



AMICIZIA  
Società Cooperativa Sociale  
via Felice Cavallotti 6  
26845 CODOGNO -LODI-

# IL GIGLIO

**Ambulatorio riabilitativo  
per minori con disturbi neurologici**



## CARTA DEI SERVIZI



## Sommario

1. Presentazione dell'ambulatorio "Il Giglio" .....	3
2. La normativa di riferimento.....	3
3. L'ente gestore .....	3
4. La struttura .....	4
5. I destinatari.....	4
6. La finalità .....	4
7. L'accesso al servizio e la presa in carico .....	4
8. Procedura d'accesso:.....	5
9. Assenze .....	6
10. Le dimissioni .....	6
11. La funzionalità del servizio e la frequenza.....	6
12. La metodologia .....	7
12. L'equipe di riferimento .....	7
13. Il lavoro di rete.....	8
14. Costi del trattamento .....	8
15. I pagamenti.....	9
16. Il trasporto .....	9
17. La tutela della privacy.....	9
18. Il rilascio della documentazione .....	9
19. L'ufficio per le relazioni con il pubblico (URP).....	10
20. Il questionario di gradimento .....	10
21. L'emergenza e le norme antincendio .....	10
22. Continuità assistenziale .....	10
23. Dove siamo e come raggiungerci .....	11
24. Allegati .....	11



## 1. Presentazione dell'ambulatorio "Il Giglio"

La cooperativa Amicizia ha avviato l'ambulatorio riabilitativo per minori con disturbi neurologici denominato "Il Giglio" con l'obiettivo di specializzare ulteriormente l'intervento offerto ai minori, ad integrazione del servizio "Il Centro dell'Amicizia", rivolto principalmente a bambini e ragazzi con disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico.

"Il Giglio" è un servizio specialistico dedicato alla valutazione e al trattamento di minori con esiti di disturbi neurologici, disturbi sensoriali e neuromotori, disturbi dello sviluppo della coordinazione motoria, ritardi psicomotori e cognitivi, disturbi da deficit di attenzione, iperattività e impulsività, disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento, oltre a diverse sindromi genetiche.

La finalità è l'avvio di percorsi riabilitativi personalizzati per promuovere il benessere globale del bambino attraverso interventi multidisciplinari orientati al recupero funzionale e all'autonomia.

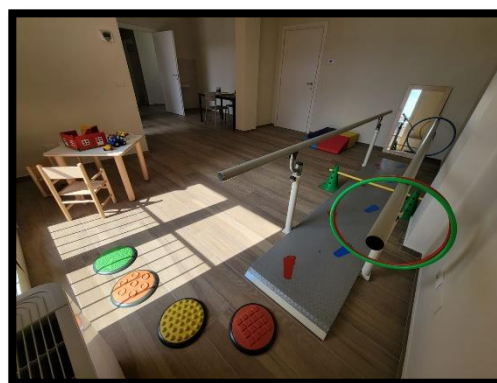
## 2. La normativa di riferimento

La normativa di riferimento del servizio è la Delibera della Giunta Regionale della Lombardia n. 7/19883 del 16 dicembre 2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione" e D.G.R. 20 dicembre 2013, n. 1185, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014"

## 3. 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.

La Cooperativa Amicizia non ha scopo di lucro, persegue l'interesse generale della comunità, la promozione umana e l'inclusione sociale dei cittadini. Si ispira al messaggio cristiano e alla dottrina sociale della Chiesa; si propone di offrire un servizio fondato su precise competenze professionali, sui valori della mutualità, della solidarietà, del prendersi cura, della responsabilità, dell'affermazione del primato e dell'unicità dell'uomo, dell'impegno, dello spirito comunitario e del legame con il territorio. La filosofia di fondo che contraddistingue l'agire della Cooperativa si basa sulla centralità della persona e della famiglia ed è tesa a perseguire il miglioramento continuo della qualità dei propri servizi, al fine di consentire il maggior benessere e la migliore qualità della vita possibili per i destinatari dei propri interventi e delle loro famiglie.



#### **4. La struttura**

Il centro riabilitativo denominato "Il Giglio", ambulatorio minori 0-18" con esiti neurologici, è **accreditato al sistema socio-sanitario regionale con delibera da ATS Milano Città Metropolitana di Milano al n. 18990 del 19/12/2025.**

Il centro riabilitativo pur essendo ubicato in via Barattieri n. 3, si accede all'ambulatorio da via F. Cavallotti n. 6.

La struttura è collocata all'interno del parco Lamberti. Si sviluppa su un piano terra e un primo piano, collegati da ascensore e scala. Al piano terra, si trova la sala d'attesa, lo studio medico attrezzato con lavandino e armadiatura e i servizi igienici per il personale. È inoltre presente uno spazio fruibile come spogliatoio per gli utenti. Al piano superiore è presente un ufficio e una stanza per le attività con i minori; sono inoltre presenti i servizi igienici per le persone con disabilità. È inoltre presente il bagno per gli utenti con disabilità.

#### **5. I destinatari**

L'ambulatorio si rivolge a coloro che necessitano di interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi per malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro-psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo per minori di età inferiore ai 18 anni. In particolare, l'intervento è rivolto a minori con esiti di disturbi neurologici, disturbi sensoriali e neuromotori (paralisi cerebrali infantili, malattie neuromuscolari, paralisi ostetriche, ecc.), disturbi dello sviluppo della coordinazione motoria (disprassia evolutiva), ritardi psicomotori e cognitivi, disturbi da deficit di attenzione, iperattività, impulsività, disturbi specifici di linguaggio e di apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) e sindromi genetiche.

L'ambulatorio riabilitativo può fornire prestazioni abilitative/riabilitative dirette o indirette, il numero di trattamenti settimanali viene stabilito in relazione ai bisogni del minore.

#### **6. La finalità**

La finalità dell'ambulatorio "Il Giglio" è favorire lo sviluppo del minore, potenziando le sue abilità e promuovendo l'autonomia personale e sociale attraverso interventi riabilitativi mirati e personalizzati. "Il Giglio" opera nel rispetto della persona, dell'attenzione al singolo e alla riabilitazione e abilitazione del minore, come indicato dalle linee guida nel documento della conferenza Stato - Regioni (07/05/98) in cui si specifica che: "I centri ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività di recupero e di rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico per l'età evolutiva". La presa in carico è multidisciplinare e le prestazioni vengono concordate con la famiglia sulla base dei bisogni del minore e definite tramite il progetto riabilitativo individuale.

La progettazione dell'intervento è condivisa con le agenzie educative: la famiglia, la neuropsichiatria di riferimento (UONPIA), la scuola, i servizi sociali territoriali e, ove presenti, i servizi di tempo libero.

#### **7. L'accesso al servizio e la presa in carico**

Per informazioni generali riguardanti il funzionamento del servizio e le sue caratteristiche tecniche è possibile contattare

**Dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30**

**Tel. 0377.430508 - cell. 3501339890**

**Email: [uff.protocollo@cooperativa-amicizia.it](mailto:uff.protocollo@cooperativa-amicizia.it)**



## 8. Procedura d'accesso:

- **MODALITA'**: l'accesso all'ambulatorio riabilitativo minori avverrà tramite un primo contatto telefonico o un appuntamento presso la struttura; gli uffici amministrativi forniscono le informazioni generiche e fanno compilare all'utente il modulo "Domanda di inserimento" (allegato 1). Verrà poi fissato il primo colloquio di accoglienza con il neuropsichiatra infantile e il coordinatore del servizio.
- **PRIMO INCONTRO**: verrà presentato il modello di lavoro, saranno raccolti i dati anamnestici del minore, il bisogno del bambino esplicito dalla famiglia, verrà consegnata una copia della Carta dei servizi e la documentazione necessaria alla presa in carico. Il primo incontro è gratuito.
- **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**: I genitori compilano e consegnano all'ufficio amministrativo:
  - Domanda di inserimento (allegato 1)
  - Copia della documentazione anamnestica - clinica del minore: diagnosi e accertamenti clinici
  - Copia della documentazione di accertamento stato di gravità (indennità di frequenza o indennità d'accompagnamento)

- **L'ITER PER LA PRESA IN CARICO** prevede la valutazione medica funzionale diretta e condivisione con la famiglia con la stesura e condivisione del PRI.

**La valutazione medica** è un colloquio clinico definibile globale. Viene effettuata dal neuropsichiatra infantile ed è finalizzata a raccogliere i dati anamnestici quali decorso della gravidanza, modalità del parto, eventuali problematiche in periodo perinatale, modalità di allattamento, crescita staturponderale, eventuali patologie intercorse e presenza di intolleranze alimentari o patologie allergiche a fine della compilazione del fascicolo sanitario e l'anamnesi patologica pregressa.

Potranno essere somministrate anche strumenti validati come Social Responsive Scales, ADI, Scale Conner's, CBCL, K-SADS-PL, scala del dolore.

**La valutazione neuropsicomotoria** in base all'ambito diagnostico, verranno utilizzati test diversi. In particolare:

Per **patologie neuromotorie**: esame muscolare, scala di Asworth, GMFM.

Per **patologie inerenti alla coordinazione motoria**: scala APCM-2, MOVEMENT ABC, TPV, Scala D e E di De Ajuriaguerra, Scala BHK, Test di Russo, esame psicomotorio (in base all'età anagrafica).

- **ITER VALUTATIVO FACOLTATIVO**: alla luce della documentazione clinico-diagnostica in possesso della famiglia ed agli esiti della valutazione NPI e neuropsicomotoria, potrà emergere la necessità di approfondire i dati clinici mediante delle valutazioni specifiche: valutazione neuropsicologica, valutazione logopedica, valutazione fisioterapia e valutazione occupazionale. Tale modalità di lavoro consentirà di evidenziare le competenze oggettive che il bambino possiede e meglio definire gli obiettivi di trattamento.

**La valutazione neuropsicologica** verrà effettuata al fine delineare lo stato attuale delle competenze cognitive quali: attenzione, memoria, abilità visuo-costruttive e visuo-spaziali, abilità d'inibizione e di ragionamento logico-inferenziale. Verranno utilizzati test standardizzati quali Scala Griffith, Scala WPPSI-III, scala WISC-IV, NEPSY-II, VMI, test delle campanelle, TOL, VMI, APCM-2, figura di Rey, CPM, test BIA.

**La valutazione logopedica** verrà effettuata al fine di quantificare le reali competenze di linguaggio espressivo e recettivo del bambino al fine di meglio definire gli obiettivi di trattamento.

I test standardizzati che potranno essere somministrati sono: prove di lettura MT, DDE-II, AC-MT, BDE-2, TROG-2, TCGB, TOR, BVL 4-12, TFL, CMF, Fanzago, Zardini.

**La valutazione fisioterapia** volta alla prevenzione e valutazione di disfunzioni motorie, neurologiche, muscolo-scheletriche e posturali. Valuterà l'articolarietà osteo-articolare e la forza muscolare mediante l'esame muscolare.

**La valutazione delle performance occupazionali** per valutare le autonomie della vita quotidiana verranno utilizzati test standardizzati quali Vineland II, Abiland, Child Occupational Self Assessment (COSA), Canadian Occupational Performance Measure (COPM), OTIPM e QUEST.

**La valutazione pedagogica** per sostenere e orientare il percorso educativo e formativo di una persona, soprattutto nei contesti scolastici, educativi e socio-assistenziali attraverso l'utilizzo di schede di osservazione strutturate o semi-strutturate che riguardano il comportamento in classe, le interazioni



sociali e le capacità di attenzione, autonomia e regolazione emotiva.

➤ **GLI ESITI:**

Durante l'iter valutativo multidisciplinare, verrà condiviso con la famiglia il progetto e il programma provvisorio valido per i primi trenta giorni dalla presa in carico.

Successivamente gli esiti della valutazione verranno condivisi con la famiglia al fine di definire il progetto abilitativo/ riabilitativo e del programma d' intervento valido sei mesi.

Il coordinatore dell'equipe presenta alla famiglia i terapeuti riabilitativi che effettueranno i trattamenti.

Il trattamento risponderà a quanto previsto dalle linee guida SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e sarà basato su interventi che consentono la misurazione dei risultati ottenuti (evidence based).

➤ **CONDIVISIONE**

**con la scuola:** il progetto può essere condiviso con la scuola. Ove necessario, saranno invitati in ambulatorio insegnante di sostegno e/o assistente ad personam per poter fornire loro indicazioni sulle modalità di spostamento e sull'utilizzo di ausili/ortesi o per condividere strategie di intervento.

**con UONPIA e servizi territoriali della progettualità,** tramite incontri di rete durante i quali verrà redatto un verbale. Verrà inoltre preso contatto per la fornitura di ortesi/ausili.

➤ **SUPPORTO AI CAREGIVERS:** possono essere previsti incontri per i caregivers, di tipo individuale o di gruppo, al fine di sostenere e indirizzare i genitori nella gestione quotidiana dei propri figli.

➤ **DEFINIZIONE DELLE LISTE DI ATTESA**

Svolto l'iter valutativo qualora non ci fosse disponibilità di posto, il minore viene inserito in lista di attesa sulla base di alcuni criteri: età del minore, data di presentazione della domanda e la territorialità (la priorità viene data ai bambini del territorio, residenti nei comuni limitrofi alla struttura) e gravità della diagnosi.

## 9. Assenze

Il pagamento integrale della retta mensile sussiste anche nel caso di assenze. A partire dalla terza settimana consecutiva di assenza, dovuta esclusivamente a cause documentate (malattie, ricoveri ospedalieri ecc.) sarà praticato uno sconto sulla retta pari al 50%.

Se l'assenza dovesse protrarsi oltre le quattro settimane la Cooperativa non sarà tenuta a conservare il posto e potrà procedere alle dimissioni dell'utente, fatto salvo il pagamento della retta eventualmente ancora dovuta.

## 10. Le dimissioni

Le dimissioni possono avvenire:

- su richiesta della famiglia tramite documento scritto con preavviso di 30 giorni;
- al raggiungimento del diciottesimo anno d'età;
- il mancato pagamento della quota mensile per due mensilità consecutive;
- per assenze che si protraggono oltre le quattro settimane la cooperativa non sarà tenuta a conservare il posto e potrà procedere alle dimissioni dell'utente.

## 11. La funzionalità del servizio e la frequenza

Il centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30. I giorni e gli orari di frequenza vengono concordati con la famiglia nella fase della presa in carico.

I giorni di chiusura dell'ambulatorio "Il Giglio" coincidono solitamente con le principali festività civili e religiose; eventuali altri giorni o periodi di chiusura durante l'anno verranno comunicati con largo anticipo alle famiglie (vedi allegato 5).



## 12. La metodologia

L'**intervento preventivo** mira a "prevenire" sviluppi atipici nelle situazioni di rischio, sia biologico che sociale e a "prevenire" i processi di esclusione del soggetto con disabilità, favorendo la generalizzazione delle competenze apprese nel setting terapeutico agli abituali contesti di vita. Verranno promosse le azioni necessarie al mantenimento dello stato di salute e verranno messe in atto le competenze professionali specifiche per l'individuazione delle situazioni potenzialmente a rischio in età evolutiva.

L'**intervento abilitativo** interviene sullo sviluppo di funzioni non ancora acquisite, favorendo l'emergere delle abilità di motricità, di apprendimento e applicazione delle conoscenze, di comunicazione, di interazioni e relazioni interpersonali per svolgere compiti e richieste specifiche e generali. Il fine è quello di garantire le attività e la partecipazione del soggetto, compatibilmente all'età, alla patologia e al livello di sviluppo rispettando l'originalità della crescita e le caratteristiche dell'ambiente.

L'**intervento riabilitativo** mira al recupero delle funzioni che per ragioni lesive o patologiche sono state ridotte o compromesse attuando interventi terapeutici-riabilitativi nelle menomazioni delle funzioni mentali globali e specifiche, delle funzioni sensoriali, delle funzioni neuro-muscolo-scheletriche e correlate al movimento per favorire i processi di riorganizzazione funzionale. Vengono svolte attività terapeutiche per le disabilità neuromotorie, psicomotorie, neuropsicologiche, logopediche e occupazionali utilizzando tecniche specifiche per fasce d'età e per singoli stadi di sviluppo, adattando gli interventi alle particolari caratteristiche dei pazienti con quadri clinici multiformi che si modificano nel tempo in relazione alle funzioni emergenti.

L'intervento multidisciplinare verrà organizzato secondo le necessità terapeutiche di ogni bambino e potrà includere:

- intervento neuropsicomotorio: gioco e capacità empatica risultano i comuni denominatori che accompagnano il bambino nel processo evolutivo di sviluppo motorio, cognitivo e affettivo-relazionale. La tipologia di intervento e la metodologia saranno quindi differenti in base alla diagnosi del paziente e all'età.
- intervento neuropsicologico: ha l'obiettivo di potenziare le abilità cognitive e di ragionamento logico-inferenziale del bambino in base a quanto atteso per età, unitamente all'implementazione di strategie metacognitive che gli permettano di generalizzare quanto appreso ai contesti di vita quotidiana.
- intervento logopedico: trattamento volto a potenziare le abilità espressive e di comprensione del linguaggio, unitamente al potenziamento, ove necessario, delle abilità strumentali necessarie agli apprendimenti scolastici. Si occupa inoltre del trattamento dei disturbi della comunicazione, inclusi quelli legati al linguaggio, alla voce e alla deglutizione.
- intervento fisioterapico: ha l'obiettivo di valutare lo stato muscoloscheletrico di un paziente, analizzando le limitazioni e le disfunzioni motorie. Si concentra sull'esame dei movimenti, della forza muscolare, della flessibilità, della postura e del dolore, per individuare le cause e definire un percorso riabilitativo personalizzato.
- intervento occupazionale: mira allo sviluppo, al recupero e al mantenimento delle competenze della vita quotidiana delle persone con disabilità cognitive, fisiche e psichiche. Individua ed elimina barriere architettoniche per incrementare l'autonomia, l'indipendenza e la partecipazione alle attività quotidiane e sociali. Inoltre, valuta gli ausili più adatti alla persona nella vita di tutti i giorni creando su misura splint e tutori dell'arto superiore, modellando diverse tipologie di materiale termoplastico.
- intervento pedagogico: facilita e offre suggerimenti e/o informazioni, propone soluzioni celeri e tempestive e promuove l'acquisizione di conoscenze e/o abilità al paziente. Fornisce supporto ai genitori e alle insegnanti per la gestione educativa e per le modalità funzionali di apprendimento.

## 12. L'equipe di riferimento

L'equipe multidisciplinare è composta da neuropsichiatra infantile, neuropsicomotricista, logopedista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, educatore professionale e psicologo.

### Formazione e supervisione

La Cooperativa Amicizia investe costantemente sulla formazione e l'aggiornamento professionale dei propri operatori per dotarli di strumenti e *know how* sempre più adeguati ed efficaci da poter utilizzare nel lavoro quotidiano con gli utenti e le famiglie.

Alla formazione, quale leva strategica per garantire un servizio e prestazioni di qualità, viene affiancata altresì una costante e specifica supervisione che accompagna gli operatori e garantisce quel valore aggiunto in termini di sicurezza, possibilità di confronto e comparazione tra punti di vista diversi, che stimola tutti a dare il meglio di sé.



### 13. Il lavoro di rete

#### Le agenzie educative

La presa in carico del bambino in ambulatorio dev'essere necessariamente condivisa con i referenti di tutti gli ecosistemi in cui egli vive. L'ambulatorio ha funzione abilitativa e riabilitativa finalizzata all'apprendimento, pertanto una competenza può essere definita appresa se il bambino può esperirla, generalizzarla con persone e in luoghi diversi.

Il lavoro di rete ha lo scopo di garantire al bambino la generalizzazione delle competenze apprese in ambulatorio, ma perché ciò sia possibile è necessario fornire agli attori della rete dei training d'apprendimento.

Di seguito la descrizione delle azioni e interventi previsti nei contesti specifici.

#### La famiglia

L'ambulatorio si propone l'obiettivo di condividere con i familiari il lavoro riabilitativo/abilitativo che viene svolto. L'osservazione del trattamento può avvenire direttamente all'interno della stanza dell'ambulatorio o attraverso la video registrazione del trattamento.

Possono essere previsti trattamenti riabilitativi presso il domicilio con lo scopo di generalizzare le abilità apprese in ambulatorio e/o per aiutare i genitori nella strutturazione dell'ambiente con lo scopo di favorire l'indipendenza e l'autonomia del bambino.

L'ambulatorio propone inoltre, su specifica richiesta, uno sportello finalizzato a dare informazione e formazione alle agenzie educative ad esempio famiglie, plessi scolastici, ecc... che richiedono assistenza, aiuto e supporto proponendo azioni con frequenza, durata e intensità a misura del bisogno.

#### La scuola

Alla scuola si propone di condividere modalità d'intervento finalizzate al raggiungimento di obiettivi e la generalizzazione degli stessi.

Per i bambini con diagnosi neuromotorie, vengono fornite indicazioni sull'utilizzo di eventuali ortesi/ausili.

#### Tecnico ortopedico

Su richiesta e necessità, ci si avvale della consulenza del tecnico ortopedico per la fornitura di ortesi/ausili.

### 14. I costi del trattamento

#### **COSTI ITER VALUTATIVO PRESA IN CARICO prevede**

- ✓ valutazione medico funzionale
  - ✓ valutazione neuropsicomotoria e condivisione del progetto
- costo totale 180,00 euro + iva 5%

#### **ITER VALUTATIVO FACOLTATIVO**

Alla luce della documentazione clinico-diagnostica in possesso alla famiglia ed agli esiti della valutazione NPI e psicoeducativa potrà emergere la necessità di approfondire i dati clinici mediante delle valutazioni specifiche:

- ✓ valutazione neuropsicologica: costo 280 euro + iva 5%
- ✓ valutazione logopedica: costo 150 euro + iva 5%
- ✓ valutazione fisioterapica: costo 100 euro + iva 5%
- ✓ valutazione neuropsichiatrica – colloquio clinico: costo 100 euro + iva 5 %
- ✓ valutazione occupazionale: costo € 100 + iva 5%
- ✓ valutazione pedagogica: costo € 100 + iva 5%

Tale modalità di lavoro consentirà di evidenziare le competenze oggettive che il bambino possiede e meglio definire gli obiettivi di trattamento.

Regione Lombardia prevede che il trattamento riabilitativo abbia una durata di 45 minuti.



	<b>n.4 Trattamenti al mese</b>	<b>n.8 trattamenti al mese</b>	<b>n.12 trattamenti al mese</b>	<b>n.16 trattamenti al mese</b>	<b>n.20 trattamenti al mese</b>
	Accesso 1 volta alla settimana	Accesso 2 volte alla settimana	Accesso 3 volte alla settimana	Accesso 4 volte alla settimana	Accesso 5 volte alla settimana
<b>45 minuti</b>	€ 140,00 + iva 5%	€ 280,00 + iva 5%	€ 420,00 + iva 5%	€ 560,00 + iva 5%	€ 700,00 + iva 5%

Il trattamento logopedico personalizzato della durata di 45 minuti ha un costo pari a € 50,00 + IVA di legge.

Il consiglio di Amministrazione si riserva di modificare le suddette tariffe dandone comunicazione alla famiglia con un preavviso di 30 giorni.

### **15.I pagamenti**

Il pagamento della retta deve avvenire entro 30 giorni dalla data di emissione della fattura. La fatturazione può essere effettuata direttamente a carico della famiglia del minore o al comune di residenza in base agli accordi preliminari da definirsi tra famiglia e comune.

Il pagamento a carico della famiglia deve avvenire tramite il sistema di addebito diretto (RID – Rapporto Interbancario Diretto), un sistema di addebito automatico che consente al titolare di un conto corrente di autorizzare la propria banca a prelevare somme di denaro per pagamenti ricorrenti a favore di un creditore specifico, in questo caso la cooperativa Amicizia. Per attivare la modalità di pagamenti RID è necessario compilare il modulo di adesione (allegato 6 al presente documento), con i vostri dati bancari, inserendoli nella sezione relativa al “debitore”. Una volta compilato, il modulo firmato in originale (non è possibile inviare una scansione del modulo tramite mail o cellulare) deve essere consegnato presso i nostri uffici amministrativi. La modalità di pagamento sarà attivata tramite una procedura interbancaria; riceverete una conferma dell'attivazione del servizio.

Il pagamento integrale della retta mensile sussiste anche nel caso di assenze (si veda il paragrafo relativo alle assenze, al punto n.9 del presente documento).

### **16.Il trasporto**

Il trasporto del minore da e verso la Cooperativa è a carico della famiglia o dei comuni di appartenenza.

### **17.La tutela della 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.

### **18.Il rilascio della documentazione**

La famiglia-tutore/amministratore di sostegno con richiesta scritta può richiedere una copia della documentazione alla Cooperativa Amicizia, la quale si impegna a consegnare gratuitamente quanto dovuto entro 30 giorni dalla richiesta.



## **19. L'ufficio per le relazioni con il pubblico (URP)**

È facoltà dei famigliari formulare reclami rispetto al servizio erogato; 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 famigliari, 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 famigliari presso l'URP al quale andrà inoltrata la richiesta di accesso (allegato 2)

## **20. Il questionario di gradimento**

Entro la fine di ogni anno viene somministrato ai caregiver un questionario (allegato 3) finalizzato a valutare il grado di soddisfazione rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usufruite. Una volta elaborati i dati, viene fornita ai caregiver una restituzione in ordine agli esiti del questionario. Il questionario di valutazione viene somministrato anche al personale (allegato 4).

## **21. L'emergenza e le 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.

## **22. Continuità assistenziale**

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

La documentazione Sociosanitaria contenuta 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.

Per quanto riguarda l'area sanitaria verranno effettuati scambi di informazione tra le figure sanitarie dei servizi interessati, previa autorizzazione scritta da parte del familiare/tutore/AdS.

Per quanto riguarda l'area educativa, comunque previa autorizzazione scritta da parte del familiare/tutore/AdS, sarà consegnata al nuovo servizio, una relazione che tiene conto del percorso svolto del minore all'interno dell'ambulatorio.



## 23. Dove siamo e come raggiungerci

La sede amministrativa e operativa si trova in via Barattieri 3/5 a Codogno. È direttamente collegata alla sede centrale della cooperativa alla quale si può accedere anche da via Cavallotti 6 oppure da Piazzale Donatori del Sangue.



### COME RAGGIUNGERCI

#### In auto

da Piacenza percorrere la via Emilia (direzione Milano). Lasciare la via Emilia seguendo le indicazioni per Fombio e Codogno;

da Lodi percorrere la via Emilia (direzione Piacenza). Arrivati a Casalpusterlengo, seguire per Codogno; da Milano immettersi sull'autostrada A1 (direzione Piacenza Bologna) uscita Casalpusterlengo. Seguire le indicazioni per Codogno;

da Pavia seguire le indicazioni per Belgioioso. Arrivati a Casalpusterlengo, seguire le indicazioni per Codogno; da Cremona seguire le indicazioni per Cavatigozzi, Acquanegra, Pizzighettone, Maleo e proseguire per Codogno.

#### In treno

da Piacenza prendere la linea Piacenza-Milano. Scendere alla fermata di Codogno;

da Lodi prendere la linea Milano-Piacenza. Scendere alla fermata di Codogno;

da Milano prendere la linea Milano-Piacenza oppure la Milano-Mantova. Scendere alla fermata di Codogno;

da Pavia prendere la linea Pavia-Mantova. Scendere alla fermata di Codogno;

da Cremona prendere la linea Mantova-Milano. Scendere alla fermata di Codogno.

## 24. Allegati

1. Domanda di inserimento (con modulo privacy, autorizzazione)
2. URP
3. Questionario di soddisfazione dei famigliari
4. Questionario di soddisfazione dei lavoratori
5. Calendario chiusure
6. Modulo Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni SEPA CORE

Codogno, gennaio 2026

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori per presa visione e accettazione:

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **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](http://www.cooperativa-amicizia)



**ALLEGATO 1A**

**Iter Valutativo**

Stett.le  
**Amicizia società cooperativa Sociale**  
Via Cavallotti n. 6 - 26845 CODOGNO

**Io sottoscritto/a (genitore 1)** \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono/cellulare n. \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

**Io sottoscritto/a (genitore 2)** \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono/cellulare n. \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la podestà parentale/tutela/curatela/amministratore di sostegno nei confronti  
di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**INFORMO che il mio nucleo familiare è così composto:**

Cognome	Nome	Grado di parentela	Codice Fiscale

**La possibilità di accedere all'Ambulatorio**

<input type="checkbox"/> <b>ITER VALUTATIVO PER PRESA IN CARICO</b> Valutazione neuropsichiatrica e clinico funzionale	<b>ITER VALUTATIVO FACOLTATIVO:</b> <input type="checkbox"/> valutazione neuropsichiatrica-colloquio clinico <input type="checkbox"/> valutazione logopedica <input type="checkbox"/> valutazione delle performance occupazionali <input type="checkbox"/> valutazione fisioterapica <input type="checkbox"/> valutazione neuropsicologica
---	---

**ALLEGRO**

- Valutazioni funzionali
- Relazione sociale/sanitaria nella quale emerga la storia personale(anamnesi) e familiare del minore
- Copia dell'ultimo verbale di accertamento dell'invaliderità civile

Firma genitore 1 \_\_\_\_\_ Firma genitore 2 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**ALLEGATO 1B**

**Presa in carico**

Stett.le  
**Amicizia società cooperativa Sociale**  
Via Cavallotti n. 6 - 26845 CODOGNO

**Io sottoscritto/a (genitore 1)** \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono/cellulare n. \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

**Io sottoscritto/a (genitore 2)** \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ telefono/cellulare n. \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDO**  
**La possibilità di accedere all'Ambulatorio**

n. \_\_\_\_\_ trattamenti mensili **PSICOEDUCATIVO/NEUROPSICOMOTORIO**

n. \_\_\_\_\_ trattamenti mensili **LOGOPEDICI**

n. \_\_\_\_\_ trattamenti mensili **FISIOTERAPICI**

Firma genitore 1 \_\_\_\_\_ Firma genitore 2 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



## 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 Metropolitana, 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 artt. 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)



## Autorizzazioni

Spett.le

**Amicizia società cooperativa Sociale**

Via Cavallotti n. 6

26845 CODOGNO

Io 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 \_\_\_\_\_



## **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 è 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, disservizi, 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 impugnative 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 insoddisfatto la risposta ricevuta e produca elementi integrativi

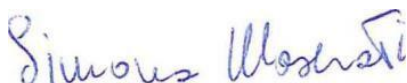
#### **Coordinamento e sovrintendenza dell'U.R. P**

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 DISSERVIZI/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 AMBULATORIO “IL GIGLIO” Anno 2026**

**Compila il presente questionario in qualità di:**

- Genitore     Fratello/sorella     Zio/Zia     Altro

**1. Considera il livello di qualità del servizio offerto dalla Cooperativa nel suo complesso:**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**2. Come valuta globalmente l'intervento offerto dall'Ambulatorio “Il Giglio”:**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**3. Come valuta le consulenze specialistiche offerte dal servizio (es. neuropsichiatra, pediatra, logopedista)?**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**4. Come valuta il livello dei servizi accessori:**

**• Pulizia ambienti**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**• Uffici amministrativi**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**5. Come valuta l'intervento dell'equipe dell'Ambulatorio in collaborazione con:**

**• Voi familiari?** (colloqui individuali, sostegno nella rete di enti/servizi, indicazioni su strategie di intervento e attività da svolgere...)

- Molto buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**• La scuola?** (condivisione con insegnanti/assistenti educatori di interventi educativi...)

- Molto buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente     non previsto



• **La UONPIA?** (collaborazione e aggiornamento sul trattamento)

- Molto buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente     non previsto

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

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**8. Valuta il livello di attenzione del personale nei confronti del suo familiare e dei suoi bisogni:**

- Molto Buono     Buono     Sufficiente     Insufficiente

**9. Ritieni che la carta dei servizi della Cooperativa fornisca informazioni in modo:**

- Completo     Adeguato     Sufficiente     Insufficiente

**10. Ha partecipato ad iniziative, eventi o incontri organizzati dalla Cooperativa (es. “Una giornata in amicizia”, “Un libro per amore”, “Festa d’estate”, ecc...)**

- Spesso     Qualche volta     Raramente     Mai

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

---

---

---

---

**12. 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 famigliari?**

- 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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Grazie per la collaborazione!**

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



## **ALLEGATO 4**

### **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 Minori "Il Centro dell'amicizia"  
 Ambulatorio Minori "Il Giglio"

#### **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 Ritiene 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 Ritiene 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 ritiene 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 Ritiene 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 Condivide 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!



**CALENDARIO DELLE CHIUSURE / APERTURE  
INFRASETTIMANALI PER L'ANNO 2026  
AMBULATORIO RIABILITATIVO MINORI IL GIGLIO**

**Chiusure:**

- 1 giugno
- Dal 10 al 14 agosto
- 7 dicembre
- Dal 28 al 31 dicembre

*Oltre alle chiusure sopra riportate, il servizio rimane chiuso di sabato e domenica e durante tutte le festività.*

