



Allegati – Carta dei Servizi
Comunità Socio-Sanitaria
CENTRO MULTISERVIZI CASA L'ORIZZONTE

Centro Multiservizi
CASA L'ORIZZONTE
Via Legnano 6, Lecco

Comunità Socio-Sanitaria

Tel. 0341 – 25 29 90
csscascalorizzonte@comune.lecco.it

Carta dei Servizi
Allegati

Dicembre 2020

ALLEGATO 1

Quote di compartecipazione e costi a carico dell'ospite della CSS Casa L'Orizzonte

L'entità della retta e i costi a carico degli ospiti vengono definiti con deliberazione di Giunta dal Comune di Lecco e vengono comunicati a famiglie, servizi ed enti locali eventualmente compartecipati alla spesa.

La retta comprende:

- Vitto e alloggio;
- interventi assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi;
- materiale di laboratorio, materiale assistenziale (guanti, manopole, traverse...), oggetti per l'igiene personale;
- i contatti e le verifiche con la Rete dei Servizi e le persone coinvolte;
- trasporti ed accompagnamenti per esami e visite specialistiche attinenti al progetto educativo individualizzato dell'ospite (es. visita psichiatrica presso il CPS o la Nostra Famiglia);
- costi di gestione.

La retta non comprende, quindi sono da considerarsi a carico dell'utente e/o della sua famiglia ovvero del Servizio sociale inviante:

- Spese personali: capi d'abbigliamento, calzature, parrucchiere, estetista, podologo....;
- Farmaci, ausili medici e protesici non erogati dal SSN;
- Eventuali ticket per farmaci, visite mediche e specialistiche, esami ed accertamenti;
- Oggetti particolari o specifici per l'igiene personale (saponi anallergici o creme...)
- Spese per trasporti pubblici;
- Gite e trasferte: è richiesto alla famiglia un contributo forfait per gite ed uscite sul territorio, quantificato in 5 Euro per coloro che usufruiscono di progetti di breve durata (week end e settimana corta), e in 10 Euro per gli ospiti inseriti in settimane di autonomia e per i residenziali;
- Trasporti ed accompagnamenti per esami, visite e terapie sanitarie; "Casa l'Orizzonte" può eventualmente predisporre il servizio per gli ospiti, dietro il corrispettivo di una quota pari al costo orario dell'operatore; non si assicura comunque che possano sempre essere prese in considerazione le domande fatte in tal senso, ma si valuterà di volta in volta la compatibilità con l'organizzazione della Comunità. Il costo del servizio è di 17,37 euro all'ora per l'accompagnatore e di 0,34 euro al Kilometro.

RICOVERO OSPEDALIERO:

Se durante la permanenza presso "Casa l'Orizzonte" dovesse rendersi necessario per l'ospite il ricovero presso una struttura sanitaria la Comunità:

- delega alla famiglia ovvero a chi è legalmente preposto alla tutela dell'ospite, l'assistenza del proprio congiunto;
- mantiene il posto presso "Casa l'Orizzonte" fino alle dimissioni dalla struttura sanitaria previo pagamento della retta giornaliera;
- la comunità può supportare la famiglia nel periodo di degenza con un proprio operatore in momenti concordati esponendo alla famiglia il costo orario dell'operatore.

In ogni modo la responsabilità dell'ospite, nel caso di un ricovero ospedaliero, rimane del suo Referente; pertanto la struttura si limiterà a coprire il momento dell'emergenza.

Per quanto non indicato si rimanda al Contratto d'Ingresso.

ALLEGATO 2

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTI/FAMIGLIE

QUESTIONARIO PER LA SODDISFAZIONE DEI LIVELLI DI SERVIZIO EROGATI E PERCEPITI

Da quanto tempo usufruisce del servizio?

- da meno di 1 anno
- da 1 a 5 anni
- da 5 a 10 anni
- da più di 10 anni

solo per chi ha risposto “da meno di 1 anno” si chiede la compilazione del questionario specifico allegato

A. Valutazione generale del Servizio

Domanda 1: Ritiene che la rilevazione dei bisogni e il Progetto Individualizzato siano coerenti con le reali necessità del suo familiare?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 2: Valuta adeguata la qualità delle attività proposte?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 3: E' soddisfatto degli aspetti assistenziali e della cura quotidiana dell'igiene (dove previsto)?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 4: E' soddisfatto dell'assistenza sanitaria erogata (dove previsto)?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 5: E' soddisfatto del servizio mensa (dove previsto)?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 6: Ritiene funzionale la partecipazione del servizio ai progetti in rete (scuole, altri servizi, ...) e legati al territorio?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 7: Ritiene che gli ambienti siano puliti ed ordinati?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Proposte e osservazioni

B. Coinvolgimento e disponibilità degli operatori e del coordinatore

Domanda 1: Gli operatori riconoscono i bisogni del suo familiare e si dimostrano accoglienti nei suoi confronti?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 2: Gli operatori sono disponibili al confronto e a fornire informazioni utili?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 3: Ha fiducia nella professionalità degli operatori che lavorano con il suo familiare?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 4: L'operatore di riferimento (dove presente) rappresenta una figura di connessione tra famiglia e servizio?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 5: Il coordinatore è disponibile all'ascolto, al confronto e a fornire informazioni?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 7: Ha fiducia nella professionalità del coordinatore?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Proposte e osservazioni

C. Coinvolgimento e partecipazione dei familiari

Domanda 1: Sono previsti incontri per la condivisione del Progetto individualizzato del suo familiare?

mai qualche volta abbastanza sempre

Domanda 2: L'utente del servizio o il suo familiare coinvolti nella costruzione del Progetto Individualizzato?

mai qualche volta abbastanza sempre

Domanda 3: è soddisfatto dei momenti di incontro Servizio/utente-famiglia (colloqui, riunioni, occasioni di festa)?

mai qualche volta abbastanza sempre

Domanda 5: Ritieni di essere considerato come risorsa all'interno del servizio?

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Proposte e osservazioni

D. Domande specifiche del servizio

Domanda 1:

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Domanda 2:

mai qualche volta abbastanza sempre non saprei

Proposte o osservazioni

Eventuali altre osservazioni, proposte, suggerimenti

Firma (non obbligatoria): _____

Data: _____

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE UTENTI/FAMIGLIE NUOVI INGRESSI

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

1. Come ha saputo dell'esistenza del servizio?

- Servizi Sociali
- Servizio Aiuto all'Integrazione
- Medico di base
- Altri servizi (indicare quali _____)
- Sito internet
- Altro _____

2. Dal punto di vista burocratico, è stato facile fare la richiesta di inserimento?

- si/molto
- abbastanza
- poco
- no/per niente,

perché _____

3. La sua domanda è stata ascoltata?

- si/molto
- abbastanza
- poco
- no/per niente,

perché _____

4. Le informazioni fornite sono state chiare?

- si/molto
- abbastanza
- poco
- no/per niente,

perché: _____

5. Le sono state proposte delle alternative?

- si
- no

6. Perché ha scelto questo servizio?

7. Si è sentito supportato nella scelta?

- no

- si, da chi?

8. Le chiediamo di riportare nello spazio che segue eventuali idee e suggerimenti per migliorare l'accoglienza delle domande e l'inserimento nei servizi:

Data: _____

Firma (non obbligatoria): _____

ALLEGATO 3

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE OPERATORI

Valutazione soddisfazione: 1 = per niente - 2 = poco - 3 = abbastanza - 4 = molto

		1	2	3	4
1) ASPETTI PERSONALI					
A)	Sei soddisfatto di lavorare in questo servizio?				
B)	Coincide con le tue attitudini personali?				
C)	Talvolta pensi di voler cambiare lavoro?				
D)	Sei soddisfatto dei rapporti con i colleghi?				
E)	Sei soddisfatto del tipo di utenza con cui lavori?				
F)	Sei soddisfatto del tuo orario di lavoro?				
G)	Sei soddisfatto della disponibilità ad ottenere ferie e permessi?				
H)	Reputi soddisfacenti le proposte di conciliazione famiglia-lavoro e i benefit della cooperativa?				
I)	Proposte migliorative:				
2) COORDINAMENTO DEL SERVIZIO					
A)	Sei soddisfatto del lavoro di coordinamento del tuo servizio?				
B)	Difficoltà o conflitti all'interno dell'équipe vengono gestiti?				
C)	Sei soddisfatto di come sono divisi i carichi di lavoro?				
D)	Sei soddisfatto delle riunioni di equipe?				
E)	Ritieni di ricevere le informazioni relative al servizio (utenza, organizzazione interna, rapporti con l'esterno, ...) necessarie nel tuo lavoro quotidiano?				
I)	Proposte migliorative:				
3) PARTECIPAZIONE OPERATIVA					
A)	Conosci e condividi gli obiettivi specifici del tuo servizio?				
B)	Reputi che la programmazione sia finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del servizio?				
C)	Come valuti il processo di verifica e riprogettazione delle del servizio?				
D)	Valuti efficaci le modalità di comunicazione adottate all'interno del servizio (quaderno delle consegne, verbali d'équipe, ...)?				
E)	Nell'organizzazione del servizio vi è spazio per una tua partecipazione operativa?				

F)	Trovi la possibilità di portare il tuo contributo nelle decisioni progettuali, d'èquipe e in merito all'intervento con l'utenza?				
G)	Proposte migliorative:				
4) LA COOPERATIVA					
A)	Trovi disponibilità da parte degli uffici della cooperativa a fornire le informazioni che ti sono necessarie?				
B)	Sei soddisfatto dei rapporti con la Direzione della cooperativa (responsabili, direttore,...)?				
C)	Conosci e condividi le linee strategiche definite dalla cooperativa?				
D)	Reputi adeguati i tuoi spazi di lavoro?				
E)	Sei soddisfatto della dotazione strumentale del tuo servizio e in generale della cooperativa?				
F)	Sei soddisfatto dell'attenzione alla sicurezza nell'ambiente di lavoro?				
G)	Sei soddisfatto delle possibilità di crescita professionale (formazione, confronto tra colleghi, esperienze condivise, ...) offerte dalla cooperativa?				
H)	Proposte migliorative:				

ALLEGATO 4
MODULO SEGNALAZIONE DISSERVIZIO

Cognome e nome

Telefono

In qualità di
(specificare)

Descrizione del disservizio:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Azioni correttive:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Firma

ALLEGATO 5

QUESTIONARIO SODDISFAZIONE VOLONTARI

Come valuti i seguenti aspetti legati alla tua collaborazione nel Servizio _____, tenendo presente che 1 corrisponde al valore minimo (*per niente*) e 5 al valore massimo (*completamente*):

1. Attività proposte

1.1 Le proposte in cui siete coinvolti rispondono ai Vostri interessi?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				

1.2 Come valuta la qualità delle attività?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				
Proposte migliorative:				

2. Partecipazione operativa

2.1 Nell'organizzazione del Servizio vi è spazio per una tua partecipazione operativa?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				
Proposte migliorative:				

2.2 Ritieni che vi sia lo spazio per poter portare il tuo contributo in merito all'intervento con l'utenza?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				
Proposte migliorative:				

2.3 Quali competenze vorresti mettere in gioco all'interno delle attività del Servizio?

3. Disponibilità di informazioni

3.1 Trovi disponibilità da parte del Servizio a fornire le informazioni necessarie al tuo operato?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				
Proposte migliorative:				

4. Professionalità delle funzioni gestionali

4.1 Trovi adeguata la capacità gestionale interna al servizio?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				
Proposte migliorative:				

5. Proposte Formative

5.1 Trovi necessario per la tua collaborazione presso il Servio avere dei momenti di approfondimento e riflessione?

1	2	3	4	5
Se no, perché?				
Proposte migliorative:				

SUGGERIMENTI PER MIGLIORARE IL SERVIZIO

Data: _____