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

"Il CENTRO DELL'AMICIZIA"

Ambulatori per minori 0-18



In regime di accreditamento

CARTA DEI SERVIZI

Sommario

1. La normativa di riferimento 3
2. L'ente gestore 3
3. La struttura 3
4. I destinatari 4
5. La finalità 4
6. L'accesso al servizio e la presa in carico 4
7. Procedura d'accesso: 4
8. Le dimissioni 6
9. La funzionalità del servizio e la frequenza 6
10. La metodologia 6
11. L'equipe di riferimento 7
12. Il lavoro di rete 7
13. La retta 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) 9
20. Il questionario di gradimento 10
21. L' emergenza e le norme antincendio 10
22. Continuità assistenziale 10
23. Dove siamo e come raggiungerci 10
25. Allegati 11

1. La normativa di riferimento

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”

2. 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.

La Cooperativa 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.







3. La struttura

Il centro riabilitativo denominato “Il Centro dell’Amicizia” ambulatori minori 0-18” disabili **è accreditato al sistema socio sanitario regionale con delibera dell’ATS Città Metropolitana di Milano al n.751 del 19/07/2018.** Il servizio è inoltre **a contratto con ATS Città Metropolitana di Milano**, a partire dal 31/10/2024, per 600 trattamenti annui, in esecuzione della **delibera n. 873 del 24/10/2024 (si veda la carta dei servizi dell’ambulatorio in regime di contrattualizzazione)**

Il centro riabilitativo si trova nel centro storico della città di Codogno in via F. Cavallotti n. 6.
La struttura è collocata all'interno del parco Lamberti è composta da due piani e un'area esterna.
Al piano terra è collocata la sala d'attesa per i genitori, l'ufficio per il personale, gli spogliatoi per i bambini, una stanza di trattamento, i servizi igienici per i visitatori e uno attrezzato per i disabili. Attraverso un intervento strutturale di ampliamento degli spazi dell'ambulatorio, al piano terra è stato ricavato anche un ambiente chiuso e coperto di 41 mq da destinare alle attività riabilitative attraverso il recupero dello spazio precedentemente adibito a portico esterno. Tale ampliamento è stato autorizzato da ATS a seguito dell'invio della documentazione necessaria (SCIA).
Al primo piano è presente l'ambulatorio medico, due stanze per il trattamento e servizi igienici per il personale.
All'esterno è presente l'area, per le attività abilitative, sia coperta che scoperta.

4. I destinatari

Sono minori con età inferiore ai 18 anni, con disturbi del neuro sviluppo che manifestano un deficit qualitativo dell'interazione sociale, un repertorio limitato di interessi e attività; e bambini con disabilità intellettiva che presentano significative limitazioni del funzionamento intellettivo e/o del comportamento adattivo (capacità sociale, concettuale e pratica) e/o della motricità e del linguaggio.
L'ambulatorio riabilitativo può fornire prestazioni abilitative/riabilitative dirette o indirette, il numero di trattamenti settimanali viene stabilito in relazione ai bisogni del minore.

5. La finalità

L'ambulatorio riabilitativo / abilitativo è specifico per le aree di sviluppo fondamentali per il sostegno e la crescita del bambino. In particolar modo si fa carico degli aspetti riguardanti l'interazione sociale, l'intersoggettività primaria e secondaria, potenziamento cognitivo, la comunicazione e il linguaggio, le abilità riguardanti le autonomie personali, lo sviluppo motorio, la gestione del tempo libero, le abilità sociali, le attività occupazionali e le abilità necessarie alla transizione per l'adultità
La progettazione dell'intervento è condivisa con le agenzie educative: la famiglia, la neuropsichiatria di riferimento, la scuola, i servizi sociali territoriali e ove presenti i servizi di tempo libero. L'esito della presa in carico è quindi definibile di tipo contestualistico in quanto il trattamento ambulatoriale diretto è finalizzato all'insegnamento e all'implementazione delle competenze del minore che devono necessariamente essere generalizzate nell' ambiente di vita quotidiano come evidenziato dalla normativa vigente in campo di disabilità intellettiva e disturbi del neuro sviluppo.

6. 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. 3342016760

Email: uff.protocollo@cooperativa-amicizia.it oppure **ambulatori@cooperativa-amicizia.it**

7. Procedura d'accesso:

- **PRIMO INCONTRO**: verrà presentato il modello di lavoro, saranno raccolti i dati anamnestici del minore, il bisogno del bambino esplicato 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 e psicoeducativa diretta e condivisione con la famiglia.
  La valutazione medica è un colloquio clinico DEFINIBILE GLOBALE è effettuata dal neuropsichiatra infantile è finalizzata a raccogliere i dati anamnestici: decorso della gravidanza, modalità' del parto, eventuali problematiche in periodo perinatale, modalità di allattamento, crescita staturo ponderale, 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.
  La valutazione psicoeducativa funzionale viene effettuata attraverso la somministrazione di test standardizzati (pep3, ttap, vineland scale, vbmapp...) mirati a misurare in base all' età le abilità cognitive, motorie, comunicative, sociali, le autonomie personali, le competenze pre-occupazionali acquisite, in acquisizione e non presenti e le attività gradite (assessment delle preferenze)

- **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, valutazione logopedica, valutazione neuropsicomotoria. Tale modalità di lavoro consentirà di evidenziare le competenze oggettive che il bambino possiede e meglio definire gli obbiettivi 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 neuropsicomotoria definisce le competenze di coordinazione motoria fine e grossa, delle abilità cognitive a livello ecologico e lo sviluppo delle abilità di espressione del proprio vissuto emotivo.
  Potrà essere somministrata la scala APCM-2, MOVEMENT ABC

- **GLI ESITI:**
  Il giorno dell'iter valutativo multidisciplinare verrà condiviso inoltre 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 terapisti riabilitativi che effettueranno i trattamenti.
  Il trattamento rispondendo a quanto previsto dalle linee guida SINPIA (società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza) e si ancora ad un percorso abilitativo basato su interventi che consentono la misurazione dei risultati ottenuti (evidence based).

- **CONDIVISIONE**
  con la scuola: il progetto viene condiviso con la scuola seguendo diversi step: osservazione diretta del minore nel contesto, invito agli insegnanti a visionare direttamente e/o attraverso filmati i trattamenti abilitativi e incontri indiretti con l'insegnante di sostegno, l'assistente ad personam e le insegnanti di classe.

  con UONPIA e servizi territoriali della progettualità, tramite incontri di rete durante i quali verrà redatto un verbale.

- **PARENT TRAINING DI GRUPPO:** sono previsti incontri con le famiglie per 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).

8. 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.

9. 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 del Centro dell'Amicizia 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 6)

10. La metodologia

L'intervento abilitativo contestualistico e multidisciplinare è rivolto a minori con disturbi del neurosviluppo è basato su orientamenti metodologici con evidenza scientifica riconosciuta dalle linee guida del ministero della salute (analisi del comportamento applicata, verbal behavior, early start denver model, t.e.a.c.ch, relational frame theory, essenzial for living).
La scelta metodologica del servizio è l'utilizzo integrato di diverse teorie e metodi per rispondere individualmente ai bisogni del soggetto tenendo conto del suo percorso di crescita: life span dall'infanzia all' adultità.
L'intervento multidisciplinare verrà organizzato secondo le necessità terapeutiche di ogni bambino e potrà includere:
-intervento psico-educativo: mira ad implementare aspetti riguardanti le seguenti aree di intervento: comunicazione, linguaggio, intersoggettività primaria e secondaria, gioco, motricità fine e grosso motoria, il tempo libero e lo sport, le autonomie personali, le abilità sociali, la gestione dei luoghi di vita, le abilità pre-occupazionali, la vita indipendente, la gestione del comportamento problema

- 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, dove necessario, delle abilità strumentali necessarie agli apprendimenti scolastici.
- intervento neuropsicomotorio: intervento che mira a potenziare le risorse di equilibrio, sequenzialità esplicita ed implicita, coordinazione grosso-motoria e delle abilità di fluenza grafo-motoria, necessarie alle abilità strumentali quotidiane ed agli apprendimenti scolastici.

11. L'equipe di riferimento

L'equipe multidisciplinare è composta da un neuropsichiatra, educatori professionali, psicologhe, neuropsicomotricista, logopedista, Terapista occupazionale.

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.

12. 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 riabilitativa e abilitativa finalizzata all' apprendimento e 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

I genitori del bambino, i fratelli e i nonni sono le persone con cui il bambino trascorre molto tempo, l'ambulatorio si preclude l'obiettivo di condividere con loro il lavoro riabilitativo/abilitativo che viene svolto. Proponendo percorsi di parent training individuale o di gruppo per i genitori e nonni. L'osservazione del trattamento può avvenire direttamente all'interno della stanza dell'ambulatorio o attraverso la video registrazione del trattamento.

Ai fratelli viene proposto di osservare e collaborare durante il trattamento, con lo scopo di condividere ad esempio le attività di tempo libero anche nel contesto domiciliare.

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 di bisogno.

La scuola

La scuola è l'agenzia educativa preposta all' insegnamento e all'educazione, ma nel caso di bambini con disturbi del neurosviluppo è importante che il programma curricolare venga integrato con strategie psico-educative che favoriscano l'apprendimento di nozioni e l'integrazione del bambino all' interno del gruppo classe.

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

Per l'integrazione del bambino nel gruppo classe, possono essere effettuati incontri finalizzati alla spiegazione della diversità di funzionamento attraverso lavori/ giochi di gruppo per la classe. Nel caso di bambini a basso funzionamento, inizialmente, si svolgono attività in coppia o piccolo gruppo.

13. La retta

COSTI ITER VALUTATIVO PRESA IN CARICO prevede

- ✓ la valutazione medico funzionale
- ✓ la valutazione psicoeducativa
- ✓ 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 neuropsicomotoria costo 100 euro + iva 5%
- ✓ valutazione neuropsichiatrica – colloquio clinico 100 euro+ iva 5 %

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

Costi del trattamento

Regione Lombardia prevede che il trattamento riabilitativo abbia una durata di 45 minuti, la cooperativa per una scelta qualitativa del lavoro preferisce proporre trattamenti congiunti per un totale di 1 ora e mezza. Si precisa pertanto che il costo del singolo trattamento di 45 minuti è di euro 35,00 + iva 5%

I costi mensili sono i seguenti:

	n.8 Trattamenti al mese **Accesso 1 volta alla settimana**	**n.16 trattamenti al mese** **Accesso 2 volte alla settimana**	**n.24 trattamenti al mese** **Accesso 3 volte alla settimana**	**n.32 trattamenti al mese** **Accesso 4 volte alla settimana**	**n.40 trattamenti al mese** **Accesso 5 volte alla settimana**
45'' + 45''= 1 ora e mezza	280,00 euro + iva 5%	560,00 euro + iva 5%	840,00 euro + iva 5%	1.120,00 euro + iva 5%	1.400,00 euro + iva 5%

Il trattamento logopedico personalizzato della durata di 45 minuti ha un costo pari a € 50,00 + IVA di legge.
È previsto un costo di € 50,00 + iva del 5%, qualora la famiglia richiedesse ulteriori relazioni cliniche rispetto alla documentazione contenuta nella cartella sociosanitaria del minore.
Il consiglio di Amministrazione si riserva di modificare le suddette tariffe dandone comunicazione alla famiglia con un preavviso di 30 giorni.

14. I pagamenti

Il pagamento della retta deve avvenire entro 30 giorni dalla data di emissione della fattura, preferibilmente tramite rapporto interbancario diretto (RID) (*All.02*).
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 integrale della retta mensile sussiste anche nel caso di assenze.
In caso di ricoveri ospedalieri, presentando la relativa documentazione, verrà decurtato dalla retta mensile il numero di trattamenti previsti nei giorni di ricovero.
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.

15. Il trasporto

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

16. 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.

17. 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.

18. 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 3)

19. Il 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. Una volta elaborati i dati viene fornita ai caregiver una restituzione in ordine agli esiti del questionario (allegato 4). Il questionario di valutazione viene somministrato anche al personale (allegato 5).

20. 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.

21. 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, ecc.

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, ecc.

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.



22. Dove siamo e come raggiungerci

La SEDE AMMINISTRATIVA E OPERATIVA si trova in

VIA FELICE CAVALLOTTI 6, 26845 CODOGNO – LODI -

COME RAGGIUNGERCI

In auto

da Piacenza percorrere la via Emilia (direzione Milano). Lasciare la via Emilia seguendo e 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.

Allegati

1. Domanda di inserimento (con modulo privacy, autorizzazione)
2. Modulo RID
3. URP
4. Questionario di soddisfazione dei famigliari
5. Questionario di soddisfazione dei lavoratori
6. Calendario chiusure

Aggiornata ottobre 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
www.cooperativa-amicizia

ALLEGATO 1

Spett.le
Amicizia società cooperativa Sociale
Via Cavallotti n. 6 26845 CODOGNO

Il sottoscritto/a _____ nato/a 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. _____

CHIEDO

La possibilità di accedere all'Ambulatorio riabilitativo minori 0-18 denominato "Il Centro dell'Amicizia", per

☐ **ITER VALUTATIVO PER PRESA IN CARICO** Valutazione medico funzionale e psicoeducativa	**ITER VALUTATIVO FACOLTATIVO**: ☐ valutazione neuropsicologica ☐ valutazione logopedica ☐ valutazione neuropsicomotoria ☐ valutaz. neuropsichiatrica/colloquio clinico
n. _____ trattamenti mensili **PSICO-EDUCATIVI** n. _____ trattamenti mensili **LOGOPEDICI**	

Che il mio nucleo famigliare è così composto

Cognome	Nome	Grado di parentela	Codice Fiscale

ALLEGO

Attestazione/consenso ai sensi del D.lgs. 196/03 e del REG. UE 2016/679.

- Relazione sociale/sanitaria nella quale emerga la storia personale(anamnesi) e famigliare del minore
- Copia dell' ultimo verbale di accertamento dell'invalidità civile
- Valutazioni funzionali
- Regolamento sottoscritto e firmato in ordine alla frequenza dell'Ambulatorio "Il Centro dell'Amicizia".

Data_____ Firma _____

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 Societa' 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.
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**

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 Societa' 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.

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**

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 Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni SEPA CORE

RIFERIMENTO MANDATO:

(da completare a cura del Creditore)

Cognome e nome del DEBITORE					
Codice Fiscale DEBITORE					
Indirizzo: *Via/C.so/P.zza/Largo*				N°:	
CAP:		Località:			
Provincia:		Paese:			
IBAN:	I T				
	Codice identificativo di 27 caratteri				
Presso Banca/Filiale:					

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Creditore:	Amicizia Società Cooperativa Sociale				
Codice Identificativo del Creditore (*Creditor Identifier*):					
Indirizzo: *Via/C.so/P.zza/Largo*	Via Felice Cavallotti			N°:	6
CAP:	26845	Località:	Codogno		
Provincia:	Lodi	Paese:	Italia		

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
  ☑ addebiti in via continuativa

- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Città , _____
Data

_____
Firma del Debitore

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 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 difacilitarne 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 Legge7/8/1990, 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 organizzativie 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 provvedervi autonomamente poiché privi, in tutto o in parte, di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana.
5. Gli utenti ed i loro famigliari, gli organismi di volontariato o di tutela dei diritti possono presentare osservazioni, richieste di chiarimenti, opposizioni, disservizi, denunce o reclami contro atti ocomportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di competenza dellaCooperativa. 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 provvede a quant'altro necessiti 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 insoddisfacente la risposta ricevuta e produca elementi integrativi

Coordinamento e sovrintendenza dell'U.R. P

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

Codogno, gennaio 2022

Il Responsabile URP
Maserati Simona

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 4 questionario famigliari

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI AMBULATORIO MINORI "IL CENTRO DELL'AMICIZIA"

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:

□ 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 famigliare e dei suoi bisogni:

□ Molto Buono □ Buono □ Sufficiente □ Insufficiente

9.Ritiene 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", "Chi viene a cena? Resta con noi", "manifestazione 2 aprile – giornata sulla consapevolezza dell'autismo" 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 famigliare?

□ 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 5 questionario dipendenti

QUESTIONARIO RIVOLTO AI LAVORATORI REMUNERATI

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 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!

Allegato 6

CALENDARIO DELLE CHIUSURE

PER L'ANNO 2026

AMBULATORIO RIABILITATIVO MINORI

Le giornate di chiusura dell'Ambulatorio dei minori previste per l'anno 2026:

Lunedì 01 giugno 2026

Da lunedì 17 agosto a venerdì 21 agosto 2026 – 'chiusura estiva'

Lunedì 07 dicembre 2026

Da lunedì 28 dicembre a giovedì 31 dicembre 2026

Si ricorda che oltre alle chiusure soprariportate, il servizio rimane chiuso di sabato e domenica e durante tutte le festività.