socio-sanitari e di personale educativo per gli altri.

La Comunità alloggio dispone di n. 10 posti di cui 6 accreditati e a contratto dalla Regione Lombardia come Comunità Socio Sanitaria.

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 / familiare.

## 2.2 DESCRIZIONE DELL'ABITAZIONE

L'immobile risponde ai requisiti igienico-sanitari dei regolamenti comunali per le case di abitazione ed è conforme al D.P.R. del 27.04.78 n. 384.

La Comunità alloggio e Socio sanitaria è così composta:

### **Piano terra:**

ampio ingresso presso il quale è dislocato un ascensore, 1 cucina abitabile, 1 soggiorno, 1 soggiorno con angolo cottura, 1 camera da letto e un bagno.

### **Primo piano:**

3 camere da letto, un bagno – spogliatoio per gli operatori e altri 2 bagni di cui uno assistito per disabili in carrozzina.

**Il sotterraneo**, munito di ascensore, è adibito a lavanderia, ripostiglio e cantina.

La Comunità Alloggio e Socio sanitaria dispone, inoltre, di cortile privato di ampia metratura.

## 2.3 COME RAGGIUNGERE LA STRUTTURA

### COME ARRIVARE IN AUTO

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

## COME ARRIVARE IN TRENO

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

## **2.4 MODALITA' DI AMMISSIONE, DIMISSIONE E GESTIONE DELLA LISTA D' ATTESA**

Le procedure per l'ammissione – vedi l'allegata domanda di inserimento (all.1) - e le dimissioni degli utenti residenti nei Comuni dei distretti della Provincia di Lodi sono definite dal protocollo interistituzionale sottoscritto da tutti gli enti gestori di unità d'offerta rivolte alle persone con disabilità del territorio lodigiano, dall'ex Asl di Lodi NON SI METTE ASST? CONTINUIAMO A DIRE EX ASL?? ,dall'Ufficio di Piano e dalle Aziende consortili del territorio lodigiano. La fase propedeutica all'inserimento è a cura del Servizio Sociale del Comune di residenza al quale l'utente, la sua famiglia o chi esercita la protezione giuridica deve rivolgersi.

Per gli utenti residenti in Comuni per cui non è territorialmente competente la Provincia di Lodi la richiesta di inserimento è formulata dall'utente, da un familiare o da chi svolge un ruolo di protezione giuridica direttamente nei confronti della Cooperativa, preferibilmente attraverso la mediazione del Servizio Sociale Territoriale di riferimento.

Prima dell'inserimento l'utente, il familiare o chi svolge un ruolo di protezione giuridica dovranno sottoscrivere con la Cooperativa il contratto d'ingresso nel quale vengono disciplinati i reciproci impegni. Il contratto d'ingresso è stato elaborato sulla base della normativa regionale.

Le procedure per la gestione delle liste d'attesa (all. 2) sono definite dal protocollo interistituzionale che stabilisce le regole per la composizione della graduatoria in base a dei criteri: età del soggetto, condizioni sociali, appropriatezza della residenza in relazione alle caratteristiche e grado di fragilità della persona, avere svolto periodi di sollievo e percorsi di avvicinamento alla residenzialità, territorialità.

## **2.5 FINALITA'**

La Comunità si propone come strumento di mantenimento e promozione delle competenze e delle abilità dell'ospite oltre che dei suoi diritti fondamentali, al fine di favorire la sua massima autonomia e autodeterminazione. Ha lo scopo di far condurre agli utenti un'esperienza di vita comunitaria di stile familiare che garantisca loro la miglior qualità di vita possibile nel rispetto delle caratteristiche individuali di ognuno e a partire dalle loro potenzialità. L'obiettivo che la Comunità Alloggio e Socio sanitaria persegue è quello della *Continuità: METTEREI INVECE SEMPLICEMENTE: Essa persegue la continuità:*

1. nella presa in carico dell'ospite garantendo lo svolgimento degli interventi sanitari, socio-sanitari, riabilitativi e socio-assistenziali atti a garantire il benessere psico-fisico dell'ospite;
2. nell'aumentare, ove possibile, il livello di responsabilizzazione personale degli ospiti in modo da consentire loro una maggiore autostima e autonomia;

3. nel garantire il coinvolgimento della famiglia nella messa a punto di modalità positive finalizzate al mantenimento del benessere psico-fisico del proprio caro e per fornirle le forme di sostegno più efficaci a garantire serenità e fiducia;
4. nei passaggi di informazione tra i vari attori coinvolti (la famiglia, gli operatori, gli enti e i servizi sociali, sanitari, ecc.);
5. nel perseguire in modo dinamico e critico gli obiettivi descritti nel Progetto Educativo Individuale di ogni ospite.

### **3. ORGANIZZAZIONE INTERNA**

#### **3.1 ORE DI LAVORO E TURNI DI SERVIZIO.**

In Comunità alcuni operatori lavorano 38 ore alla settimana, altri invece 30 ore e il servizio, offerto nell'arco delle 24 ore, è organizzato in diversi turni di lavoro.

La nostra organizzazione porta tutti i dieci ospiti della Comunità a frequentare, durante il giorno i centri diurni della Cooperativa Amicizia (CSE e CDD) dove personale educativo e assistenziale si occupa di loro nella fascia oraria dalle 9.00 alle 16.00. Qualora però si verificano necessità o imprevisti che comportino la permanenza dell'utente in Comunità durante quella fascia oraria, la nostra turnistica contempla l'intervento di un operatore reperibile.

Di seguito vengono riportati gli orari delle diverse fasce di turno previsti in Comunità.

#### **DA LUNEDÌ A VENERDÌ:**

dalle 7.00 alle 9.30 è prevista la presenza di un operatore per supportare il collega del turno di notte al fine di preparare gli utenti che devono raggiungere i centri diurni dove permangono fino alle ore 15.30/16.00 circa. A quell'ora, gli ospiti vengono poi prelevati da un operatore della Comunità che, col pulmino, li riaccompagna in Struttura. QUESTA FRASE è UGUALE NELLA SOSTANZA, HO SOLO CAMBIATO QUALCOSA...

In caso di bisogno che comporti la permanenza dell'ospite o degli ospiti nel centro residenziale, la fascia oraria dalle 9.00 alle 15.30/16.00 viene coperta dall'operatore reperibile. Una volta che gli ospiti sono rientrati in Struttura la fascia di turno pomeridiana da coprire va dalle ore 15.00 alle ore 22.00 e contempla la presenza di due operatori, uno dei quali soltanto terminerà il turno di lavoro alle ore 21.00. Il turno di notte inizia alle ore 22.00 e ha termine alle ore 9.00 del giorno seguente.

#### **WEEKEND E FESTIVI:**

nella prima parte del giorno è prevista una fascia oraria dalle 7.30 alle 15.00 con la presenza di due operatori (uno dei quali però inizia il turno dalle ore 9.00) e una fascia oraria dalle 15.00 alle 22.00 che contempla anch'essa la presenza di due operatori, uno dei quali soltanto terminerà il turno alle ore 21.00.

#### **3.2 STRUMENTI DI LAVORO**

La Comunità alloggio dispone dei seguenti strumenti di lavoro:

- *Fascicolo personale dell'ospite e Fa.SAS. (fascicolo socio sanitario e assistenziale).*

Ogni ospite in Comunità possiede un fascicolo che è personale e contiene tutte le informazioni che lo riguardano: nozioni personali, progetto educativo, relazioni o verifiche periodiche di aggiornamento della condizione socio-educativa, psico-relazionale ecc. oltre all'anamnesi e le informazioni relative alla situazione medico-sanitaria.



Per gli ospiti inseriti nella Comunità Socio Sanitaria (CSS) che godono dei voucher di lungo assistenza per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, il fascicolo personale è denominato Fa.SAS. - come richiesto dalla normativa vigente - ovvero *Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario*. Ciò significa che per questi ospiti, il fascicolo individuale deve comprendere ulteriori informazioni rispetto a quelle evidenziate per la Comunità Alloggio e specificamente il Progetto Individualizzato richiesto ed elaborato a seguito dell'emissione del voucher sociosanitario.

Si tratta di un progetto individuale che evidenzia i bisogni sociosanitari dell'ospite, gli obiettivi da raggiungere per il loro soddisfacimento, le prestazioni da erogare per il raggiungimento degli obiettivi e la frequenza di erogazione delle stesse.

- *Scale di valutazione specifiche* (della Qualità della vita San Martin, scheda di Valutazione delle Abilità Padroneggiate SVAP-R, Spaid-G, ecc.) per l'elaborazione del progetto educativo individualizzato dell'ospite.

- *Registro di consegna*, ovvero un resoconto giornaliero generale o dettagliato al bisogno sull'andamento degli ospiti che gli operatori redigono a fine turno.

- *Registro delle comunicazioni interne*. Il registro, redatto dagli operatori e consultato prima dell'avvio del turno di lavoro, è una sorta di bussola giornaliera, utile a fornire indicazioni o notizie ai colleghi durante il cambio dei turni: notizie importanti o urgenti inerenti l'ospite, lo svolgimento di una specifica commissione da effettuare nel giorno, di un bisogno repentino che richiede soluzione durante il turno di lavoro, ecc.

- *Schede personalizzate*. Per alcuni ospiti è prevista la rilevazione, su apposite schede di elementi utili ad elaborare un progetto educativo individuale adeguato e a monitorare la condizione di salute: scheda del peso corporeo, del ciclo mestruale, della pressione arteriosa, diario delle crisi epilettiche, ecc.



- *registro/verbale delle riunioni* dell'equipe operativa del servizio;

- *registro volontari*, per annotare la frequenza delle visite;

### 3.3 QUALIFICHE DEL PERSONALE

L'organico della Comunità Alloggio e Socio-Sanitaria è attualmente composto da:

Educatori Professionali, Tecnici dei Servizi Sociali, Operatori Socio Sanitari (OSS), personale addetto ai servizi generali (cucina e pulizie). Inoltre, nella gestione

delle prestazioni socio-sanitarie previste dai voucher socio-sanitari di lunga assistenza, intervengono:

- un medico Psichiatra
- Infermieri professionali
- Operatori Socio Sanitari

Infine, alcuni giorni della settimana, la Comunità si avvale della preziosa collaborazione dei volontari del "Gruppo Volontari Amicizia" di Codogno e dell'"Associazione Disabili Insieme" (ADI) di Casalpusterlengo che, con la loro opera regalano momenti di vera serenità e gioia agli ospiti durante le uscite pomeridiane e nello svolgimento di attività ricreative. FRASE UGUALE NELLA SOSTANZA, CAMBIATA SOLO UN PO' NELL'ESPRESSIONE VERBALE

### 3.4 MODALITÀ DI COORDINAMENTO

Il Responsabile della Comunità alloggio e Socio Sanitaria che ha il titolo di Educatore Professionale:

- \* collabora con il Servizio Disabilità dell'ASST della Provincia di Lodi, coi familiari e/o Tutori e Amministratori di sostegno degli ospiti (che provvede ad informare in merito ad eventuali cambiamenti o bisogni che si rendono necessari per i loro famigliari o assistiti), nonché con i servizi della rete e gli Enti sociali territoriali (Assistenti Sociali, Medico di base, Centro Psico-Sociale, Associazioni di volontariato, ecc.);
- \* gestisce il personale in forza al servizio in modo autonomo e sovrintende a tutte le attività connesse al servizio stesso. È coadiuvato da un vice che in caso di assenza o impedimento svolge le sue attribuzioni e funzioni;
- \* predispone ogni anno, in collaborazione col Medico di medicina generale dell'ospite il Progetto individualizzato per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie previste dal voucher di lungo assistenza.
- \* si incontra periodicamente con i responsabili dei servizi della Cooperativa AMICIZIA e la Direzione in riunioni d'equipe, per confrontarsi su eventuali problematiche, organizzare attività o programmi trasversali alle diverse Unità Operative.

## 4. ATTIVITA'

### 4.1 GIORNATA TIPO DEGLI OSPITI

L'organizzazione della giornata (dal lunedì al venerdì) è strutturata in questo modo:



#### **Dalle 6.30 alle 8.30:**

l'operatore del turno di notte si occupa del risveglio di alcuni ospiti e della loro igiene e sistemazione; con l'arrivo del secondo operatore tutte le fasi inerenti all'igiene personale, la colazione, le piccole incombenze individuali e il riassetto degli ambienti, vengono ultimate.

#### **Ore 8.30/9.30:**

tutti gli ospiti raggiungono col pulmino della Comunità i Centri CSE e CDD di riferimento per lo svolgimento delle attività ivi previste.

#### **Ore 9.30/10.30:**

Inizio delle attività sulla base del Progetto Individualizzato dell'ospite presso il Centro diurno di appartenenza.

**Ore 10.30/11.00:**

Coffee break: un the, caffè, ecc. Frutto.

**Ore 11.00/12.30:**

Ripresa delle attività.

**Ore 12.30/13.30 (1)**

Pranzo.

**Ore 13.30/14.00:**

Igiene personale e relax.

**Ore 14.00/16.00:**

Attività pomeridiane in base al programma individualizzato dell'ospite.

Dalle 15.00 l'operatore in turno in Comunità si sposta per raggiungere i Centri diurni della Cooperativa e riaccompagnare gli ospiti presso la Comunità a Casalpusterlengo.

**Ore 16.30/17.00:**

Merenda in Comunità.

**Ore 17.00/18.30:**

Dopo la merenda, gli operatori provvedono all'igiene personale (bagno o doccia) di coloro che necessitano di assistenza (quelli più indipendenti provvedono da sé o col solo monitoraggio dell'operatore). Sono previste nel pomeriggio attività ricreative e di relax: lavori di manipolazione con pasta di sale, pittura, decoupage, collage, ricamo, scrittura, visione di film scelti dall'ospite.

Durante il pomeriggio oltre alle uscite sul territorio per eventuali commissioni o di piacere con operatori o volontari, sono previste, sulla base di uno schema settimanale e secondo le abilità di ognuno, semplici attività domestiche alcune delle quali in collaborazione al fine di incentivare il senso di appartenenza al contesto comunitario o lo svolgimento di compiti inerenti la cura e la sistemazione dei propri spazi ed effetti personali.

**Ore 18.30:**

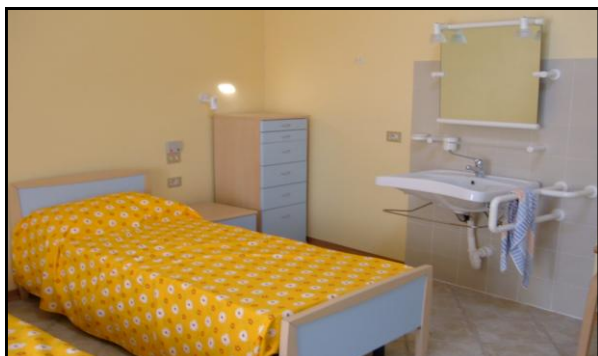
sulla base di uno schema predisposto l'ospite, chi in autonomia, chi affiancato dall'operatore, provvede a preparare la tavola per la cena,

**Ore 19.00:**

Cena **(1)\***.

Si provvede, poi, a sparecchiare la tavola e a riassetare la cucina.

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



**Ore 20.00/22.30:**

Igiene dentale, per qualcuno doccia e relax. Alcuni ospiti contattano autonomamente col proprio cellulare, le famiglie o gli amici, altri vengono messi a letto. La serata trascorre davanti alla TV, giocando a carte o ascoltando musica. Sono previste uscite serali per un caffè, un gelato, o una passeggiata quando il tempo è favorevole.

**SABATO:**

al mattino quasi tutti gli ospiti partecipano alla pulizia e al riordino degli ambienti e dei propri spazi. Per alcuni quando il tempo lo consente, sono previste passeggiate in paese o su ciclabile in campagna per consentire il movimento piacevole ed evitare l'eccessiva sedentarietà. Il pomeriggio per alcuni ospiti è dedicato alle visite familiari.

**DOMENICA E FESTIVITÀ:**

questi giorni sono dedicati allo svago e al riposo. La domenica mattina alcuni ospiti, accompagnati da un volontario partecipano alla S. Messa dopo una tappa in caffetteria. Solitamente alcuni ospiti gradiscono uscite e visite presso centri commerciali, parchi, fiere, feste di paese, città culturali, ecc. altri preferiscono restare in Comunità per riposare o dedicarsi ad attività di canto, disegno, lettura o scrittura, decoupage o per guardare la TV.

**5. RETTA(2)\***

**5.1. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI E AMMONTARE DELLE RETTE**

**La retta mensile della Comunità Alloggio e Sociosanitaria 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 trasporto presso i Centri diurni;
- servizio di trasporto e assistenza per visite mediche di controllo e/o specialistiche;
- servizio di lavanderia interna, stileria (biancheria intima e piana) e guardaroba;
- servizio di mensa (dal lunedì al venerdì presso la Cooperativa AMICIZIA a Codogno o Casalpusterlengo);
- alcune prestazioni di carattere sociosanitario;
- prestazioni di carattere educativo/abilitativo;
- gite e uscite del territorio;

**Prestazioni non previste dalla retta mensile:**

- i costi relativi allo svolgimento delle vacanze, delle attività ricreative o di svago;
- i costi dei farmaci e delle visite specialistiche non sostenute dal servizio sanitario nazionale;
- i 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**

Le rette per l'anno in corso, si diversificano a seconda della residenza dell'ospite e, precisamente:

Per il residente nel territorio della provincia di Lodi: euro 3.286,00 al mese + IVA.

Per il residente fuori territorio della provincia di Lodi: euro 3.473,00 al mese + IVA.

Per gli ospiti che usufruiscono del Voucher di lungoassistenza (CSS) verrà applicata una riduzione della retta.

In caso di voucher di I° livello	€ 3.130,00 + IVA di legge
In caso di voucher di II° livello	€ 3.130,00 + IVA di legge
In caso di voucher di III° livello	€ 3.161,00 + IVA di legge
In caso di voucher di IV° livello	€ 3.161,00 + IVA di legge

Tale riduzione è attuata per il periodo di durata del Voucher; il pagamento della retta è subordinato al rilascio da parte dell'ente gestore di apposita certificazione ai fini fiscali.

È previsto il versamento di una cauzione infruttifera pari a una mensilità della retta compresa di IVA, da versare prima dell'inserimento in unica rata tramite bonifico o assegno bancario, che verrà rimborsata all'atto della dimissione dell'ospite, previo eventuale conguaglio a favore dell'Ente.

Il consiglio d'amministrazione può modificare, su richiesta dell'interessato, con giusta delibera i termini del versamento.

**NOTA:** agli ospiti della Comunità Alloggio e Sociosanitaria che frequentano i Centri diurni CSE e CDD non viene addebitato l'importo della quota sociale di norma prevista per la frequentazione di tali servizi.

### **Impegno di spesa**

**(2)\* L'importo della retta viene determinato annualmente con delibera del Consiglio di Amministrazione della Cooperativa.**  
Verrà formalmente richiesto al Comune di residenza di procedere all'assunzione di apposito impegno di spesa quale atto necessario ad integrazione della domanda ed al perfezionamento della procedura.

## **6. 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 Comunità, previa autorizzazione scritta da parte della famiglia o, dove presenti, degli Amministratori di Sostegno o Tutori. I parenti che desiderano uscire dalla Struttura con il proprio familiare debbono:

- essere autorizzati dal Responsabile di 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 Unità Operativa di appartenenza.

#### Accesso alla Struttura

È prevista la possibilità di visite guidate alla Struttura, da parte di utenti potenziali, loro familiari e scuole, previa richiesta che devono pervenire all'ente in tempo utile. Le persone da contattare sono il Responsabile di Servizio o il Vice-Responsabile.

#### 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 Comunità; 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 della documentazione amministrativa e sociosanitaria gratuitamente. 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. 3)

### 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. 4).

### Continuità assistenziale

La Cooperativa Amicizia adotta un sistema di continuità assistenziale per tutte le sue unità d'offerta, nei casi di trasferimento tra i servizi, coinvolgendo: la famiglia " tutore/ curatore / amministratore di sostegno", la nuova unità d'offerta e il servizio inviante.

L'utente sarà avvicinato alla nuova struttura con gradualità, verranno effettuati incontri tra le varie equipe per discutere e valutare la situazione attuale dell'ospite, tenendo sempre presente la continuità assistenziale e la qualità di vita della persona.

La documentazione sociosanitaria contenuta nel fascicolo personale o nel FaSAS- fascicolo socio-assistenziale e sanitario-, verrà messa a disposizione dell'equipe della nuova unità d'offerta, previa autorizzazione scritta da parte del familiare/tutore/AdS, ecc.

Per quanto riguarda l'area sanitaria verranno effettuati scambi d'informazioni tra le figure sanitarie dei servizi interessati, verranno consegnate le cartelle cliniche, le prescrizioni farmacologiche e l'anamnesi storica della persona, previa autorizzazione scritta da parte del familiare/tutore/AdS, ecc. Per quanto riguarda l'aspetto educativo, animativo e di socializzazione e comunque previa autorizzazione scritta da parte del familiare/tutore/AdS, sarà consegnata una relazione che tiene conto del percorso e delle attività svolte dall'utente nell'unità d'offerta nonché una relazione che metta in evidenza i bisogni assistenziali e riabilitativi della persona.

In caso di urgenze o eventi imprevisti la Cooperativa, garantirà la continuità assistenziale attraverso la consegna in copia della documentazione socio sanitaria e attraverso la presenza costante del proprio personale.

### **Allegati**

1. Domanda di inserimento
2. Criteri per la composizione della graduatoria
3. URP
4. Questionario di soddisfazione dei famigliari/lavoratori

### **Aggiornata gennaio 2026**

#### **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)

## Allegato 1

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA allegata alla domanda

- Presentazione della domanda di ammissione (compilare l'**allegato "A"** - 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.
- 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**
- Comunità Alloggio IO CE LA METTEREI. SOPRATTUTTO perché è capitato che abbiano fleggato la CDA confondendola con la CA**
- Appartamento "Casa delle Abilità"**  a tempo indeterminato  in sollievo  per avvicinamento alla residenzialità
- Progetto Appartamenti in centro**
- Progetto Fiordaliso**

Data

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato 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 prevengano 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 Dlgs 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 prevengano 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. 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, specificare dove vive:

- comunità \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_
- istituto \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

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

Medico di medicina generale (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Neuropsichiatra/Psichiatra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ sede  
\_\_\_\_\_

Assistente sociale (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**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?  Si  No

Se si Quale: \_\_\_\_\_

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

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

Se si 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 \_\_\_\_\_

## 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. 2**

## Criteri per la Composizione della Graduatoria e modalità di gestione della lista di attesa della domande di inserimento in servizi residenziali

**(riferimento Allegato A alla deliberazione n° 373 del 16/12/2011 “ Protocolli Interistituzionale per la definizione del progetto di vita della persona con disabilità”)**

La definizione della graduatoria delle domande in lista d’attesa viene effettuata dall’equipe interna dei servizi residenziali sulla base dei seguenti criteri:

		valore punti
COGNOME NOME		
LUOGO E DATA DI NASCITA		
RESIDENZA		
<b>ETA'</b>		
tra i 36 e i 55		3
tra i 14 e i 35		2
tra i 56 e i 65		1
non compresa nella fascia precedente		0
<b>CONDIZIONI SOCIALI</b>		
Persona sola senza servizi di appoggio		10
Persona sola con servizi di appoggio senza rete parentale		9
Persona sola con servizi di appoggio con criticità nella rete parentale		8
Persona con un solo genitore o convivente senza servizi di appoggio		7
Persona con un solo genitore o convivente con servizi di appoggio		6
Presenza di genitori con criticità nella rete parentale		5
Presenza di genitori con problemi nella gestione del soggetto		4
Inseriti in altre strutture residenziali non rispondente ai propri bisogni		3
Inseriti in altra struttura residenziale anche idonea ubicata fuori ATS		1
Tutte le situazioni non comprese		0
<b>APPROPRIATEZZA DELLA RESIDENZA in relazione alle caratteristiche del soggetto</b>		
Buona compatibilità con gli ospiti già inseriti		5
Sufficiente compatibilità con gli ospiti già inseriti		3
Scarsa compatibilità con gli ospiti già inseriti		1
Insufficiente compatibilità con gli ospiti già inseriti		0
<b>GRADO DI FRAGILITA'</b>		
classe 1 scheda SIDI		6

classe 2 scheda SIDI		4
classe 3 scheda SIDI		3
classe 4 scheda SIDI		2
classe 5 scheda SIDI		1
non inserito nella scheda SIDI		0
<b>AVERE SVOLTO DEI PERCORSI DI AVVICINAMENTO O SOLLIEVI</b>		
Avere svolto periodi di sollievo		3
Non avere svolto periodi di sollievo		0
<b>COMUNE DI RESIDENZIALITA'</b>		
Nel territorio dell'ATS di Lodi		3
In Regione Lombardia		1
Altra Residenza		0
<b>Totale</b>		

A parità di punteggio, si assegna la priorità sulla base del tempo di attesa della persona, dedotto dalla data di presentazione della domanda. Nel caso la documentazione relativa ai criteri 2. 3. 4. e 5. fosse mancante o insufficiente il punteggio relativo a tale aree non viene assegnato. Le persone che rinunciano all'inserimento vengono posizionati in fondo alla lista fino al prossimo aggiornamento delle graduatoria.

La graduatoria ha una validità di sei mesi trascorsi i quali viene aggiornata quando si rende disponibile un posto. L'aggiornamento prevede una nuova assegnazione del punteggio per ogni criterio sopra descritto a tutte le domande presenti in lista d'attesa ed ha una validità di sei mesi.

Ogni nuova domanda viene inserita nella lista d'attesa senza l'attribuzione di un punteggio fino al primo aggiornamento della graduatoria.

## **Allegato 3**

### **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, promuovendone 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. È 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**

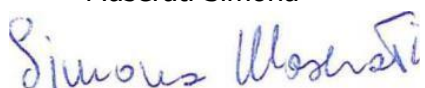
1. Le istanze presentate devono essere protocollate e contestualmente trasmesse all'U.R.P. per necessaria immediata conoscenza, tramite apposito modulo allegato alla presente.
2. Ai fini istruttori, nei cinque giorni successivi il responsabile dell'U.R.P. si attiva nei confronti dei responsabili dei 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 dichiarasse insoddisfatto 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



II Presidente  
Marco Landi



**MODULO DI RILEVAZIONE APPREZZAMENTI/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 4**

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE  
DELLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI  
“Comunità Socio Sanitaria – Comunità Alloggio” - anno 2026**

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

- Genitore    Fratello/sorella    Amministratore di sostegno    Tutore    Curatore  
 Altro

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

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**2.Considera il coinvolgimento dei famigliari nel progetto personalizzato dell'ospite:**

- Molto Buono    Adeguato    Sufficiente    Insufficiente

**3.Valuta il livello qualitativo delle attività proposte:**

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**4.Valuta il livello dei servizi alberghieri e accessori:**

**Mensa**

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**Pulizia ambienti**

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**Uffici amministrativi**

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**5.Valuta il livello di professionalità e competenza del personale:**

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**6.Valuta il livello di attenzione del personale nel prendersi cura dell'ospite:**

- Molto Buono    Buono    Sufficiente    Insufficiente

**7.Ritiene che la carta dei servizi della Cooperativa fornisca informazioni in modo:**

Completo     Adeguato     Sufficiente     Insufficiente

**8. Ha partecipato ad iniziative, eventi o incontri organizzati dalla Cooperativa (es. “Una giornata in amicizia”, “Un libro per amore”, “Festa d'estate”, “Chi viene a cena? Resta con noi”, “manifestazione 2 aprile – giornata sulla consapevolezza dell'autismo” ecc...)**

Spesso     Qualche volta     Raramente     Mai

**9. Se ha partecipato, a quali iniziative/eventi o incontri?**

---

---

---

---

**10. Quanto ritiene che la frequenza del servizio migliori la Qualità di vita del suo familiare?**

Moltissimo     Molto     Abbastanza     Poco     Per nulla

**11. Raccomanderebbe questo servizio ad altri familiari?**

Assolutamente sì     Probabilmente sì     Forse     Probabilmente no  
 Assolutamente no

**12. Qual'è stata la sua esperienza più positiva con il servizio?**

---

---

---

---

---

---

**13. Cosa la preoccupa maggiormente rispetto al servizio?**

---

---

---

---

---

---

**14. Suggerimenti per il miglioramento delle attività e del servizio:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

**Grazie per la collaborazione**

QUESTIONARIO RIVOLTO AI LAVORATORI REMUNERATI  
ANNO 2026

**SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI**

**1.1 Lei è socio dell'Organizzazione?**

- SI       NO

**1.2 Da quanto tempo lavora presso la cooperativa?**

- meno di 1 anno     tra 1 e 3 anni     tra 3 e 5 anni     più di 5 anni     più di 10  
anni

**1.3. Presso quale servizio lavora?**

- RSD Amicizia; RSD Primavera; RSD Faggio Rosso; Appartamenti in centro  
 CSS – Comunità Alloggio – Casa delle Autonomie – Casa delle Abilità  
 CDD Volo Libero  
 CDD Amicizia  
 SFA Amicizia  
 CSE Amicizia  
 CSE Giovani Idee  
 Ambulatorio Riabilitativo Minori

**SEZIONE 2: AMBIENTE DI LAVORO**

**2.1 Esprima il suo giudizio 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 esterno

- Buono     Sufficiente     Scarso

Gestione degli spazi in rapporto al numero degli utenti

- Buona     Sufficiente     Scarsa

### SEZIONE 3: RELAZIONE CON L'UTENZA

**3.1 In merito al proprio ruolo, ritiene di riuscire ad instaurare una relazione positiva e proficua con l'utenza?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**3.2 In merito al proprio ruolo, quanto si ritiene soddisfatto dell'intervento che svolge per l'utenza?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**3.3 In merito al proprio ruolo, ritiene di saper osservare e raccogliere i dati sugli utenti in base alle loro caratteristiche e ai loro bisogni?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**3.4 In merito al proprio ruolo, ritiene di saper riconoscere ed accogliere i bisogni e le fragilità delle persone di cui si prende cura?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**3.5 Quanto ritiene che la frequenza del servizio presso cui lavora migliori la Qualità di Vita e il benessere delle persone che vi accedono?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

### SEZIONE 4: RELAZIONE CON COLLEGHI E RESPONSABILI

**4.1 Nel rispetto dei ruoli e delle competenze, ritiene che il rapporto con i colleghi possa definirsi:**

- Costruttivo     Buono     Sufficiente     Problematico     Superficiale

**4.2 Ritieni che i momenti di confronto tra colleghi per discutere delle problematiche dell'utenza siano:**

- Costruttivi     Buoni     Sufficienti     Problematici     Superficiali

**4.3 Come giudica il suo rapporto con il responsabile del servizio?**

- Costruttivo     Buono     Sufficiente     Problematico     Superficiale

**4.4 Ritieni che il suo responsabile sia attento alle idee e ai suggerimenti degli operatori?**

- Sempre     Spesso     A volte     Raramente     Mai

**4.5 In relazione al proprio ruolo, quanto ritieni di avere occasioni per collaborare e confrontarsi con altri professionisti (es. neuropsichiatra, psichiatra, fisiatra, nutrizionista...)?**

- Moltissimo     Molto     A volte     Poco     Per nulla

## SEZIONE 5: VALUTAZIONI GENERALI

**5.1 Quanto è soddisfatto del suo lavoro nel complesso?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**5.2 Quanto si sente realizzato/a dal proprio lavoro?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**5.3 Quanto si sente motivato dal proprio lavoro?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**5.4 Quanto sente di impegnarsi per la crescita ed il miglioramento del servizio presso il quale lavora?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**5.5 Ritieni che in questa organizzazione le sia consentita una crescita formativo/professionale?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**5.6 L'organizzazione del lavoro, a suo avviso, le permette di svolgere le sue mansioni senza stress ed eccessiva stanchezza?**

- Moltissimo     Molto     Abbastanza     Non molto     Per nulla

**5.7 In merito alla retribuzione percepita, quanto è soddisfatto/a?**

Moltissimo       Molto       Abbastanza       Non molto       Per nulla

**5.8 Condividi il modo con cui questa organizzazione lavora a favore degli utenti?**

Moltissimo       Molto       Abbastanza       Non molto       Per nulla

**5.9 Quanto ritiene che la cooperativa promuova iniziative, eventi e progetti a favore delle persone con disabilità?**

Moltissimo       Molto       Abbastanza       Non molto       Per nulla

**5.10 Come valuta il contributo dei volontari (se presenti) a favore degli utenti del servizio presso cui lavora?**

(è possibile segnare più di una risposta)

prezioso       efficace       arricchente       utile       discontinuo  
 talvolta problematico       disturbante       non utile       non so

**6. Quale ritiene sia l'aspetto più positivo del servizio presso cui lavora?**

---

---

---

---

---

**7. Quale ritiene sia l'aspetto più problematico del servizio presso cui lavora?**

---

---

---

---

**8. Suggerimenti e proposte per migliorare il servizio presso cui lavora:**

---

---

---

---

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

Grazie per la collaborazione!