

**GENNAIO 2024**

**CARTA DEI SERVIZI  
CENTRO SOCIOEDUCATIVO  
CSE**



**Talea**

Associazione famiglie e amici dei disabili ODV

| <b>CONTENUTI</b>  | <b>pag.</b> |
|---|-------------|
| Un po' di storia .....  | 3           |
| Chi siamo .....   | 4           |
| Le finalità, i responsabili, l'organico, la sicurezza e la privacy .....  | 5           |
| Regolamento del servizio:   |             |
| • ammissione e modalità di accoglienza e rapporti con la famiglia.....    | 5           |
| • dimissioni dell'ospite, recesso, risoluzione, scadenza del contratto... | 6           |
| • capienza, orari e locali CSE.....                                       | 6           |
| • ammontare della retta.....  | 6           |
| Servizi agli utenti:  |             |
| • area dell'autonomia personale.....                                      | 7           |
| • area ludica e della socializzazione.....                                | 7           |
| • area artistico-espressiva.....  | 8           |
| • area sensoriale-manipolativa.....                                       | 8           |
| • area sanitaria/riabilitativa.....                                       | 8           |
| • area cognitiva.....   | 9           |
| Distribuzione e somministrazione del vitto.....                           | 9           |
| Piano gestionale del servizio pulizia degli ambienti.....                 | 10          |
| Allegati per CSE:   |             |
| • questionario di gradimento dei familiari degli utenti.....              | 11          |
| • questionario di gradimento degli ospiti.....                            | 14          |
| • scheda segnalazione reclami per disservizi.....                         | 16          |
| • questionario di gradimento degli operatori.....                         | 17          |
| • questionario di gradimento dei volontari.....                           | 19          |
| • Questionario di gradimento dei servizi sociali.....                     | 21          |

Il 27 aprile 1994, di fronte ad un notaio di Albese con Cassano, si costituisce TALEA ASSOCIAZIONE FAMIGLIE E AMICI DEI DISABILI ODV. Nel nome che i fondatori scelgono di darsi ci sono già, in germe, gli elementi caratterizzanti di un servizio e la promessa di un'alleanza: quella che vede da una parte la famiglia e dall'altra gli amici – cioè tutti coloro che decidono un sodalizio e credono in una condivisione – farsi intorno alla persona con disabilità, che diviene centro di un movimento di interesse e di una sinergia. Se, come osserva autorevolmente il naturalista Linneo, "chi sa i nomi, sa le cose" e se, imponendo un nome ad un'esperienza, la si caratterizza per sempre, nella denominazione dell'associazione TALEA famiglie, amici e persone disabili si trovano vincolati ad un'appartenenza reciproca, sono chiamati ad alimentare un circolo virtuoso, di collaborazione, di rispetto e di crescita.

E' in questo spirito e in questa convinzione che l'associazione opera durante i suoi primi anni di attività, offrendo alle persone disabili un luogo di incontro e di socializzazione, ai volontari che danno vita al servizio un'occasione di crescita umana e personale, alle famiglie uno spazio per mettere a disposizione le proprie risorse, per integrarle con quelle disponibili in associazione, per incontrare le famiglie degli altri e i figli degli altri, e da questo incontro trarre energie nuove da reinvestire nella propria vicenda personale.

TALEA si impegna da subito nella realizzazione degli interventi statutari, e dà vita a numerose attività di sensibilizzazione rispetto al tema della disabilità, si mette in rete con i servizi sociali e le altre realtà del territorio, diviene centro di raccolta e diffusione di risorse umane e finanziarie al servizio della persona disabile. Fra le realizzazioni più significative vi è, inaugurato nei primi mesi di attività dell'associazione, un centro di accoglienza diurno per persone disabili. Inizialmente, il servizio è aperto soltanto alcuni giorni della settimana, ed è ospitato in un'aula della scuola elementare di Albese con Cassano, ma con il tempo, crescono le esigenze delle persone disabili ospitate e con esse crescono le motivazioni e le risorse del progetto TALEA.

Negli anni successivi il centro di accoglienza diurno trova una sede più adatta alle sue nuove esigenze e decide di dotarsi prima di uno, poi di due educatori professionisti: l'operato dei volontari trova così un coordinamento, e si inaugura, per così dire, un nuovo corso, in cui la stesura dei progetti educativi individualizzati, la definizione delle attività, l'intervento professionale valorizzano, e non sminuiscono, il carattere informale della prima esperienza. TALEA accresce così la qualità del suo servizio e, grazie all'impegno del Consiglio Direttivo e degli educatori, oltre che di tutti coloro che continuano a prestare la loro opera come volontari, si coordina con le altre realtà della rete, si inserisce nella programmazione distrettuale partecipando ai Piani di Zona e anima il territorio albesino con una serie di manifestazioni volte a raccogliere fondi ma soprattutto a far conoscere il mondo della disabilità e a sensibilizzare i cittadini rispetto a questo tema.

La continua evoluzione che ha visto TALEA, nel corso degli anni, protagonista di un costante adeguamento ai bisogni delle persone disabili che accoglie, l'ha condotta a strutturare il centro di accoglienza diurno come Servizio Formazione all'Autonomia, per garantirsi un'identità più definita a livello istituzionale e poter contare su finanziamenti regolari della propria attività. Negli ultimi anni, raggiunta da una normativa regionale che prevede la trasformazione degli S.F.A. in C.S.E., TALEA ha accettato con entusiasmo una nuova sfida, diventando Centro Socio Educativo.

# IL PROFILO DELL'ASSOCIAZIONE

|   |  |
|---|--|
| <b>DENOMINAZIONE</b>  | TALEA ASSOCIAZIONE FAMIGLIE E AMICI DEI DISABILI ODV   |
| <b>SEDE LEGALE E OPERATIVA</b>  | Via Carolina Pulici, 31<br>22040 Albese con Cassano CO<br>c/o<br>Fondazione Ida Parravicini di Persia  |
| <b>CONTATTI</b>   | Tel/Fax 031 360546<br>Email: <a href="mailto:info@talea.org">info@talea.org</a><br>PEC: <a href="mailto:associazione.talea@pec.it">associazione.talea@pec.it</a><br>Sito internet: <a href="http://www.talea.org">www.talea.org</a>  |
| <b>CODICE FISCALE E PARTITA IVA</b>                                     | 91007130130  |
| <b>ISCRIZIONE AL REGISTRO GENERALE DEL VOLONTARIATO DELLA LOMBARDIA</b> | Foglio n. 479-progr. 19911 sez. A Sociale ONLUS con delibera n. 92 dell'11/01/96   |
| <b>DATA DI COSTITUZIONE</b>   | 27 aprile 1994   |
| <b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>  | Silvano Zanfrini   |
| <b>CONSIGLIO DIRETTIVO</b>  | Silvano Zanfrini (Presidente)<br>Ivana Favarin (Vice Presidente)<br>Giuseppina Savioni (Tesoriere)<br>Paola Rossini (Segretario)<br>Daniela Brenna (Consigliere)<br>Roberta Frangi (Consigliere)<br>Giuseppina Bianchi (Consigliere) |

TALEA è un'associazione apolitica e aconfessionale senza fini commerciali e di lucro.

In osservanza del suo statuto è composta dai seguenti organi sociali:

- assemblea dei soci,
- organo di amministrazione,
- revisore dei conti

L'assemblea dei soci delibera sugli indirizzi e le direttive generali dell'associazione ed elegge l'organo di amministrazione, composto da presidente, vicepresidente, tesoriere, segretario e consiglieri, che ha il compito di attuare le iniziative approvate dall'assemblea dei soci, deliberare sull'ammissione di nuovi soci e redigere il bilancio annuale.

Il patrimonio sociale è costituito dalle quote associative, dalle elargizioni dei soci, dalle sovvenzioni di soggetti pubblici e privati.

## LE FINALITA'

- Secondo quanto dichiarato all'interno del proprio Statuto l'associazione TALEA si prefigge di:
- gestire principalmente un servizio (Centro Socio-Educativo) in grado di accogliere persone con disabilità secondo le vigenti normative regionali;
  - fornire un concreto aiuto per la risoluzione dei reali problemi dei singoli individui con disabilità e dei loro nuclei familiari;
  - sensibilizzare la cittadinanza ai problemi dei soggetti con disabilità;
  - promuovere attività, servizi e prestazioni sotto forma di interventi generalizzati o differenziati a seconda delle esigenze dei singoli;
  - svolgere una continua attività diretta a garantire che gli enti preposti siano funzionali ai bisogni;
  - collaborare con gli enti predetti in funzione del mutare dei bisogni, attraverso proposte di progetti innovativi o alternativi e di sperimentazioni nuove.

## I RESPONSABILI

### Presidente

- Rappresenta l'associazione ad ogni effetto di legge.
- Convoca, coordina e presiede l'Organo di Amministrazione.
- Mantiene i rapporti con tutti i componenti del Centro
- **Organo di Amministrazione**
- Attua le iniziative approvate dall'assemblea dei soci.
- Delibera sull'ammissione dei nuovi soci.
- Redige il bilancio annuale.

### Coordinatore

- Collabora con l'équipe degli educatori alla stesura della programmazione, all'organizzazione generale delle attività educative e alla verifica della loro attuazione.
- Coordina l'intervento dei volontari, programma la loro distribuzione all'interno degli spazi di servizio, ha cura che il loro operato riceva un sostegno adeguato da parte dello staff educativo.
- Risponde del corretto funzionamento quotidiano del CSE
- Collabora e relaziona periodicamente al servizio sociale in ordine alla realizzazione e al grado di espletamento degli interventi.
- Mantiene i rapporti con le famiglie dei beneficiari del servizio.

## L'ORGANICO

Per meglio rispondere ai diversificati bisogni delle persone con disabilità accolte dal nostro servizio sono presenti le seguenti figure professionali:

- Coordinatore
- Educatori del servizio in totale 2 (due) + 1 OSS
- Consulente per l'attività motoria
- Volontari formati all'affiancamento degli educatori (20)

## LA SICUREZZA E LA PRIVACY

- L'associazione, nel rispetto delle norme in vigore, è dotata di sistemi di sicurezza per assicurare una corretta prevenzione dei rischi, sia per gli ospiti che per gli operatori.
- È garantito il rispetto delle nuove norme in tema di GDPR

## REGOLAMENTO DEL SERVIZIO

### Ammissioni, modalità di accoglienza.

L'ammissione al CSE avviene su segnalazione dei servizi sociali o su richiesta diretta della persona con disabilità o della sua famiglia.

L'accoglienza dei nuovi utenti all'interno della struttura prevede un momento di incontro con la persona disabile e con i suoi familiari. Durante questo incontro verrà compilata una scheda nella quale saranno raccolti i dati anagrafici, anamnestici e sanitari. L'inserimento nel CSE prevede un periodo di osservazione, la cui durata sarà valutata concordemente con i servizi sociali, con un **minimo** di 50 ore, al termine del quale verrà stilato il Progetto Educativo Individualizzato PEI.

**Le famiglie** vengono coinvolte nell'assemblea annuale, 2 riunioni per la presentazione della programmazione, 2 riunioni per presa visione PEI e verifica finale e ogniqualvolta la famiglia ne faccia richiesta.

## **Dimissioni dell'ospite, recesso, risoluzione e scadenza del contratto.**

- Il contratto ha durata di un anno.
- Gli impegni del contratto sono in carico fino all'effettiva dimissione.
- La dimissione dell'utente verso strutture maggiormente adeguate alle sue esigenze avviene, dopo una valutazione collegiale, in accordo con i servizi sociali.
- Nel caso in cui le dimissioni avvengano solo per volere dei familiari senza un valido motivo, lo stipulante si impegna a pagare la retta intera per il mese successivo alle dimissioni.
- Il recesso da parte del richiedente potrà essere effettuato previo accordo con il servizio sociale che ha in carico il caso.
- La comunicazione all'ente gestore del recesso motivato deve avvenire tramite raccomandata AR con un preavviso di almeno 15 giorni.

### **L'Ente Gestore ha facoltà di recedere dal contratto:**

- nel termine di 30 giorni dalla data di ammissione, nel caso l'ospite non risultasse idoneo alla vita comunitaria
- per sopravvenute condizioni psico-fisiche che non permettano la convivenza dell'ospite in comunità
- per palese dimostrazione di sfiducia nei confronti dell'operato dell'equipe di riferimento
- per violazioni ripetute della Carta dei Servizi.

## **Capienza, orari e locali del CSE**

Il CSE gestito da TALEA Associazione famiglie e amici dei disabili ODV può ospitare fino a dieci utenti compresenti, attualmente ne accoglie otto.

L'orario di apertura settimanale, dal lunedì al venerdì, è dalle 9:00 alle 17:00. Il secondo e il quarto martedì del mese il centro apre alle ore 10,30 per consentire le riunioni d'equipe.

Attualmente il CSE ha sede presso alcuni locali della Fondazione Ida Parravicini di Persia ad Albese con Cassano in via Carolina Pulici, 31.

### **Il centro è composto da:**

- N. 1 zona per le attività pratico-manuali,
- N. 1 zona computer,
- N. 1 zona adibita al rilassamento
- N. 1 zona pranzo.
- N. 1 stanza relax
- N. 2 bagni per disabili con relativo antibagno
- N. 1 ufficio.
- N. 2 spogliatoi e relativi servizi igienici per il personale.
- N. 1 magazzino.

## **Ammontare della retta**

La retta mensile, richiesta per la frequenza di 8 ore al giorno per cinque giorni settimanali è di euro 1100 (millecento) per 12 mesi.

Per ciò che riguarda la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente sarà sulla base dei regolamenti singoli di ogni comune di appartenenza.

La colazione, il pranzo, la merenda e le uscite sul territorio sono a carico dell'ospite al costo giornaliero di euro 11 (undici) a presenza.

Qualsiasi ulteriore tipologia di prestazione es: fisioterapiche, ippoterapia, piscina e soggiorni vacanza... è a carico della famiglia.

## Termine e modalità di pagamento della retta

Il posto viene conservato in caso di allontanamento a causa di ricovero ospedaliero e/o per soggiorno vacanza.

Il pagamento della retta è dovuto in forma mensile tramite bonifico bancario.

Il ritardato pagamento della retta può comportare, a discrezione dell'ente erogatore, la risoluzione del contratto. In ogni caso TALEA si riserva di applicare, ove dovuti, gli interessi legali di mora ai sensi di legge.

## Servizi agli utenti

Un'attenta riflessione sull'esperienza maturata dalla nostra associazione ci ha condotto ad individuare i seguenti obiettivi operativo-gestionali, che tendono a costruire un servizio che garantisca alla persona disabile la soddisfazione del diritto a:

- Essere riconosciuta come persona individuale, caratterizzata, irripetibile.
- Soddisfare il suo bisogno di relazioni intense, significative, rispettose favorendo la socializzazione e l'implementazione delle competenze comunicative, laddove deficitarie.
- Accrescere e sviluppare la conoscenza di sé stessa, sperimentando, in un approccio globale, il vivere come un intero, frutto dell'incontro fra interiorità e corporeità, fra potenzialità e limiti.
- Mettere radici in un territorio, essere conosciuta, sostenuta, incontrata dalle persone che compongono il tessuto sociale di cui è parte.
- Essere inserita in progetti educativi a lei adeguati e in attività progettate su misura qualunque siano le sue abilità residue, nel rispetto delle sue abitudini e delle sue convinzioni

Nello specifico, è predisposto un ampio catalogo di attività, volte a sollecitare la conservazione o l'implementazione delle competenze relazionali, motorie, emotive, cognitive e riabilitative di ciascun ospite.

## Area dell'autonomia personale

### 1. Estetica e cura di sé

Viene proposta agli utenti l'esecuzione ripetitiva di determinate operazioni che riguardano sia l'igiene personale, quali: lavarsi le mani, lavarsi il viso, lavarsi i denti, uso corretto dei servizi igienici, pettinarsi, truccarsi, manicure, pedicure; sia l'autonomia, quali: vestirsi, svestirsi etc. Lo scopo risulta quello di aiutare gli utenti ad acquisire la consapevolezza dell'importanza della cura del proprio corpo, al fine di conseguire un benessere personale, promuovendo l'acquisizione, l'incremento ed il mantenimento delle abilità necessarie.

### 2. Cura dell'ambiente

Gli utenti vengono stimolati a divenire responsabili dell'ambiente all'interno del quale vengono accolti, a riordinarlo dopo ogni attività, a mantenerlo pulito e confortevole.

### 3. Spesa

Gli utenti vengono coinvolti nella spesa presso i supermercati della zona: viene stesa in anticipo la lista dei prodotti necessari al CSE; una volta giunti al supermercato sono invitati a confrontare i prezzi, a scegliere i prodotti, ad effettuare il pagamento delle merci acquistate presso le casse, con l'assistenza dell'educatore.

#### **4. Servizio di Trasporto**

TALEA garantisce un **servizio di trasporto agevolato** che consente agli utenti di raggiungere il centro e di essere riaccompagnati al termine della giornata. Questo servizio vede impegnati volontari ed educatori. Ciò permette di agevolare le famiglie e contemporaneamente di realizzare un percorso di emancipazione del singolo che, benché aiutato dagli operatori, può essere indipendente anche nel viaggio di andata e/o ritorno. Attualmente è possibile effettuare questo servizio in collaborazione con il Consorzio Erbeso Dei Servizi alla Persona.

Il centro può essere raggiunto anche con i mezzi pubblici: linea C40 Como-Lecco

### **Area ludica e della socializzazione**

#### **5. Gruppi di socializzazione**

All'utente viene proposta l'interazione con persone con disabilità di altre realtà del territorio, che si sviluppa attraverso giochi di socializzazione, volti a favorire la conoscenza fra i partecipanti, ma anche la crescita di abilità individuali, cognitive, emotive e relazionali.

#### **6. Attività creative**

Le attività di tipo ricreativo proposte agli utenti dal CSE sono molteplici: canto e musica, ballo (secondo le abilità residue), passeggiate, merende al bar, giochi di gruppo proposti da animatori specializzati o gestiti dagli educatori. L'ambiente esterno rappresenta il luogo ideale per promuovere e favorire l'integrazione e la socializzazione; in queste attività si strutturano situazioni nelle quali gli utenti possono sperimentare e sperimentarsi concretamente in diversi ambiti.

#### **7. Uscite sul territorio**

Gli utenti partecipano a gite, di una giornata, intera in luoghi di interesse culturale.

### **Area artistico- espressiva**

#### **8. Laboratori creativi**

Settimanalmente vengono proposti agli utenti laboratori creativi che permettano loro di esprimersi attraverso tecniche differenti: decorazione di vari supporti attraverso la tecnica del decoupage, cartapesta, la pittura, scultura ed il disegno. Si propone in particolare un laboratorio condotto da una professionista sulla base dell'esperienza munariana.

#### **9. Musica animata**

La proposta della musica animata permette di comunicare, attraverso un codice alternativo rispetto a quello verbale e pertanto si adatta alla totalità dell'utenza; partendo da un linguaggio che utilizza il suono, la musica ed il movimento si intendono aprire canali di comunicazione ed una finestra nel mondo interno dell'individuo. Viene attivata una stimolazione multisensoriale, relazionale, emozionale e cognitiva, al fine di ottenere una maggiore integrazione sul piano interpersonale, un migliore equilibrio e armonia psico-fisica.

#### **10. Cucina**

Settimanalmente gli utenti vengono coinvolti nella preparazione di alcuni piatti, L'attività è strutturata in vari momenti: la scrittura della ricetta, l'illustrazione della ricetta con immagini tratte dai giornali, la creazione del piatto.

#### **11. Area sensoriale manipolativa**

All'utente viene settimanalmente alcune attività per mantenere e sviluppare la manipolazione e la sensorialità.



## **Area sanitaria/riabilitativa**

### **12. Ginnastica**

Settimanalmente, viene proposta agli utenti una attività di ginnastica con la collaborazione di un tecnico della psicomotricità.

### **13. Piscina**

Una volta alla settimana, viene proposta agli utenti un'attività in acqua, presso una piscina attrezzata per accogliere persone disabili, con la collaborazione, oltre che di istruttori di nuoto specializzati nell'insegnamento ai disabili, di volontari, degli educatori e dell'OSS.

### **14. Maneggio**

Una volta alla settimana, viene proposta agli utenti un'attività a cavallo di ippoterapia, presso un maneggio attrezzato per accogliere persone disabili, con la collaborazione di istruttori specializzati nella riabilitazione di disabili.

Non è consentito al personale del CSE di somministrare farmaci, di qualsiasi natura, agli utenti.

## **Area cognitiva**

### **18. TEACCH**

(treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children). Prevede la presa in carico globale in periodo dell'anno e della vita senso sia "orizzontale" che "verticale", cioè in ogni periodo dell'anno e della vita, delle persone con disabilità comunicative.

### **19. Didattica**

Attività didattiche che affrontano temi come la conoscenza di sé in termini di nome, cognome etc, le parti del corpo e tanto tanto altro ancora.

### **20. Tablet**

L'utilizzo dello strumento per migliorare la concentrazione, facilitare la comprensione e la conoscenza di aspetti di base quali i colori, le forme, gli animali etc.

### **20. Visita a mostre e musei, visione di spettacoli teatrali.**

Occasionalmente viene proposta agli utenti la visita a mostre o musei della zona o la partecipazione a concerti e spettacoli teatrali.

### **21. Attività di computer**

Settimanalmente, viene proposta ad alcuni utenti un'attività al computer che prevede: esercizi di videoscrittura, giochi didattici, utilizzo di programmi di montaggio audio-video sulla base delle competenze e degli interessi del singolo.

Di seguito la tabella riassuntiva dei minuti –anno di attività somministrate ad ogni utente

#### TABELLA RIASSUNTIVA

| ATTIVITA'                                  | min/settim | ore/settim | min/anno | ore/anno |
|--|------------|------------|----------|----------|
| accoglienza - colazione                    | 300        | 5          | 14100    | 235      |
| laboratorio - uscite                       | 480        | 8          | 22680    | 378      |
| preparazione pranzo                        | 150        | 2,5        | 7020     | 117      |
| pranzo                                     | 300        | 5          | 14100    | 235      |
| igiene personale (bagno, pulizia denti...) | 150        | 2,5        | 7080     | 118      |
| relax                                      | 300        | 5          | 14100    | 235      |
| laboratorio - uscite                       | 480        | 8          | 22680    | 378      |
| merenda - relax                            | 300        | 5          | 14100    | 235      |

Fra gli altri servizi messi a disposizione dell'utenza il CSE prevede:

#### Servizio di ristorazione

La ristorazione viene gestita da SODEXO che consegna i pasti pronti al centro. Il servizio è controllato tramite il sistema H.A.C.C.P.

#### Igiene ambientale

Il servizio di igiene e di pulizia degli ambienti dell'associazione viene effettuata da specifici volontari e 2 volte l'anno sanificazione effettuata a Ditte specializzate

## LINEE GUIDA

### DISTRIBUZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEL VITTO

Il servizio cucina è in comune con la Fondazione Ida Parravicini di Persia.

Nella Casa di Riposo Ida Parravicini di Persia il servizio di cucina è garantito veicolato e controllato attraverso il sistema HACCP.

Il servizio assicura la preparazione quotidiana degli alimenti che vengono distribuiti durante i pasti

I menù hanno le seguenti caratteristiche:

- Menù stagionale (almeno di 2 stagioni di 6 mesi ciascuno), e nell'ambito di ciascuna stagione menù con rotazione mensile;
- Pranzo, per quanto concerne 1 primo 1 secondo, contorni e frutta
- Impiego generi di prima qualità;
- Garantito il rispetto delle tradizioni alimentari tipiche della zona;
- Esclusi cibi precotti;
- Previsti menù adatti agli ospiti con problemi di masticazione e di deglutizione.
- Vietata ogni forma di riciclo dei cibi.

#### Organizzazione del servizio

La prenotazione dei pasti avviene quotidianamente in base al numero di utenti presenti e alle necessità della giornata gli utenti.

Gli orari di distribuzione per tutti i giorni della settimana sono indicativamente:

- pranzo: dalle ore 12.00 alle ore 13.00

#### Campo di applicazione

Utenti parzialmente o totalmente non autosufficienti o per i quali è indicata una sorveglianza e/o uno stimolo all'espletamento di tali attività.

#### Operatori coinvolti

Educatori professionali e operatore Socio-Sanitario.

## Disposizioni operative

1. Il personale che provvede alla distribuzione deve sempre aver eseguito accurato lavaggio delle mani ed osservare scrupolosamente le comuni norme igienico sanitarie e le disposizioni impartite per gli Ospiti sottoposti a restrizioni dietetiche.
2. Il vitto deve rimanere nel carrello termico, il piatto appena confezionato deve essere immediatamente servito all'Ospite.
3. Le attività di assistenza al pasto debbono sempre essere improntate alla soddisfacente assunzione del pasto da parte degli Ospiti con limitazioni di autonomia, cercando comunque di mantenere, con gli opportuni accorgimenti, le autonomie residue.
4. Eventuali difficoltà o insufficienze nell'assunzione del pasto vanno sempre segnalate ai familiari.

## Piano gestionale del servizio di pulizia degli ambienti

| SERVIZIO   | Giorn. | Sett. | Men. | Trim. | Sem. | Ann. |
|--|--------|-------|------|-------|------|------|
| Scopatura pavimenti, lavaggio pavimenti, pulizia cucina          | X      |       |      |       |      |      |
| Pulizia e disinfezione servizi igienici                          | X      |       |      |       |      |      |
| Spolveratura arredi, lavaggio dei cestini                        |        | X     |      |       |      |      |
| Pulizia porte  |        | X     |      |       |      |      |
| Deragnatura soffitti, spolveratura corpi illuminanti             |        |       | X    |       |      |      |
| Lavaggio vetri interni, esterni ed infissi                       |        |       |      | X     |      |      |
| Pulizia battiscopa, pulizia pareti piastrellate servizi igienici |        |       |      | X     |      |      |
| Pulizia armadi parte interna e superiore                         |        |       | X    |       |      |      |
| Pulizia a fondo persiane   |        |       |      |       |      | X    |

|                                      |   |  |  |  |   |  |
|--------------------------------------|---|--|--|--|---|--|
| Sanificazione tavoli, sedie, oggetti | X |  |  |  |   |  |
| Sanificazione ambienti               |   |  |  |  | X |  |

## ALLEGATI

### Per il CSE

- QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI FAMILIARI DEGLI OSPITI
- QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEGLI UTENTI
- SCHEDA SEGNALAZIONE RECLAMI PER DISSERVIZI
- QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEGLI OPERATORI
- QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI VOLONTARI
- QUESTIONARIO DI GRADIMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

# QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

della soddisfazione del servizio offerto  
per i **familiari** delle persone ospiti

Gentile Signora / Signore,

Grati per aver scelto questo servizio, Le proponiamo la compilazione del questionario, le cui risposte ci aiuteranno a valutare ed a migliorare il servizio e l'attenzione alle persone Ospiti.

Il Suo parere sulla ospitalità, sul nostro lavoro e sul personale che vi opera, ci saranno sicuramente utili.

Per garantirLe la massima riservatezza, può non apporre in calce la Sua firma. In caso contrario, Le garantiamo un sicuro riserbo.

Il questionario può essere depositato nell'apposita cassetta situata presso il centro o consegnato direttamente agli educatori.

Grazie per la sua collaborazione.

L'Organo di Amministrazione

• **IL SUO FAMILIARE, UTENTE DEL CENTRO SOCIO EDUCATIVO, È INSERITO DA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Meno di sei mesi     | <input type="checkbox"/> Da sei mesi a un anno |
| <input type="checkbox"/> Da uno a due anni    | <input type="checkbox"/> Da due a tre anni     |
| <input type="checkbox"/> Da tre a cinque anni | <input type="checkbox"/> Da oltre cinque anni  |

• **E' INFORMATO DELLE MODALITÀ, E RELATIVE FIGURE DI RIFERIMENTO, A CUI RICORRERE PER LE DIVERSE NECESSITA'?**

- Sempre
- Abbastanza
- Sufficientemente
- Solo qualche volta
- Non saprei
- Altro \_\_\_\_\_

---

---

---

• **RITIENE SODDISFATTE LE ASPETTATIVE CHE LEI AVEVA AL MOMENTO DELL'INSERIMENTO?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pienamente       | <input type="checkbox"/> Discretamente |
| <input type="checkbox"/> Sufficientemente | <input type="checkbox"/> Solo in parte |
| <input type="checkbox"/> Per nulla        | <input type="checkbox"/> Non saprei    |

**RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA LEI CHE COSA PENSA RIGUARDO A:**

|   |  | Molto soddisfatto/a | Soddisfatto/a | Non soddisfatto/a |
|---|--|---------------------|---------------|-------------------|
| 1 | L'accoglienza  |                     |               |                   |
| 2 | Il Progetto educativo individualizzato realizzato per il suo familiare |                     |               |                   |
| 3 | L'igiene e la pulizia ambientale                                       |                     |               |                   |
| 4 | La qualità del cibo  |                     |               |                   |
| 5 | L'organizzazione generale del centro                                   |                     |               |                   |
| 6 | Le attività proposte   |                     |               |                   |
| 7 | Le attività motorie (ginnastica, piscina)                              |                     |               |                   |
| 8 | Il rispetto dell'intimità e della privacy                              |                     |               |                   |
| 9 | L'attenzione alla qualità relazionale                                  |                     |               |                   |

**COME VEDE IL RAPPORTO DEL SUO FAMILIARE INSERITO PRESSO DI NOI:**

|    |                                 | Molto soddisfatto/a | Soddisfatto/a | Non soddisfatto/a |
|----|---------------------------------|---------------------|---------------|-------------------|
| 10 | Gli educatori                   |                     |               |                   |
| 11 | L'Organo di Amministrazione     |                     |               |                   |
| 12 | Il tecnico della psicomotricità |                     |               |                   |
| 13 | i volontari                     |                     |               |                   |

**COME DEFINISCE IL SUO RAPPORTO CON:**

|    |                                 | Molto soddisfatto/a | Soddisfatto/a | Non soddisfatto/a |
|----|---------------------------------|---------------------|---------------|-------------------|
| 14 | Gli educatori                   |                     |               |                   |
| 15 | L'Organo di Amministrazione     |                     |               |                   |
| 16 | Il tecnico della psicomotricità |                     |               |                   |
| 17 | i volontari                     |                     |               |                   |

Siete gentilmente pregati, **se avete dato valutazione insufficiente** nelle voci precedenti, di compilare qui di seguito indicando i motivi dell'insoddisfazione:

---

---

---

---

---

---

---

• **COSA APPREZZA MAGGIORMENTE?**

---

---

---

---

---

---

---

• **COSA LE SEMBRA MENO APPREZZABILE?**

---

---

---

---

---

---

---

• **SUGGERIMENTI**

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (facoltativa)

# QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

della soddisfazione del servizio offerto  
agli **utenti** del centro

Il questionario è rivolto alle persone ospiti, le quali possono farsi aiutare nella compilazione dai propri familiari e/o operatori.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare il servizio offerto.

Il questionario può essere depositato nell'apposita cassetta situata presso il centro o consegnato direttamente agli educatori.

Grazie per la sua collaborazione.

L'Organo di Amministrazione

## RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA LEI CHE COSA PENSA RIGUARDO A:

|    |  | <u>Molto</u> soddisfatto/a | Soddisfatto/a | <u>Non</u> soddisfatto/a |
|----|--|----------------------------|---------------|--------------------------|
| 1  | Il modo in cui è stato accolto                                     |                            |               |                          |
| 2  | L'organizzazione e gli orari del servizio                          |                            |               |                          |
| 3  | Il rapporto con gli educatori del centro                           |                            |               |                          |
| 4  | Il rapporto con i volontari del centro                             |                            |               |                          |
| 5  | Il rapporto con l'Organo di Amministrazione                        |                            |               |                          |
| 6  | Le attività proposte   |                            |               |                          |
| 7  | Il rispetto della riservatezza e del pudore da parte del personale |                            |               |                          |
| 8  | Il rapporto con le altre persone del centro                        |                            |               |                          |
| 9  | L'attenzione ed accoglienza verso i suoi familiari                 |                            |               |                          |
| 10 | La qualità e la varietà dei pasti                                  |                            |               |                          |
| 11 | La pulizia e l'igiene degli ambienti                               |                            |               |                          |
| 12 | Gli spazi interni  |                            |               |                          |
| 13 | Gli spazi esterni  |                            |               |                          |

Quali aspetti del Centro apprezza maggiormente?

---

---

---

---

Quali aspetti le sembrano più carenti?

---

---

---

---

Suggerimenti

---

---

---

---

HA COMPILATO IL QUESTIONARIO

Da solo SI NO

Con l'aiuto di un familiare e/o operatore SI NO

Note

---

---

---

---

LEI E' INSERITO PRESSO IL CENTRO

DALL'ANNO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (facoltativa)



# SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI DISSERVIZI E RECLAMI DEL SERVIZIO

Questa scheda viene compilata da coloro che intendono segnalare un reclamo o un disservizio relativo ai servizi offerti da TALEA.

È rivolta sia ai parenti sia alle persone ospiti, le quali possono farsi aiutare nella compilazione dai propri familiari e/o operatori.

La preghiamo di compilare la scheda in modo dettagliato, descrivendo in modo chiaro il motivo del disservizio o reclamo in modo da consentirci di migliorare ulteriormente i servizi offerti.

Il questionario può essere consegnato in forma anonima o firmato, se lo desidera.

Una volta compilato lo depositi nell'apposita cassetta situata in ufficio.

La risposta sarà esposta nella bacheca del centro entro 15 gg dalla data del reclamo.

Grazie per la sua collaborazione.

*L'Organo di Amministrazione*

**Al fine di contribuire al miglioramento di TALEA, desidero informavi di non essere soddisfatto/a del seguente servizio.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PERSONALE EDUCATIVO       | <input type="checkbox"/> PERSONALE VOLONTARIO |
| <input type="checkbox"/> ORGANO DI AMMINISTRAZIONE | <input type="checkbox"/> ALTRO PERSONALE      |
| <input type="checkbox"/> PRANZO                    | <input type="checkbox"/> PULIZIA LOCALI       |
| <input type="checkbox"/> ALTRO:                    | <input type="checkbox"/> MERENDA              |

Se ha segnato con una "X" un quadratino della griglia sopra indichi qui sotto il motivo:

---

---

---

## Oppure

Per quanto accaduto in questa circostanza:

---

---

---

## COMPILAZIONE FACOLTATIVA

Il/la sottoscritto/a

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

In qualità di tutore del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

## Oppure

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

**Rimango in attesa del vostro gentile riscontro**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO PER GLI OPERATORI DEL CENTRO SOCIO EDUCATIVO

Ringraziando per la Sua collaborazione, Le chiediamo di compilare il questionario al fine di valutare e migliorare il servizio che il CSE offre.

Il Suo parere, in qualità di operatore che ben conosce i vari aspetti dell'organizzazione e del lavoro che quotidianamente si svolge, sarà sicuramente utile per trovare soluzioni ad eventuali carenze e disservizi.

Per garantirLe la massima riservatezza, può non apporre in calce la Sua firma; in caso contrario, Le garantiamo un sicuro riserbo.

Grazie per la sua collaborazione

*L'Organo di Amministrazione*

### RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA CHE COSA PENSA RIGUARDO A:

|    |  | Molto soddisfatta/o<br>soddisfacente | Soddisfatta/o<br>soddisfacente | Non soddisfatta/o<br>soddisfacente |
|----|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 1  | Sussistono i presupposti per poter svolgere bene il mio lavoro   |                                      |                                |                                    |
| 2  | Ricevo le informazioni dalle altre figure professionali  |                                      |                                |                                    |
| 3  | Ricevo le informazioni dalla direzione   |                                      |                                |                                    |
| 4  | Sussistono i presupposti di riconoscimento della mia professionalità da parte dei colleghi   |                                      |                                |                                    |
| 5  | Sussistono i presupposti di riconoscimento della mia professionalità da parte di altre figure professionali                                      |                                      |                                |                                    |
| 6  | Ricevo la collaborazione dei colleghi durante il lavoro  |                                      |                                |                                    |
| 7  | Ricevo la collaborazione delle altre figure professionali  |                                      |                                |                                    |
| 8  | Ritengo il rapporto tra programma di lavoro e numero di operatori  |                                      |                                |                                    |
| 9  | Ritengo la proposta dei momenti di formazione interna  |                                      |                                |                                    |
| 10 | Ritengo l'organizzazione generale del servizio   |                                      |                                |                                    |
| 11 | Sussistono i presupposti per la libera espressione del mio punto di vista con i colleghi   |                                      |                                |                                    |
| 12 | Sussistono i presupposti per la libera espressione del mio punto di vista con l'Organo di Amministrazione  |                                      |                                |                                    |
| 13 | Sussistono i presupposti per una gratificazione e /o riconoscimento (ruolo e funzione) dalla relazione con gli utenti del servizio               |                                      |                                |                                    |
| 14 | Sussistono i presupposti per una gratificazione e /o riconoscimento (ruolo e funzione) dalla relazione con i familiari degli utenti del servizio |                                      |                                |                                    |

**Quali aspetti Le determinano maggior benessere?**

- Orari dei turni
- Organizzazione del lavoro quotidiano
- Rapporti con gli altri colleghi
- Rapporti con le altre figure professionali
- Rapporti con l'Organo di Amministrazione
- Rapporti con i familiari degli utenti
- Rapporti con gli utenti

Altro

---

---

---

**Quali aspetti Le creano più difficoltà?**

- Orari dei turni
- Organizzazione del lavoro quotidiano
- Rapporti con gli altri colleghi
- Rapporti con le altre figure professionali
- Rapporti con l'Organo di Amministrazione
- Rapporti con i familiari degli utenti
- Rapporti con gli utenti

Altro

---

---

---

**Quali aspetti apprezza maggiormente del lavoro?**

---

---

---

**Quali aspetti Le sembrano più carenti?**

---

---

---

**Mi sento ben valutato perché**

---

---

---

**Mi sento sottovalutato perché**

---

---

---

**Suggerimenti:**

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (facoltativa)

# QUESTIONARIO PER I VOLONTARI DELL'ASSOCIAZIONE

Ringraziando per la Sua collaborazione, Le chiediamo di compilare il questionario al fine di valutare e migliorare il servizio che Talea offre.

Il Suo parere, in qualità di operatore che ben conosce i vari aspetti dell'organizzazione e del lavoro che quotidianamente si svolge in associazione, sarà sicuramente utile per trovare soluzioni ad eventuali carenze e disservizi.

Per garantirLe la massima riservatezza, può non apporre in calce la Sua firma; in caso contrario, Le garantiamo un sicuro riserbo.

Il questionario può essere depositato nell'apposita cassetta situata presso il centro o consegnato direttamente agli educatori.

Grazie per la sua collaborazione.

L'Organo di Amministrazione

## RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA CHE COSA PENSA RIGUARDO A:

|           |   | Molto<br>soddisfatto/a | Soddisfatto/a | Non soddisfatto/a |
|-----------|---|------------------------|---------------|-------------------|
| <b>1</b>  | Sussistono i presupposti per poter svolgere bene il mio servizio  |                        |               |                   |
| <b>2</b>  | Ricevo le informazioni dalle figure professionali   |                        |               |                   |
| <b>3</b>  | Ricevo le informazioni dall'Organo di Amministrazione   |                        |               |                   |
| <b>4</b>  | Sussistono i presupposti di riconoscimento del mio ruolo da parte degli educatori                         |                        |               |                   |
| <b>5</b>  | Sussistono i presupposti di riconoscimento del mio ruolo da parte degli utenti                            |                        |               |                   |
| <b>6</b>  | Sussistono i presupposti di riconoscimento del mio ruolo da parte delle famiglie                          |                        |               |                   |
| <b>7</b>  | Ricevo la collaborazione dagli altri volontari  |                        |               |                   |
| <b>8</b>  | Ritengo il rapporto tra programma di lavoro e numero di operatori   |                        |               |                   |
| <b>9</b>  | Ritengo la proposta dei momenti di riunione e formativi   |                        |               |                   |
| <b>10</b> | Ritengo l'organizzazione generale del servizio  |                        |               |                   |
| <b>11</b> | Sussistono i presupposti per la libera espressione del mio punto di vista con gli educatori               |                        |               |                   |
| <b>12</b> | Sussistono i presupposti per la libera espressione del mio punto di vista con gli altri volontari         |                        |               |                   |
| <b>13</b> | Sussistono i presupposti per la libera espressione del mio punto di vista con l'Organo di Amministrazione |                        |               |                   |
| <b>14</b> | Sussistono i presupposti per una gratificazione dalla relazione con gli utenti del servizio               |                        |               |                   |

**Quali aspetti Le determinano maggior benessere?**

- Orari dei turni
- Organizzazione del lavoro quotidiano
- Rapporti con gli altri volontari
- Rapporti con gli educatori
- Rapporti con l'Organo di Amministrazione
- Rapporti con gli utenti
- Rapporti con i familiari degli utenti

Altro

---

---

**Quali aspetti Le creano più difficoltà?**

- Orari dei turni
- Organizzazione del lavoro quotidiano
- Rapporti con gli altri volontari
- Rapporti con gli educatori
- Rapporti con l'Organo di Amministrazione
- Rapporti con gli utenti
- Rapporti con i familiari degli utenti

Altro

---

---

**Quali aspetti apprezza maggiormente del servizio offerto da Talea?**

---

---

---

**Quali aspetti Le sembrano più carenti?**

---

---

---

**Mi sento ben valutato perchè**

---

---

---

**Mi sento sottovalutato perchè**

---

---

---

**Suggerimenti:**

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (facoltativa)

# QUESTIONARIO

## PER I SERVIZI SOCIALI

### CHE HANNO RAPPORTI CON L'ASSOCIAZIONE TALEA

Ringraziando per la Sua collaborazione, Le chiediamo di compilare il questionario al fine di valutare e migliorare il servizio che Talea offre. Il questionario è stato costruito su indicazione e su richiesta dell'ASL, durante la visita annuale di controllo.

Il Suo parere, in qualità di operatore che ben conosce i vari aspetti dell'organizzazione e del lavoro che si svolge in associazione, sarà sicuramente utile per trovare soluzioni ad eventuali carenze e disservizi.

Le chiediamo di rinviarci via e-mail questo breve questionario. Esprima il suo parere liberamente, le garantiamo un sicuro riserbo.

Grazie per la sua collaborazione

L'Organo di Amministrazione

| <b>RISPETTO ALLA SUA ESPERIENZA CHE COSA PENSA<br/>RIGUARDO A:</b> |   | <b>Molto<br/>soddisfatta/o<br/>soddisfacente</b> | <b>Soddisfatta/o<br/>soddisfacente</b> | <b>Non<br/>soddisfatta/o<br/>soddisfacente</b> |
|--|---|--|--|--|
| <b>1</b>   | Rapporti con i suoi referenti presso l'associazione (presidente, educatori)   |  |  |  |
| <b>2</b>   | Precisione e prontezza nello scambio dei documenti necessari  |  |  |  |
| <b>3</b>   | Chiarezza rispetto al Progetto Educativo rivolto agli utenti del suo Comune   |  |  |  |
| <b>4</b>   | Disponibilità, da parte di Talea, a riceverla in struttura per poter visitare gli utenti e verificare l'idoneità dell'accoglienza |  |  |  |
| <b>5</b>   | Tempi di attesa per l'inserimento degli utenti  |  |  |  |
| <b>6</b>   | Adeguatezza del periodo di prova  |  |  |  |
| <b>7</b>   | Organizzazione generale del servizio  |  |  |  |

**Quali aspetti apprezza maggiormente del servizio offerto da Talea?**

---



---

**Quali aspetti Le sembrano più carenti?**

---



---

**Suggerimenti:**

---



---

Data \_\_\_\_\_

Compilatore \_\_\_\_\_