



CENTRO DIURNO DISABILI

CARTA DEI SERVIZI

Premessa

La Carta dei Servizi è lo strumento attraverso il quale si intende fornire tutte le informazioni relative al Centro Diurno per Disabili (C.D.D.) del Consorzio Erbese e rappresenta, secondo le indicazioni della Legge 328/2000 e della D.G.R. 23/07/2004 n. VII/18334, un requisito indispensabile per l'accreditamento, l'erogazione dei servizi e la realizzazione di progetti.

La Carta dei Servizi è un patto che l'ente stringe con i propri destinatari: rappresenta cioè l'impegno a fornire agli utenti certi livelli di servizi e, contemporaneamente, è un importante veicolo di comunicazione esterna e interna.

Il C.D.D. pubblica la propria Carta dei Servizi dalla quale sarà possibile conoscere nello specifico:

- la sua funzione e il suo scopo;
- la sua organizzazione;
- le modalità di funzionamento;
- i fattori, gli indicatori e gli standard di qualità del servizio;
- le modalità di rilevazione della soddisfazione, dei suggerimenti e dei reclami in funzione del miglioramento continuo.

Sono parte integrante della Carta dei Servizi i seguenti documenti, disponibili sul sito internet del Consorzio Erbese Servizi alla Persona, aggiornati periodicamente:

- 1) Programmazione annuale del servizio comprendente:
 - dati Ente gestore e recapiti struttura;
 - numero utenti in carico in carico al servizio e classe fragilità;
 - orario di funzionamento;
 - personale in servizio;
 - attività socio sanitarie, educative e di riabilitazione programmate;
 - calendario annuale di funzionamento;
- 2) Prospetto rette di frequenza;
- 3) Questionario per la rilevazione della soddisfazione degli utenti;
- 4) Modulo di ammissione al servizio;
- 5) Modulo presentazione reclami;
- 6) Modulo comunicazione assenze.

1. DESCRIZIONE E FINALITÀ' DEL CENTRO DIURNO DISABILI

Il Centro Diurno Disabili (di seguito C.D.D.), secondo quanto stabilito dalla D.G.R. 23/07/2004 n. VII/18334, è definito unità di offerta socio-sanitaria a carattere semiresidenziale per persone disabili gravi, di età di norma superiore ai 18 anni.

Gli obiettivi del C.D.D. sono i seguenti:

- garantire il soddisfacimento dei bisogni socio-sanitari, riabilitativi, ed educativi in regime di trattamento diurno, al fine di mantenere o accrescere il livello di autonomia personale e di benessere psico-fisico;
- stimolare i processi affettivo-socio-relazionali, tesi alla conservazione delle risorse psicofisiche degli utenti e all'integrazione sociale;
- fornire il sostegno alle famiglie, anche coinvolgendole nella pianificazione delle attività.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso la promozione di processi di aiuto che permettano alla persona disabile una migliore qualità di vita, indipendentemente dal livello di autosufficienza e dallo stato invalidante.

L'organizzazione del C.D.D. è finalizzata alla salvaguardia della dignità della persona, favorendo i rapporti interpersonali ed affettivi, ovvero: considerare non solo i bisogni di natura sanitaria e assistenziale dei disabili, ma anche i bisogni sociali, relazionali del singolo.

2. TITOLARITA', AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO E ACCREDITAMENTO

Il Titolare del Centro Diurno Disabili è il Consorzio Erbese Servizi alla Persona (di seguito denominato Consorzio). Il Consorzio si è costituito in forma di gestione associata di servizi ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. 267/2000 e sulla base della convenzione approvata da tutti i comuni aderenti: Albavilla, Alserio, Alzate Brianza, Anzano del Parco, Asso, Barni, Caglio, Canzo, Caslino d'Erba, Castelmarte, Erba, Eupilio, Lambrugo, Lasnigo, Longone al Segrino, Magreglio, Merone, Monguzzo, Orsenigo, Ponte Lambro, Proserpio, Pusiano, Rezzago, Sormano, Valbrona, per l'esercizio di attività e servizi sociali di competenza degli Enti locali.

L'attività di gestione del C.D.D. è attualmente affidata alla "Noi Genitori" Società Cooperativa Sociale Onlus di Erba (di seguito denominato Ente Affidatario) fino al 31/08/2018.

La programmazione dell'attività gestionale è attuata valorizzando e coinvolgendo attivamente il soggetto affidatario del Servizio con la finalità di individuare obiettivi comuni da perseguire attraverso azioni innovative, che tendano alla costante e progressiva crescita evolutiva degli utenti, nella prospettiva di una costante socializzazione, intesa come momento per favorire il più possibile i processi di autonomia degli stessi.

La programmazione è svolta mediante il Tavolo di Coprogettazione, composto dal Direttore e dagli operatori del Nucleo Operativo Handicap dell'Equipe Specialistica Disabili (di seguito denominato N.O.H.) del Consorzio, dal Responsabile dell'Ente Affidatario e dal Coordinatore del C.D.D. individuato dell'Ente medesimo.

Il C.D.D. è autorizzato al funzionamento e accreditato secondo la normativa regionale.

3. SEDE, CONTATTI E DOCUMENTAZIONE

Il C.D.D. è ubicato ad Erba in via XXIV Maggio 4/E presso la sede della Cooperativa Sociale Noi Genitori. Tale località dista circa 1,2 Km dalla Stazione Ferrovie Nord di Erba e dai capolinea delle diverse autolinee ASF territoriali. Gli utenti del CDD possono usufruire di un Servizio Trasporto da

casa al Centro -e viceversa- messo a disposizione dal Consorzio Erbese, attraverso più Enti accreditati.

La struttura, di nuova costruzione, è collocata in posizione centrale rispetto al distretto erbese, agevolmente raggiungibile da tutti i Comuni limitrofi.

L'impianto, nella sua impostazione di struttura destinata ad attività specialistiche, nasce da precise richieste funzionali e normative regionali, mentre la sua forma e posizione è stata dettata dall'obiettivo di assicurare le condizioni ottimali di orientamento rispetto alla captazione energetica solare nel periodo invernale. L'edificio è inserito in classe A energetica.

E' possibile prendere contatto con il Consorzio Erbese dei Servizi alla Persona, ente titolare, ai seguenti recapiti:

- N. Tel: 031647450
- N. Fax: 0316474539
- E-mail: serviziadisabili@consorzioerbese.it; pec@consorzioerbese.it
- Sito internet: www.consorzioerbese.it

E' possibile, inoltre, contattare l'ente affidatario del Servizio ai seguenti recapiti:

- N. Tel: 031641522
- N. Fax: 0313335476
- E-mail: amministrazione@cooperativanoigenitori.it
- Sito internet: www.cooperativanoigenitori.it

La Carta dei Servizi e la versione più aggiornata della relativa modulistica sono disponibili nei sito internet del Consorzio.

4. FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO E CAPACITA' RICETTIVA

Il C.D.D. è aperto per almeno n. 47 settimane all'anno e n. 35 ore settimanali. Nello specifico il C.D.D. è aperto dal Lunedì al Venerdì con orario 9.00-16.00.

Annualmente il Consorzio e l'Ente gestore, nell'ambito della coprogettazione, definiscono il programma delle attività e il calendario di funzionamento del servizio.

Di norma la chiusura del servizio è effettuata nel mese di agosto, per due settimane e in coincidenza dei periodi di festività natalizie e pasquali. Tali periodi sono anche utilizzati per garantire l'aggiornamento del personale, la programmazione e la verifica delle attività e del servizio. La capacità ricettiva è pari a n. 30 posti autorizzati, tutti accreditati e a contratto.

5. DESTINATARI

Sono destinatari del servizio persone maggiorenni con disabilità grave dipendente da qualsiasi causa, di norma di età compresa tra i 18 e i 65 anni residenti nei Comuni aderenti al Consorzio.

E' prevista la possibilità di inserimento al C.D.D. anche a persone disabili non residenti nei Comuni predetti; l'accoglimento è subordinato alla disponibilità di posti e all'approvazione del Consiglio di Amministrazione del Consorzio.

Il minore di età può essere eccezionalmente accolto solo in presenza delle seguenti tre condizioni, definite dalla normativa regionale:

1. una specifica richiesta dei genitori o del tutore/curatore/amministratore di sostegno;
2. una valutazione della necessità di interventi di lungoassistenza da parte dell'AS.L. di residenza e dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile di riferimento o dello specialista neuropsichiatra infantile dell'Istituto di Riabilitazione extra ospedaliero accreditato;

3. disponibilità dell'Ente affidatario della struttura ad adeguare i propri interventi ai bisogni del minore.

6. AMMISSIONE, PRESA IN CARICO, INSERIMENTO, DIMISSIONE E LISTA D'ATTESA

6.1 Domanda di ammissione

La domanda di ammissione al C.D.D. deve essere presentata dall'interessato, dal tutore/curatore/amministratore di sostegno o dai famigliari, al Consorzio utilizzando l'apposita modulistica (allegato A) e la documentazione prevista.

6.2 Ammissione

Il N.O.H. del Consorzio, in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune di residenza, valuta la domanda di ammissione e, nel caso di esito positivo, elabora, in accordo con il Coordinatore del C.D.D. e con il consenso della famiglia, un progetto di inserimento. Tale progetto viene quindi formalizzato alla famiglia.

L'inserimento si attua previo effettuazione di un periodo di osservazione dell'utente presso il servizio, di colloqui con i famigliari e con la stesura del Progetto Educativo Individualizzato (di seguito denominato P.I.) a cura degli operatori del C.D.D. in collaborazione con il N.O.H.

Nella fase di ingresso del nuovo utente il Coordinatore, con la collaborazione di un educatore di "riferimento" organizza l'accoglienza al fine di garantire il buon andamento dell'inserimento.

I tempi e le modalità del periodo di osservazione sono definite in base alle caratteristiche della persona disabile e comunque per un periodo di norma non superiore a due mesi, salvo casi che richiedano eccezionalmente un ulteriore periodo a seguito di verifica specifica.

6.3 Inserimento

Succeivamente alla redazione del P.I., l'inserimento viene disposto con provvedimento del Direttore del Consorzio secondo l'ordine di presentazione della domanda.

Qualora non vi fosse disponibilità immediata, la domanda viene inserita in lista di attesa.

6.4 Dimissione

La dimissione può essere proposta dalla famiglia dell'utente e/o dall'equipe educativa del C.D.D. qualora si dovessero verificare condizioni di disagio della persona disabile, per ragioni di carattere sanitario o perché il progetto educativo ha esaurito la sua validità d'intervento e s'impone la necessità di predisporre un nuovo P.I. La proposta, opportunamente motivata mediante dettagliata relazione tecnica, viene trasmessa al N.O.H. per le valutazioni di competenza.

L'esito della valutazione viene formalmente comunicato alla famiglia/richiedente.

La dimissione può essere disposta anche come esito finale ad un prolungato mancato pagamento della retta di frequenza per un periodo superiore ai sei mesi o una prolungata assenza immotivata (come meglio specificato al punto 12 del presente documento e all'art. 7 del Contratto d'Ingresso: dimissioni e recesso del contratto).

In questo caso, la dimissione viene comunque disposta solo dopo un'analisi dettagliata delle motivazioni che hanno portato al problema, attraverso incontri e colloqui tra la famiglia, l'Equipe Disabili e gli operatori del C.D.D. e del Servizio Sociale di riferimento. Solo in caso venga constatata l'impossibilità di pervenire ad una soluzione (ad esempio, la rateizzazione del debito), la dimissione viene disposta secondo una modalità "assistita" dai Servizi preposti, verificando la possibilità di trovare alternative al servizio o altri supporti anche a domicilio all'utente disabile.

6.5 Composizione e gestione della lista d'attesa

Per garantire a tutti i cittadini tempi d'accesso ai Servizi offerti dal C.D.D. certi ed adeguati ai propri bisogni, nel caso si verificasse l'indisponibilità di accesso al Servizio, per esaurimento dei posti disponibili, viene stilata una lista d'attesa contestuale alla **domanda di ingresso**.

La domanda viene effettuata attraverso la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso Il Consorzio Erbese Servizi alla Persona o presso gli uffici del Settore Servizi Sociali dei Comuni consorziati (fac simile allegato A alla presente Carta dei Servizi). La domanda può essere inoltrata dal 17° anno d'età della persona disabile, ai fini dell'inserimento al compimento della maggiore età. Situazioni particolarmente complesse vanno considerate nella loro peculiarità: all'uopo, si richiama quanto definito da Regione Lombardia con DGR VII 18334/2004 e cioè che, in casi eccezionali, il minore di età potrà essere accolto presso la struttura solo in presenza delle tre condizioni, di cui al paragrafo 5.

La domanda di iscrizione deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- Copia verbale di invalidità civile;
 - Copia del certificato di gravità ai sensi della L.104/1992;
 - Copia del decreto di nomina tutore e/o protutore/amministratore di sostegno, laddove non vi siano i genitori;
 - Eventuali relazioni psico/educative - referti medici significativi;
- (In fase di ammissione verrà richiesta anche certificazione ISEE).

La domanda, sarà inserita nella **lista d'attesa**, strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela del benessere della persona disabile e della sua famiglia e l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni socio/sanitarie/educative.

Si richiama la Deliberazione della Giunta Reg. Lombardia X/1185/2013 che, in merito dice: *“La gestione ottimale delle Lista di attesa può essere più facilmente perseguita se si individuano strumenti e modalità di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo che quelli a tutela del cittadino”*.

L'analisi e la valutazione della **domanda di ammissione** compete al Consorzio Erbese Servizi alla Persona che, in collaborazione con tutti gli attori del sistema (Famiglia, Comune, Ente affidatario del servizio), valuta l'assegnazione al Servizio C.D.D. La lista d'attesa viene gestita prevedendo delle priorità d'accesso basate sulla valutazione di criteri specifici, che attraverso specifici punteggi, permettano di “mettere al centro” prioritariamente il bisogno della persona disabile e della sua famiglia, in un'ottica di equità e di rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Tali criteri si propongono di:

- rispondere prioritariamente ad un bisogno del territorio erbese. I cittadini non residenti nell'Ambito territoriale di Erba possono comunque accedere al servizio, dopo apposita convenzione stipulata tra il Comune di residenza ed il Consorzio Erbese.
- favorire la tutela di persone in età giovane o adulta con disabilità grave e delle famiglie in situazione di maggiore bisogno socio-sanitario;
- garantire equità a tutti gli utenti disabili;
- migliorare il rapporto tra domanda e offerta;
- rendere più efficace ed efficiente l'inserimento presso la struttura di accoglienza C.D.D.;
- migliorare le modalità e i tempi di accesso.

All'atto della domanda verranno valutati i requisiti della persona in base ad una scala di valori che riporta punteggi specifici.

I CRITERI generali di valutazione terranno conto di tre fattori:

1. **Appropriatezza** – valutazione, in collaborazione con tutti gli attori del sistema, dei bisogni e delle caratteristiche del candidato e della sua famiglia in relazione al rapporto educativo/assistenziale offerto dal C.D.D. ed alla residenza del candidato.

2: **Condizione Familiare** – sono considerate l'età, le condizioni di salute dei genitori e/o familiari prossimi, la presenza di rete familiare supportiva, la presenza di fratelli disabili e l'eventuale segnalazione del caso da parte dei servizi sociali territoriali.

3: **Cronologia della domanda** – Gli utenti con il punteggio determinato dalle condizioni di priorità, vengono inseriti secondo l'ordine cronologico di presentazione della domanda.

Pertanto, vengono attribuiti dei punteggi specifici alle domande che vengono poste in lista d'attesa, in base ai criteri sopra descritti, valutando la presenza/assenza delle seguenti condizioni:

a) residenza in uno dei Comuni consorziati con il Consorzio Erbese	punti 20
b) assenza di entrambi genitori	punti 7
c) presenza di un solo genitore (vedovo/a, separato/a)	punti 6
e) presenza altre persone disabili nel nucleo familiare	punti 5
d) presenza di patologie nei genitori	punti 4
e) genitori con più di 65 anni	punti 3
f) condizione di particolare gravità certificata dall'equipe specialistica disabili (ad es. problemi comportamentali non facilmente controllabili nel contesto familiare o particolari condizioni di gravità di difficile gestione da parte della famiglia)	punti 2

A parità di punteggio, ha priorità la domanda inserita da più tempo in lista d'attesa.

7. PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Il progetto Individualizzato è lo strumento che definisce puntualmente la programmazione personalizzata delle attività volto a favorire il pieno sviluppo delle potenzialità della persona disabile. Individua gli obiettivi generali e specifici che la persona disabile raggiunge attraverso la partecipazione ad attività appositamente progettate. L'individuazione degli obiettivi viene realizzata sulla base della vision della persona disabile espressa nell'I.C.F. (*"International Classification of Functioning, Disability and Health"* – "Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute").

Il P.I. fonda il proprio valore nella variegata promozione di esperienze ed attività finalizzate all'acquisizione di abilità trasversali in diverse aree:

- area emotivo/affettiva/relazionale;
- area espressiva;
- area psicomotoria;
- area cognitiva;
- area dell'autonomia personale e sociale.

Il P.I. mira a superare la concezione dell'erogazione del servizio per prestazioni separate e concorre alla promozione territoriale del servizio basato sul lavoro integrato, in cui la partecipazione dei diversi soggetti rappresenta elemento stesso di coprogettazione;

Il P.I. viene condiviso con la famiglia del disabile e/o con l'Amministratore di Sostegno, per favorire una partecipazione diretta e attiva dei diversi attori finalizzata alla sua realizzazione.

Viene inoltre condiviso con l'utente nelle sue linee essenziali, per quanto possibile, al fine di consentire alla persona disabile una maggiore consapevolezza degli obiettivi e delle attività che la vedono protagonista.

Più in generale, il C.D.D. mediante tale strumento garantisce:

- un accompagnamento degli utenti nella naturale ricerca del loro benessere, della soddisfazione personale e di una buona qualità della vita;
- una diversa gamma di attività che, al fine di permettere esperienze diversificate e significative, trovano concreta applicazione sia presso il C.D.D., che in servizi/ambiti presenti sul territorio, luogo di sperimentazione e di insegnamento diretto, in un rapporto stretto e costante con la comunità sociale in quanto parte attiva del P.I.;

- una modalità degli interventi inserita in un sistema di rete che opera in sinergia con tutti i servizi socio assistenziali presenti sul territorio creando quei raccordi che, in una logica di razionalizzazione, escludano ogni dispersione delle risorse;
- l'integrazione sociale intesa non solo come essere con altri in situazioni di vita reale, ma quale presenza visibile atta a favorire la crescita di una cultura di solidarietà.

8. ATTIVITA' DEL SERVIZIO

All'inizio di ogni anno educativo il Coordinatore del C.D.D., nell'ambito del Tavolo di Coprogettazione, redige il documento "Programmazione annuale del Servizio". Detto programma viene consegnato e illustrato alle famiglie in occasione di un incontro assembleare.

Il C.D.D. garantisce ad ogni ospite, in coerenza con le caratteristiche della classe di fragilità indicata nella scheda S.I.Di., lo svolgimento delle seguenti attività:

- socio-sanitarie ad elevato grado di integrazione;
- riabilitative;
- socio riabilitative;
- educative.

sinteticamente rappresentate nella "settimana tipo" sottoriportata:

	9,00 – 9,30	9,30 – 12,00	12,00 – 14,00	14,00 – 16,00	16,00 – 16,30
LUNEDI'	ACCOGLIENZA	IPPOTERAPIA	PRANZO	LAB. MUSICALE	USCITA
MARTEDI'	ACCOGLIENZA	ARTETERAPIA	PRANZO	PSICOMOTRICITA'	USCITA
MERCOLEDI'	ACCOGLIENZA	PISCINA RIABILITATIVA	PRANZO	BIBLIOTECA DI ERBA	USCITA
GIOVEDI'	ACCOGLIENZA	FISOTERAPIA	PRANZO	USCITA ACQUISTI	USCITA
VENERDI'	ACCOGLIENZA	LAB. TEATRALE ESTERNO	PRANZO ESTERNO	PALESTRA ESTERNA	USCITA

9. PERSONALE

9.1 Professionalità impiegate

Il C.D.D. assicura adeguata dotazione di personale qualificato, provvisto di documentata esperienza nella specifica area d'intervento e dei necessari requisiti professionali - conformemente agli standard previsti dalle normative della Regione Lombardia - appartenente alle aree socio-assistenziali, educative, riabilitative e infermieristiche, ivi compreso il personale medico e psicologico. Nel C.D.D. sono impiegate le seguenti professionalità:

- Coordinatore del Centro Diurno Disabili;
- Educatori professionali;
- Ausiliari Socio Assistenziali (A.S.A.);
- Operatori Socio Sanitari;
- Fisioterapisti;
- Infermieri professionali;

- Medici;
- Psicologi;
- Psicomotricisti;
- Altre figure professionali per attività specifiche;
- Personale amministrativo.

9.2 Modalità di riconoscimento operatori

Al fine di facilitare l'identificazione del personale operante nella struttura da parte dei fruitori del servizio, tutti gli operatori del Centro sono dotati di cartellino di riconoscimento con foto, nome, cognome e qualifica.

10. SPAZI E ATTREZZATURE DISPONIBILI

Tutti i locali principali del servizio sono al piano terra, favorendo in tal modo un utilizzo funzionale a tutti coloro che presentano disabilità motorie.

Gli spazi principali presenti nella struttura sono i seguenti:

Piano terra

Al piano terra sono localizzati i seguenti spazi:

- **spazio di prima accoglienza:** utilizzabile anche come luogo di incontro e socializzazione;
- **spazio polivalente centrale:** attrezzato con videoproiettore, schermo gigante, luci, mixer, amplificatori, casse e lettore dvd;
- **due aule per attività educative, riabilitative e laboratori:** dotato di tavoli in legno antigraffio e da sedie ergonomiche. La suddivisione in spazi interni, è realizzata grazie a divisori modificabili secondo le esigenze formative. Sono presenti anche due spazi attrezzati con personal computer e stampanti;
- **locale pranzo,** arredato con tavoli da 4 posti nel rispetto delle norme igieniche in materia. Presente nella sala anche uno spazio dedicato alla distribuzione dei pasti. Il locale è inoltre in comunicazione con un ampio spazio esterno coperto variamente utilizzabile. Tale sala, quando non utilizzata per il pranzo, costituisce un ulteriore ampio e luminoso spazio per le attività educative, riabilitative e ricreative;
- **sala sensoriale,** con pavimento e pareti morbide e specchi, dotata di strumenti specialistici e innovativi necessari alla attività di stimolazione sensoriale: letto ad acqua con casse acustiche, tubo a bolle, fasce fibre ottiche, luci e proiettori di diversa natura, sistema acustico alta definizione, sistema erogatori aromi, strumenti sonori diversi;
- **bagni attrezzati per gli utenti;**
- **spogliatoi e servizi igienici** per il personale;
- **locale infermeria.**

Piano superiore

Al piano superiore sono localizzati i seguenti spazi:

- **uffici,** per attività amministrative, di segreteria e colloqui con le famiglie o gli operatori;
- **sala riunioni multifunzionale:** riunioni tecniche, incontri di équipe, attività di formazione per le famiglie e occasionalmente per attività didattiche con gli utenti.

Spazi esterni

La sede è dotata di un parcheggio esterno e di un ampio parcheggio interno che consente un immediato accesso, facile e sicuro (salita e discesa dai mezzi) agli utenti. Complessivamente l'area libera dall'edificio è di 3.400 Mq circa, di questi 2.300 Mq sono adibiti a verde, mentre 1.100 Mq sono pavimentati.

L'ampia area verde è destinata ad uso ricreativo per i ragazzi del centro. L'ampiezza e la tranquillità dell'area esterna, in diretta connessione con lo spazio centrale polivalente, permette inoltre l'organizzazione di feste e animazioni finalizzate all'inclusione sociale

11. RAPPORTO CON LE FAMIGLIE DEGLI UTENTI

La famiglia collabora all'attività educativa, riabilitativa e di integrazione sociale che il Centro persegue. Viene pertanto coinvolta con incontri dedicati nella formulazione del P.I. e nella verifica dei risultati raggiunti mediante incontri dedicati.

La documentazione relativa al P.I. viene consegnata all'inizio di ogni anno educativo all'utente e alla famiglia.

Spetta al Coordinatore del C.D.D. la gestione dei rapporti con le famiglie in relazione all'ordinaria gestione delle attività educative.

12. RETTA DI FREQUENZA E REGOLAMENTAZIONE DELLE ASSENZE

La retta di frequenza è unica ovvero non è differenziata sulla base della classificazione S.I.Di.

La retta viene determinata dal Consiglio di Amministrazione del Consorzio all'inizio di ciascun anno solare, considerando come base la sola quota sociale del costo annuo per utente, ovvero al netto della quota a carico del Servizio Sanitario Regionale; tale calcolo tiene conto della certificazione ISEE, secondo la recente normativa.

La retta comprende la frequenza al centro con tutte le attività ordinarie educative, assistenziali e riabilitative ed i pasti consumati nella struttura.

Per gli utenti inseriti in regime part-time, la retta è commisurata alla percentuale di frequenza rispetto al tempo pieno.

Il pagamento della retta viene richiesto trimestralmente dal Consorzio al contraente del Contratto di Ingresso, indicando gli estremi per il pagamento. In caso di mancato pagamento della retta oltre i tre mesi viene inviato sollecito scritto al contraente. Se l'insolvenza si protrae per due trimestri, viene inviato sollecito scritto al contraente e per conoscenza al Comune di residenza. In caso di mancato pagamento della retta oltre il terzo trimestre, viene richiesta relazione sulla situazione da parte del Servizio Sociale competente e dell'Equipe specialistica Disabili e portato il caso specifico all'attenzione del Consiglio d'Amministrazione del Consorzio per la valutazione della situazione sociale dell'utente, dell'eventuale rateizzazione del debito o, in ultima istanza, della dimissione dal Servizio, come evidenziato al punto 6.4 del presente documento.

Nel caso di utenti residenti in Comuni non appartenenti al Consorzio, il costo del servizio, al netto della quota a carico del S.S.R., viene interamente posto a carico del Comune di residenza, con il quale è stata sottoscritta convenzione al momento dell'ingresso dell'utente.

Nel caso di assenze prolungate e giustificate sono previste delle riduzioni all'entità della retta dal Regolamento del Servizio.

12.1 Rilascio certificazione delle rette ai fini fiscali

In conformità alla DGR n. 26316 del 21.03.1997, alle circolari regionali n. 4 e n.12 del 03/03/2004 e per i fini previsti dalla legge, Il Consorzio Erbese Servizi alla Persona rilascia, a chiusura del bilancio di esercizio in tempo utile, ai richiedenti ed aventi diritto una certificazione avente ad oggetto il pagamento annuale della retta e la sua composizione secondo il modello esplicativo in allegato alla DGR sopra indicata e successive integrazioni, al fine di consentirne la deduzione o la detrazione fiscale.

13. TRASPORTO

Il servizio di trasporto, dalla residenza dell'utente al C.D.D. e viceversa, non è ricompreso tra le attività del servizio, in quanto effettuato tramite il "Servizio di trasporto voucherizzato" del Consorzio o direttamente dalla famiglia.

14. VISITE AL SERVIZIO

I famigliari degli utenti, gli operatori dei Servizi territoriali e chiunque esprime un interesse, possono accedere alla struttura concordando modalità e tempi con il Coordinatore del C.D.D.

15. SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

Il sistema di rilevazione del grado di soddisfazione avviene attraverso modalità diverse:

- colloqui individuali programmati annualmente o su richiesta dei famigliari;
- incontri assembleari programmati annualmente dal Consorzio e dall'Ente gestore;
- somministrazione annualmente di questionari di soddisfazione per ospiti e famigliari (allegato C);
- somministrazione annualmente di questionari di soddisfazione agli operatori (Allegato C).

La valutazione del grado di soddisfazione degli utenti, delle famiglie e degli operatori, viene attuata attraverso l'analisi degli indicatori definiti all'interno del sistema di valutazione.

16. GESTIONE RECLAMI E/O SEGNALAZIONI

La segnalazione di disservizi o reclami deve essere effettuata mediante l'apposita modulistica (vedi allegato B) da inoltrare al Consorzio il quale si impegna unitamente all'Ente Gestore, in ragione della priorità oggettiva degli eventi segnalati a porre in essere le azioni correttive idonee nel più breve tempo possibile, premurandosi di darne comunicazione agli interessati entro un mese dalla segnalazione.

17. TEMPI E MODALITÀ' DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA

L'accesso alla documentazione sociosanitaria è consentito al richiedente che:

- rientra tra i soggetti legittimati;
- comprova la sussistenza delle condizioni definite per le quali è concesso, di legge, l'accesso alla suddetta documentazione.

La richiesta deve essere inoltrata all'equipe disabili del Consorzio Erbesi Servizi alla Persona o al Coordinatore del servizio C.D.D.; il rilascio di copia della documentazione può prevedere l'onere relativo alle spese di segreteria sostenute. L'accesso alla documentazione sociosanitaria è disciplinato dal regolamento "modalità di accesso agli atti amministrativi ai sensi del D.P.R. 184/2006" consultabile sul sito internet.

Il procedimento di accesso deve concludersi nel termine di 30 giorni dalla ricezione dell'istanza, fatti salvi i casi di sospensione o differimento.

18. GARANZIE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il Servizio, in caso di urgenze o in caso di trasferimento in altra Unità d'Offerta, mette a disposizione tutte le informazioni inerenti al percorso effettuato dall'utente. Inoltre, sarà cura del

servizio redigere, se richiesto, una relazione di dimissione in cui vengano evidenziati lo stato di salute, i trattamenti effettuati e le eventuali necessità di trattamenti successivi e le ulteriori informazioni utili al proseguimento del percorso più idoneo per l'utente stesso.

ALLEGATO A – FAC SIMILE DI DOMANDA

AI CONSORZIO ERBESE SERVIZI ALLA PERSONA

VIA I MAGGIO 58 – 22036 ERBA

FAX 031/6474.539

EMAIL: serviziadisabili@consorzioerbese.it

Richiesta d'inserimento (da compilarsi a cura del familiare/amministratore di sostegno/tutore/curatore o dal servizio inviante)

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____ residente nel Comune di _____ indirizzo _____ tel. _____ e-mail _____ nella sua qualità di _____
--

<i>da compilarsi a cura del servizio inviante</i> SERVIZIO INVIANTE _____ Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____ Operatore/i di riferimento: _____ <i>Cognome, nome e qualifica</i>
--

CHIEDE

L'INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA CDD del Consorzio Erbesse Servizi alla Persona
per il/la Sig. /Sig.ra _____
cognome e nome

a tempo pieno

a tempo parziale (a partire da 20 ore settimanali) n. ore _____

A tal fine, si forniscono di seguito le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta.

Anamnesi sociale

Informazioni anagrafiche utente/ospite

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Stato civile _____

Comune Provincia _____

Residente a _____ (CAP _____) dal _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Attuale collocazione _____

Composizione del nucleo familiare (specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Indirizzo della famiglia _____

Recapito altri familiari e persone di riferimento (specificare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela e recapito telefono)

1. _____

2.

3.

Diagnosi sanitaria

Situazione giuridica

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi)

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Curatore (dati anagrafici e recapiti completi)

Informazioni significative sul contesto socio-familiare:

Scolarizzazione:

non concluso obbligo

concluso obbligo (anno:)

formazione professionale

scuola superiore

scuola universitaria

laurea

non nota

Attività post – scuola:

nessuna

CSE/CDD

SFA

tirocinio lavoro

lavoro

altro

Altre informazioni utili (es. esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, frequenza ambiti di volontariato, parrocchiale, altro)

Attività prima dell'inserimento:

nulla/pensionato

lavoratore

studente

Situazione pensionistica:

Invalidità civile Indennità di accompagnamento

Sociale Anzianità Reversibilità Infortunio sul lavoro

Altro

(specificare) _____

Situazione giuridica

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi)

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto

Servizi di riferimento

Servizio Sociale comunale (*indirizzo e recapito del servizio*)

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito)

Servizio distrettuale ASL - Area della disabilità (*indirizzo e recapito del servizio*)

ALLEGATO B – FAC SIMILE SCHEDA RECLAMI E APPREZZAMENTI

**SCHEDA PER ESPRESSIONE
SEGNALAZIONE E RECLAMI E APPREZZAMENTI**

NOME E COGNOME	
<i>famigliare di</i>	

SEGNALAZIONI LAMENTELE/RECLAMI

Disguidi o inefficienze riscontrate nei servizi erogati nel CDD:
Motivazione della segnalazione/reclamo:

SEGNALAZIONI APPREZZAMENTI/SUGGERIMENTI

Apprezzamenti rispetto erogati nel CDD:
Eventuali suggerimenti ed annotazione:

Data

Firma

p.s. la presente scheda può essere consegnata in segreteria o nell'apposita cassetta all'entrata della sede

**ALLEGATO C – FAC SIMILE QUESTIONARI RILEVAZIONE UTENTI-CARGIVER-LAVORATORI
ALLEGATO C1**

QUESTIONARIO RILEVAZIONE SODDISFAZIONE DELLA FAMIGLIA

- a) Centro Diurno Disabili
b) ENTE GESTORE Cooperativa Noi Genitori
c) Numero questionario |__|__|__|

Le chiediamo di rispondere ad alcune domande sulle cure e l'assistenza che riceve il suo familiare, domande che saranno utili **per conoscere il suo grado di soddisfazione.**

La preghiamo di rispondere con totale sincerità, perché le risposte potranno servire per capire meglio come mantenere o migliorare il servizio che offriamo.

Quello che scriverà rimarrà strettamente confidenziale e sarà coperto dal segreto professionale e, in particolare, non avrà nessuna conseguenza negativa sul trattamento del suo familiare.

Per ogni domanda, la preghiamo di fare un segno sul cerchio davanti alla risposta che più si avvicina alla sua situazione o sul numero da 1 a 10 che più corrisponde alla sua opinione. Se sbaglia, scriva NO accanto al segno sbagliato e metta poi quello giusto.

N.B. Indicheremo da ora in poi il suo familiare come O., inteso come Ospite

Scriva la data di oggi, giorno|__|__| mese|__|__| anno|__|__|

Rispetto a O., lei è?

- | | | |
|------------|--------------------|------------------------------|
| ① padre | ④ sorella | ⑦ tutore |
| ② madre | ⑤ coniuge, partner | ⑧ amministratore di sostegno |
| ③ fratello | ⑥ altro parente | ⑨ altro specificare _____ |

Per ognuna delle seguenti domande, La preghiamo di fare un segno sul numero da 1 a 10 che più corrisponde alla sua opinione (una specie di punteggio).

N° 1	<i>Come giudica nel complesso il programma di attività educative e assistenziali di questo servizio?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pessimo		Insufficiente		Sufficiente		Buono		Ottimo		
N° 2	<i>Che giudizio dà all'attenzione alla persona e alla disponibilità all'aiuto del personale di questo servizio?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pessimo		Insufficiente		Sufficiente		Buono		Ottimo		
N° 3	<i>Che giudizio dà alla capacità del personale del servizio di aiutare O. ad essere più autonomo, più autosufficiente in rapporto alle sue effettive possibilità?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pessimo		Insufficiente		Sufficiente		Buono		Ottimo		
N° 4	<i>Come giudica il modo in cui O. passa il tempo nel servizio?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	<i>Pessimo</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>					
N° 5	<i>Come giudica gli spazi di questo servizio?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Pessimo</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>					
N° 6	<i>Come giudica gli arredamenti (gradevolezza e familiarità)?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Pessimo</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>					
N° 7	<i>Come giudica la pulizia e l'ordine?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Pessimo</i>	<i>Insufficiente</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Ottimo</i>					
N° 8	<i>Secondo Lei il servizio si tiene conto dell'opinione della famiglia per quanto riguarda i bisogni di O.?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Appena un po'</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Moltissimo</i>					
N° 9	<i>Pensa che O sia contento di venire in questo centro diurno?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Appena un po'</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Moltissimo</i>					
N° 10	<i>Raccomanderebbe questo servizio a un amico o un parente che si trovi nella sua stessa situazione?</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Appena un po'</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Moltissimo</i>					

DOMANDE SPECIFICHE

Per ognuna delle seguenti domande La preghiamo di fare un segno accanto alla risposta che più corrisponde alla sua opinione.

N° 11	<i>Durante la permanenza nel servizio gli operatori hanno cura degli indumenti di O.?</i>		
	SI	NO	NON CI HO FATTO CASO
N° 12	<i>Gli operatori curano l'igiene personale di O.?</i>		
	SI	NO	NON CI HO FATTO CASO
N° 13	<i>L'ultima volta che ha visto un operatore rapportarsi con O., tra i due vi era rapporto rispettoso?</i>		
	SI	NO	NON CI HO FATTO CASO
N° 14	<i>L'ultima volta che ha chiesto qualche cosa inerente ad O. ad un operatore, ha ottenuto una risposta esauriente?</i>		
	SI	NO	NON CI HO FATTO CASO
N° 15	<i>L'ultima volta che ha chiesto di parlare con uno specifico operatore del CDD, quanti giorni ha atteso?</i>		
	MENO DI UN GIORNO	MENO DI UNA SETTIMANA	PIU' DI UNA SETTIMANA

N° 16	<i>Ha condiviso con gli operatori il Progetto Educativo Personalizzato di O?</i>	
	SI	NO
N° 17	<i>Negli ultimi 12 mesi, quante volte ha partecipato a riunioni con gli operatori?</i>	
	numero __ __	

COMMENTI

Che cosa le piace di più in questo centro diurno?

.....

.....

.....

.....

E che cosa le è piaciuto di meno o che suggerimenti darebbe perché questo servizio possa migliorare?

.....

.....

.....

ALLEGATO C2

QUESTIONARIO RILEVAZIONE SODDISFAZIONE OSPITI

- a) Centro Diurno Disabili
b) ENTE GESTORE Cooperativa Noi Genitori
c) Numero questionario |_|_|_|_|
d) Data |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ci rivolgiamo a lei con il tu. Non intendiamo mancarle di rispetto, lo facciamo per maggiore chiarezza.

Gentile Ospite, ti chiediamo di rispondere ad alcune semplici domande su come ti trovi qui. Ti preghiamo di rispondere con attenzione e sincerità, perché le risposte ci potranno servire per migliorare la nostra attività. Tutto quello che dirai non avrà nessuna conseguenza negativa su come vieni trattato al Centro. Per ogni domanda, ti preghiamo di fare un segno sulla "faccetta" che più si avvicina alla tua situazione od opinione. Se sbagli, non preoccuparti: scrivi NO accanto al segno sbagliato e metti poi quello giusto.

N° 1	TI PIACCONO I LOCALI DEL CDD?			
				
POCHISSIMO	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	
N° 2	HAI DEGLI AMICI IN QUESTO POSTO?			
				
POCHISSIMI	POCHI	ABBASTANZA	MOLTI	
N° 3	CON QUANTI OPERATORI HAI BUONI RAPPORTI?			
				
CON SESSUNO	CON ALCUNI	CON MOLTI	CON TUTTI	
N° 4	SEI SODDISFATTO DI COME PASSI QUI LE TUE GIORNATE QUI AL CENTRO?			
				
POCHISSIMO	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	
N° 5	DA QUANDO SEI AL CENTRO, HAI IMPARATO COSE NUOVE?			
				
POCHISSIMO	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	
N° 6	SE CHIEDI QUALCOSA, TI DANNO RETTA?			
				
POCHISSIMO	POCO	ABBASTANZA	MOLTO	

COMMENTI

7. *Che cosa ti piace di più del CDD gestito dalla cooperativa Noi Genitori?*

.....

.....

.....

.....

8. *E che cosa ti piace di meno o che suggerimenti hai per migliorare il*

CDD?

.....

.....

.....

Grazie per la collaborazione

Non compilare questa parte:

e) Tipo di compilazione	f) Attendibilità della maggior parte delle risposte
① autonoma	① buona
② parzialmente assistita	② discreta
③ totalmente assistita (somministrazione per intervista)	③ scarsa
g) Tipo di rilevatore che consegna e ritira il questionario	
① operatore del servizio	③ altro (specificare _____)
② membro di una associazione di volontariato	
h) Firma o sigla del rilevatore	

ALLEGATO C3

QUESTIONARIO RILEVAZIONE SODDISFAZIONE LAVORATORI

Cominciamo con alcune domande su di lei

- a) *Rilevazione effettuata:* mese: | | | anno |2|0|1| |
b) *Che età ha?* |_|_| anni
c) *Di che sesso è?* ① *Maschio* ② *Femmina*
d) *Qual è il suo titolo di studio?*

① Licenza elementare	⑤ Diploma parauniversitario
② licenza media inferiore	⑥ Laurea
③ Diploma professionale	⑦ Master o specializzazioni post laurea
④ Diploma media superiore	

e) *Fa un lavoro retribuito?*

① No sono volontario	② Si
----------------------	------

f) *Se ha risposto sì alla precedente domanda, si tratta di un lavoro autonomo o dipendente?*

② Dipendente	① Autonomo
--------------	------------

g) *Qual è il suo rapporto con l'organizzazione?*

① Socio	② Tempo indeterminato	③ Tempo determinato
---------	-----------------------	---------------------

A) CHE COSA PENSA, PER QUANTO RIGUARDA IL SUO LAVORO, DEI SEGUENTI ASPETTI:

1) *Trattamento economico*

① Pessimo	② Scadente	③ Accettabile	④ Buono	⑤ Ottimo
-----------	------------	---------------	---------	----------

2) *Possibilità di carriera*

① Pessimo	② Scadente	③ Accettabile	④ Buono	⑤ Ottimo
-----------	------------	---------------	---------	----------

3) *Possibilità di frequentare corsi o altre iniziative di formazione*

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

4) *Possibilità di imparare e acquisire nuove competenze sul lavoro*

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

5) *Essere incoraggiato ad avere nuove idee, a fare proposte di miglioramento*

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

6) Possibilità durante il lavoro di effettuare mansioni diverse

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

7) Ricevere informazioni sufficienti e non contraddittorie dal tuo coordinatore?

① Mai	② Raramente	③ Qualche volta	④ Spesso	⑤ Sempre o quasi
-------	-------------	-----------------	----------	------------------

8) Chiarezza dei ruoli/responsabilità (chiarezza dei suoi compiti e di cosa ci si attende da lei)

① Pessima	② Scadente	③ Accettabile	④ Buona	⑤ Ottima
-----------	------------	---------------	---------	----------

9) Ricevere apprezzamenti e riconoscimenti dai suoi superiori

① Mai	② Raramente	③ Qualche volta	④ Spesso	⑤ Sempre o quasi
-------	-------------	-----------------	----------	------------------

10) Equità nei riconoscimenti e negli avanzamenti di carriera

① Pessima	② Scadente	③ Accettabile	④ Buona	⑤ Ottima
-----------	------------	---------------	---------	----------

11) Sostegno e ascolto che riceve, dai suoi superiori, in caso di difficoltà sul lavoro

① Pessimi	② Scadenti	③ Accettabili	④ Buoni	⑤ Ottimi
-----------	------------	---------------	---------	----------

12) Sostegno e aiuto dai colleghi in caso di difficoltà sul lavoro

① Mai	② Raramente	③ Qualche volta	④ Spesso	⑤ Sempre o quasi
-------	-------------	-----------------	----------	------------------

13) Rapporti personali con la maggior parte dei colleghi (stare bene insieme, simpatia, ecc.)

① Pessimi	② Scadenti	③ Accettabili	④ Buoni	⑤ Ottimi
-----------	------------	---------------	---------	----------

14) Valutazione degli spazi lavorativi, degli arredi, ecc.

① Pessimi	② Scadenti	③ Accettabili	④ Buoni	⑤ Ottimi
-----------	------------	---------------	---------	----------

15) Valutazione delle attrezzature e degli strumenti operativi a disposizione per svolgere il proprio lavoro

① Pessimi	② Scadenti	③ Accettabili	④ Buoni	⑤ Ottimi
-----------	------------	---------------	---------	----------

B) SONO PRESENTI NEL SUO LAVORO LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

16) Rischio di perdere il lavoro nei prossimi due anni

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

17) Rischio di infortuni o di malattie professionali

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

18) Necessità di avere particolari abilità e/o notevole esperienza

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

19) Difficoltà nel riuscire a fare tutto

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

20) Mancanza di regole, troppo è lasciato alla sua iniziativa

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

C) RISPONDA ORA ALLE DOMANDE SUI RISULTATI DEL LAVORO CHE SVOLGE.

21) E' soddisfatto dei risultati che ottiene nel suo lavoro?

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

22) Pensa di fare un lavoro utile (dare un contributo utile a un lavoro che serve)?

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

23) Nel suo impegno professionale, si sente parte attiva nella realizzazione di un progetto specifico?

① Per niente	② Poco	③ Abbastanza	④ Molto	⑤ Moltissimo
--------------	--------	--------------	---------	--------------

24) Quanto vorrebbe lavorare per un'altra organizzazione, pur continuando a fare lo stesso tipo di lavoro?

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

25) Quanto vorrebbe cambiare tipo (non sede) di lavoro?

① Moltissimo	② Molto	③ Abbastanza	④ Poco	⑤ Per niente
--------------	---------	--------------	--------	--------------

26) Quante volte, in media in un giorno, ha l'impressione di sprecare il suo tempo sul posto di lavoro?

(Se mai scriva 0)

__ volte

27) Le è mai capitato di essere oggetto di discriminazione o di persecuzione sul posto di lavoro?

① Sì, nell'ultimo mese	② Sì, nell'ultimo anno ma non nell'ultimo mese	③ Solo prima dell'ultimo anno	④ Mai
------------------------	--	-------------------------------	-------

28) Su una scala da 1 a 10, faccia un segno sul punto che più corrisponde alla sua opinione rispetto al suo lavoro:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orribile	Pessima	Negativa	Insufficiente	Così, così	Sufficiente	Discreta	Buona	Ottima	Eccellente

Negli ultimi 30 giorni quante volte (se nessuna scriva 0):

Ha rinunciato spontaneamente ad una parte del suo tempo libero, ad esempio rimanendo oltre l'orario, per portare a termine i suoi impegni di lavoro?

□□□

Ha dovuto rinunciare perché richiestole da un superiore, ad una parte del suo tempo libero, ad esempio rimanendo oltre l'orario, per portare a termine i suoi impegni di lavoro?

□□□

DOMANDE FINALI

29) Conosce la Missione, gli obiettivi ed i valori della Cooperativa Noi Genitori?

① No	② Si
------	------

30) Conosce la specifica Missione ed il progetto del Centro Diurno Disabili?

① No	② Si
------	------

31) Conosce l'Organigramma della Cooperativa Noi Genitori?

① No	② Si
------	------

32) Conosce l'Organigramma del Centro Diurno Disabili?

① No	② Si
------	------

33) Conosce la Carta dei servizi della Cooperativa Noi Genitori?

① No	② Si
------	------

34) Conosce i criteri di ammissione del Centro Diurno Disabili?

① No	② Si
------	------

35) E' a conoscenza dell'esistenza di un programma per la gestione dei rischi?

① No	② Si
------	------

RISERVATO AI SOCI Della COOPERATIVA

36) Negli ultimi 12 mesi, quante volte ha partecipato a momenti di incontro riguardanti il suo essere socio di cooperativa (es. assemblee, ...)?

□□□

Grazie per la sua collaborazione

✂

..

L'indicazione del suo nome e cognome non è obbligatoria.

Questa informazione serve solo per fare dei collegamenti tra i risultati di questi questionari e quelli di eventuali suoi questionari futuri.

Il dato, se fornito, verrà trattato con estrema confidenzialità secondo le norme del rispetto della privacy.

Nome..... Cognome.....