

ASSOCIAZIONE

# *la Nostra Famiglia*



**CARTA DEI SERVIZI**

Sede di Vedano Olona





# **CARTA DEI SERVIZI**

## **SEDE DI VEDANO OLONA**

### **INDICE**

- 1. DISTRETTO VARESINO**
  
- 2. IL BOARD DI DISTRETTO VARESINO**
  
- 3. PRESENTAZIONE DEL CENTRO**
  - 3.1 Cenni sulla storia del Centro e sua “mission”
  - 3.2 La struttura
  
- 4. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA E I SERVIZI FORNITI**
  - 4.1 Attività in Regime Ambulatoriale
  - 4.2 Attività in Regime di Day Hospital
  - 4.3 Attività in Regime di Ciclo Diurno Continuo
  
- 5. ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO**
  
- 6. SISTEMI E PROCEDURE DI TUTELA DELL'UTENTE**
  
- 7. STANDARD DI QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI**

## CARTA DEI SERVIZI

Gentili utenti, famiglie, lettori,

questa Carta dei Servizi è una presentazione dell'Associazione "La Nostra Famiglia" di Vedano Olona dei suoi principi ispiratori, della sua missione, delle sue attività, dei suoi servizi e delle prestazioni che è in grado di offrire.

*"L'Associazione prende il nome di "Nostra Famiglia" per dimostrare che, come figli dello stesso Padre, tutti gli uomini formano un'unica famiglia, che tutti i membri dell'Associazione saranno come padre, madre, fratelli e sorelle per quanti li avvicineranno, così pure tutte le case dell'Associazione dovranno essere famiglia per tutti quelli che vi dovranno soggiornare".*

Così affermava il Beato Luigi Monza, Fondatore dell'Associazione, indicando nell'**accoglienza**, nello **spirito di famiglia** e nella **valorizzazione** della vita l'orizzonte valoriale entro il quale l'Associazione è nata, si è sviluppata e ancora oggi opera cercando di interpretare in modo differenziato, specifico e mirato i bisogni che incontra per trovare risposte sempre più appropriate e adeguate.

Questa Carta dei Servizi rappresenta, inoltre, il documento attraverso il quale l'Associazione "La Nostra Famiglia" di Vedano Olona si fa conoscere a tutti coloro che si rivolgono alla struttura fiduciosi di trovare un luogo ospitale e una "presa in carico" che aiuti a superare le difficoltà e le fatiche che si stanno vivendo.

Tutti noi siamo impegnati perché questo si realizzi ogni giorno per tutti coloro che usufruiscono dei nostri servizi, con i quali condividiamo un tratto di cammino comune.

**La Presidente  
dell'Associazione "La Nostra Famiglia"  
Luisa Minoli**

## 1. DISTRETTO VARESINO

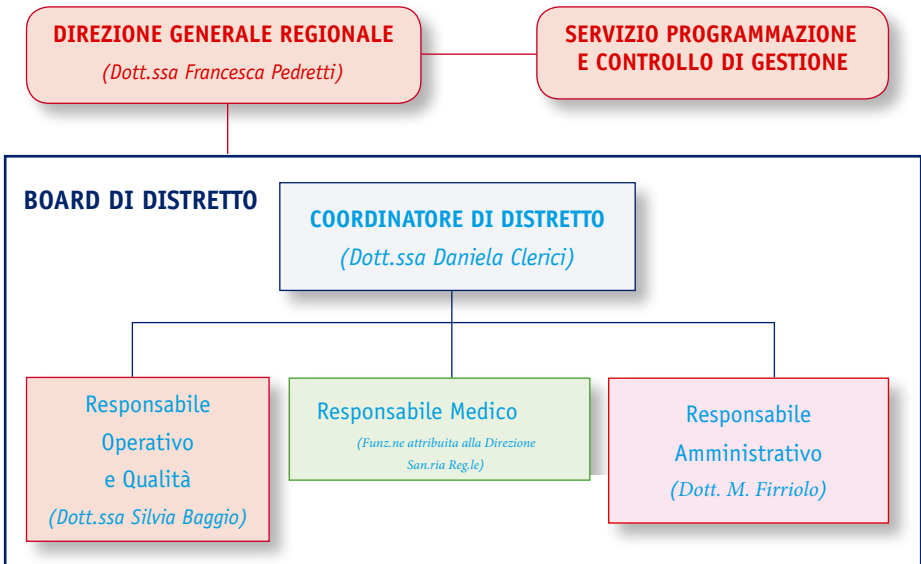
Nella Provincia di Varese l'Associazione è presente con tre Sedi: Castiglione Olona, Cislago e Vedano Olona.

Nell'ottica di considerare i 3 Centri come un'unica presenza nella realtà varegina si è costituito il "Distretto Varesino".

Attraverso le diverse Unità d'Offerta (Ambulatoriale, Ciclo Diurno Continuo e Day Hospital) il Distretto vuole garantire una continuità di cura agli utenti che afferiscono ai Centri ed allo stesso tempo vuole dare visibilità ad una cultura della condivisione delle risorse (professionali, economiche, umane e relazionali).

## 2. IL BOARD DI DISTRETTO

- **Coordinatrice di Distretto:** Dott.ssa D. Clerici
- **Responsabile Medico di Distretto:** Funzione attribuita alla Direzione San.ria Reg.le
- **Responsabile Amm.vo di Distretto:** Dott. M. Firriolo
- **Responsabile Operativo, Accreditamenti e Qualità:** Dott.ssa S. Baggio



### 3. PRESENTAZIONE DEL CENTRO

Sede di **Vedano Olona**

Denominazione:

**Centro di Riabilitazione "La Nostra Famiglia" in**

- **Regime Ambulatoriale**
- **Regime di Day Hospital**
- **Regime di Ciclo Diurno Continuo**

Indirizzo:

**Via Beato Don Luigi Monza 10**

**21040 Vedano Olona (Va)**

**Tel. 0332.86.60.80**

**Fax 0332.40.02.08**

**E.mail: vedano.olona@lanostrafamiglia.it**

Anno di inizio attività: **1946**

Volumi di attività:

- **Attività in Regime Ambulatoriale: 25.400 prestazioni annue autorizzate ed accreditate**
- **Attività in Regime di Day Hospital: 10 posti autorizzati e accreditati**
- **Attività in Regime di Ciclo Diurno Continuo: 80 posti autorizzati e accreditati**

Orario di apertura:

- **Attività in Regime Ambulatoriale:**  
dal lunedì al giovedì: **8.00-18.00**  
venerdì: **8.00-16.30**
- **Attività in Regime di Day Hospital:**  
martedì e giovedì: **8.30-13.00**
- **Attività in Regime di Ciclo Diurno Continuo:**  
dal lunedì al venerdì: **9.00-16.00**

### 3.1 Cenni sulla storia del Centro e sulla sua “mission”

#### *La “mission” dell’Associazione “La Nostra Famiglia”*

L’Associazione “La Nostra Famiglia” è un Ente Ecclesiastico civilmente riconosciuto con DPR 19.06.1958 n. 765, iscritta nel Registro delle Persone Giuridiche presso la Prefettura di Como.

L’Associazione, ai sensi del comma 9 dell’art. 10 del D. Lgs. 460/97, è Onlus parziale per le attività di assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria, istruzione e formazione finalizzate prevalentemente a persone disabili e svantaggiate. La “mission” dell’Associazione è quella di tutelare la dignità e migliorare la qualità della vita – attraverso specifici interventi di riabilitazione – delle persone con disabilità, specie in età evolutiva.

“La Nostra Famiglia” intende farsi carico non solo della disabilità in quanto tale, ma anche della sofferenza personale e familiare che l’accompagna.

L’Associazione si propone di dare il proprio contributo allo sviluppo della ricerca e delle conoscenze scientifiche nel campo delle patologie dello sviluppo.

Attraverso l’attività formativa, l’Associazione contribuisce alla preparazione personale e valoriale di operatori impegnati in servizi di istruzione sanitari e socio-sanitari.

L’Associazione è presente sul territorio nazionale in 6 Regioni (Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Puglia e Veneto) con 29 sedi e collabora con l’Organismo di Volontariato per la Cooperazione Internazionale OVCI-La Nostra Famiglia in 5 Paesi del Mondo.

#### LA NOSTRA FAMIGLIA

Intende farsi carico non solo della disabilità in quanto tale, ma anche della sofferenza personale e familiare che l’accompagna.

Per questo fine, due elementi sono importanti: quello dell’**accoglienza** e quello della **valorizzazione della vita** in tutte le sue espressioni.

L’Associazione:

- **si prende cura, riabilita ed educa bambini e ragazzi disabili**, mediante una presa in carico globale loro e della loro famiglia, realizzata nel rispetto della vita e con uno stile di accoglienza che favorisca la loro crescita umana e spirituale. La qualità del progetto riabilitativo viene garantita da elevati livelli di personalizzazione, professionalità, umanità e scientificità, favorendo l’integrazione dei bambini e ragazzi nella comunità in cui vivono;
- attraverso la Sezione Scientifica “Eugenio Medea”, riconosciuta Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, **sviluppa conoscenze e com-**

**petenze nel campo della ricerca scientifica** volte a: prevenire le varie forme di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali; limitarne le conseguenze, fino anche al loro superamento totale; mettere a disposizione nuove prassi e metodologie scientificamente validate di intervento riabilitativo, sanitario, educativo e sociale;

- **promuove attività di formazione** garantendo l'assolvimento dell'obbligo scolastico e formativo dei bambini e ragazzi disabili che frequentano i Centri di Riabilitazione in coerenza con il loro specifico progetto riabilitativo; sostenendo percorsi formativi con l'obiettivo di orientare e favorire l'inserimento lavorativo di persone disabili e/o fragili; promuovendo corsi di laurea e di formazione superiore volti a preparare professionisti sanitari con elevate competenze tecniche e valoriali a servizio della persona; promuovendo lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori dell'Associazione garantendone l'aggiornamento continuo rispetto alle più recenti acquisizioni scientifiche secondo lo stile e i valori dell'Associazione.

### *La storia del Centro*

La Sede di **Vedano Olona** è stata la prima dell'Associazione "La Nostra Famiglia".

Era il 1946, infatti, quando, in sintonia con la nuova cultura scientifica in collaborazione con l'Istituto Neurologico "C. Besta" di Milano, l'Associazione diede vita ad una struttura di riabilitazione per minori in difficoltà.

Il 28 maggio 1946 i primi due bambini, Vera e Alberto, fecero il loro ingresso alla casa di Vedano Olona.

Attualmente il Centro si caratterizza come Centro di Riabilitazione, convenzionato con il servizio sanitario nazionale con Attività di Ambulatorio, di Ciclo Diurno Continuo e di Day Hospital.

E' un complesso organizzato e abilitato alla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione dei disturbi di sviluppo, delle menomazioni e delle disabilità fisiche, psichiche e sensoriali per soggetti in età evolutiva.

Il Centro si pone l'obiettivo di curare e prendersi cura della persona che presenta disabilità o difficoltà di sviluppo, offrendo prestazioni sanitarie e strategie adattive che le permettano di recuperare quanto più possibile le sue autonomie funzionali, sia in ordine fisico che psichico, in un contesto di integrazione sociale.



## Lo stile del nostro servizio

Il Servizio offerto dal Centro di Riabilitazione di Vedano Olona si qualifica per le seguenti caratteristiche specifiche:

- **presa in carico “globale”:** la cura è estesa ai vari aspetti delle difficoltà della persona, specie se in età evolutiva. Non è limitata, quindi, ad interventi e cure di carattere sanitario ma mira ad ottenere il benessere esistenziale individuale e familiare, tenendo conto delle difficoltà scolastiche e lavorative, delle disabilità (o minorazioni) e alle problematiche ambientali, offrendo i supporti tecnici e sociali per un miglior inserimento possibile in famiglia e nell’ambiente di vita;
- **lavoro d’équipe:** è svolto in modo coordinato da specialisti medici, psicologi, assistenti sociali, pedagoga, operatori della Riabilitazione;

Ogni specialista od operatore offre il proprio contributo specifico agli altri componenti il gruppo di lavoro, per la diagnosi, ed il progetto ed il programma riabilitativo che vengono a costituire il risultato di apporti multidisciplinari;

- **affidabilità e professionalità:** gli interventi medico-riabilitativi sono basati su concezioni, metodi e tecniche affermate e di quelle che hanno ottenuto una validazione scientifica, che sono continuamente verificati ed aggiornati e che possono diventare oggetto di studio e di ricerca.

## 3.2 La struttura

La città di Vedano Olona sorge su di una terrazza posta sulla sponda sinistra del fiume Olona, compresa tra due strade: Milano-Varese.

La Sede si trova nel Comune di Vedano Olona, in località Lazzaretto.

E’ collocata in un’ampia zona verde non lontana dal centro del paese, che è facilmente raggiungibile con il treno utilizzando la linea Milano-Laveno delle Ferrovie Nord.

Per chi giunge con la propria auto vi è la possibilità di usufruire di parcheggi



interni alla struttura. All'interno della stessa sono garantiti l'accesso e la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti con disabilità.

Nella struttura sono presenti sale di attesa ed aree per l'accoglienza e l'informazione dell'utenza.

I locali destinati alle attività riabilitative sono comuni per le varie tipologie di servizio offerto; sono invece differenziati gli spazi dedicati alla Scuola per l'infanzia e alla Scuola Primaria funzionanti presso il Centro.

La Struttura è di proprietà dell'Associazione.



La Sede è facilmente raggiungibile:

- **con l'automobile:** il paese si trova sulla Provinciale Varesina (SP 233) che collega Milano a Varese;
- **con il treno:** F.N.M linea Varese-Milano.



## 4. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA E I SERVIZI FORNITI

L'utenza che afferisce al Centro risiede prevalentemente nelle province di Como, Milano e, soprattutto, Varese.

### 4.1 Attività in regime ambulatoriale

Accedono al Centro persone con:

- disabilità fisiche per esiti di paralisi cerebrali infantili e di traumi cranio-encefalici;
- disabilità intellettiva di diverso grado;
- dismorfismi e sindromi dismorfiche;
- distrofie muscolari e neuromuscolari;
- disabilità psicomentali per danni encefalici stabilizzati o evolutivi (malattie dismetaboliche o cromosomiche);
- malattia epilettica;
- disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi specifici del linguaggio;
- disturbi emozionali e di relazione, quando configurino rischio psicopatologico;
- disturbi sensoriali e neurosensoriali complessi, in particolare uditivi;
- disturbi della comunicazione di origine centrale.

Per l'età adulta è attivo un servizio per la riabilitazione di:

- disabilità motorie secondarie ad eventi patologici recenti in ambito neurologico, ortopedico-traumatologico, neoplastico;
- disabilità motorie in patologie neurologiche degenerative ed evolutive;
- paramorfismi e dismorfismi del rachide;
- disabilità motorie secondarie a patologie ortopediche degenerative;
- disturbi del linguaggio acquisiti (afasie).

## 4.1.a Procedure di accesso

### Area di Neuropsichiatria Infantile

#### Contatti che precedono la visita medica di accertamento.

La richiesta di appuntamento per visita Neuropsichiatrica Infantile deve essere effettuata esclusivamente tramite:

#### **CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE CUP DEL DISTRETTO VARESINO**

Il CUP offre la possibilità di prenotare la Prima Visita in Regime di Servizio Sanitario Regionale o in Regime di Solvenza in ogni Centro del Distretto Varesino (Castiglione Olona, Cislago e Vedano Olona) permettendo, quindi, all'utente di scegliere il luogo di erogazione della visita in base alle esigenze, bisogni e necessità personali.

Attraverso il CUP è possibile:

- ottenere informazioni preliminari relative all'attività dell'Associazione nel Distretto Varesino;
- conoscere le strutture erogatrici, le prestazioni specialistiche sanitarie erogate e le successive modalità di presa in carico.

Telefonando ad un numero dedicato:

**tel. 0332.86.63.76**

nei seguenti orari:

**lunedì: 15.30 - 18.00**

**mercoledì: 12.00 -14.30**

**giovedì: 9.30-12.00**

È possibile porre il proprio quesito e dopo, una verifica della prenotabilità e compatibilità con il Servizio offerto fissare la visita in uno dei Centri.

L'utente, in caso di impedimento a presentarsi alla visita, deve comunicare la propria assenza tempestivamente anche a mezzo telefono.

Allo stesso modo eventuali impedimenti della struttura alla effettuazione della prestazione nel giorno o nell'ora stabiliti al momento della prenotazione saranno tempestivamente comunicati all'utente, riprogrammando, d'intesa con quest'ultimo, il nuovo appuntamento.

### **Area Fisiatrica**

La richiesta di appuntamento per visita fisiatrica può essere effettuata:

- di persona compilando il modulo di richiesta presso la Segreteria del Centro;
- telefonicamente al seguente numero di telefono:

**0331/858.288**

nel giorno di venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 10.00

Essa viene erogata sia a pazienti in età evolutiva che a soggetti in età adulta.

Si precisa che per determinate patologie, nel rispetto della normativa Nazionale e Regionale relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la visita viene erogata solamente in Regime di Solvenza.

E' compito del Referente dell'Attività Fisiatrica informare l'utente circa la modalità (in Regime di Servizio Sanitario Regionale o in Regime di Solvenza) di erogazione della visita.

#### **4.1.b Procedure di accesso**

La presa in carico deve essere richiesta mediante una prima impegnativa dal medico di Base e/o Pediatra di Libera Scelta [Si richiede Visita Neuropsichiatrica Infantile/Fisiatrica prima visita per...(indicare diagnosi)] – solo per Attività in Regime di Servizio Sanitario Nazionale che consente l'esecuzione della visita specialistica finalizzata alla compilazione del PRI (Progetto Riabilitativo Individuale).

Nel rispetto delle normative regionali:

- **il minore** che effettua la visita
  - ✓ tramite il Servizio Sanitario Regionale è esente dal pagamento del ticket;
  - ✓ tramite Regime di Solvenza verrà applicata la tariffa prevista dal Tariffario per Prestazioni in Solvenza dell'Associazione esposto in bacheca presso il Centro.
- **il maggiorenne** che effettua la visita:
  - ✓ tramite il Servizio Sanitario Regionale pagherà il ticket, se dovuto;
  - ✓ tramite Regime di Solvenza verrà applicata la tariffa prevista dal Tariffario per Prestazioni in Solvenza dell'Associazione esposto in bacheca presso il Centro.



## 4.1.f Dimissione

La dimissione rappresenta un momento di estrema importanza e delicatezza e deve essere attuata con la massima attenzione.

L'informazione è data dal Medico Referente al paziente ed alla famiglia, che viene coinvolta sull'eventuale proseguimento delle cure in altro luogo.

Il Medico Referente compila la lettera di dimissione, per il medico di fiducia o inviante, completandola con le indicazioni relative all'eventuale proseguimento del trattamento riabilitativo, con ogni utile informazione sullo stato di salute in particolare, sul decorso clinico, sui principali accertamenti praticati e le loro risultanze, sulle conclusioni diagnostiche e di prognosi, sulle eventuali indicazioni terapeutiche e sui controlli di "follow up" programmati.

## 4.1.g Tipologia dei servizi e delle prestazioni erogate

Le prestazioni possono essere erogate sia in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale sia in Regime di Solvenza nel rispetto delle normative regionali:

Nel rispetto delle normative regionali:

- **il minore** che effettua il trattamento:
  - ✓ tramite il Servizio Sanitario Regionale è esente dal pagamento del ticket;
  - ✓ tramite Regime di Solvenza verrà applicata la tariffa prevista dal Tariffario per Prestazioni in Solvenza dell'Associazione esposto in bacheca presso il Centro.
  
- **il maggiorenne** che effettua il trattamento:
  - ✓ tramite il Servizio Sanitario Regionale pagherà il ticket, se dovuto;
  - ✓ tramite Regime di Solvenza verrà applicata la tariffa prevista dal Tariffario per Prestazioni in Solvenza dell'Associazione esposto in bacheca presso il Centro.

Si precisa che per determinate patologie, nel rispetto della normativa Nazionale e Regionale relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), alcune prestazioni vengono erogate solamente in Regime di Solvenza. E' compito del Referente dell'Attività Fisiatrica informare l'utente circa la modalità (in Regime di Servizio Sanitario Regionale o in Regime di Solvenza) di erogazione delle prestazioni.

#### 4.1.h Settori riabilitativi



### FISIOCHINESITERAPIA

E' la terapia del movimento che opera sui segni patologici del paziente per rimuoverli o ridurli attraverso tecniche specifiche di mobilizzazione passiva e attiva. E' un intervento sempre personalizzato.

#### **Obiettivi**

1. Garantire la cura posturale, favorire l'evoluzione motoria e la facilitazione dello spostamento mediante tecniche precise, l'utilizzo di ortesi, protesi, ausili;
2. studiare i compensi utili, contrastare quelli dannosi;
3. prevenire le deformità secondarie alla patologia neurologica, ortopedica, posturale;



4. Ricercare ogni possibile soluzione affinché la mobilità residua dei pazienti con disabilità motoria possa essere valorizzata in progetti funzionali mirati, adattati ad ogni singolo paziente.

### **Modalità operative**

1. Effettuare l'esame articolare, l'esame muscolare, il bilancio funzionale per ogni stadio e per ogni quadro clinico, ricorrendo a strumenti di indagine qualitativa e quantitativa per individuare: i segni patologici che si possono prevenire, ridurre, superare attraverso i compensi utili che il paziente deve poter sviluppare, i compensi dannosi da contrastare, le scelte opportune per arrivare al massimo dell'autonomia e della funzionalità motoria passando dall'attività riflessa all'atto volontario, dall'automatismo all'uso di tutori, ortesi e ausili più opportuni per favorire la cura posturale e ridurre e prevenire le deformità;
2. intervenire in modo specifico con tecniche di facilitazione neuromotorie e richieste di movimenti selettivi sui segni patologici che caratterizzano il quadro clinico relativi a: patologia del tono, riflessi patologici, difetti di programmazione ed esecuzione motoria, asimmetrie, deformità, problemi di equilibrio, ridotta motivazione al movimento;
3. prevenire le difficoltà percettivo prassiche che condizionano le scelte funzionali, favorendo il carico, il cammino guidato, sport adatti ad ogni singolo caso, attività motorie gratificanti;
4. favorire la coscientizzazione del movimento e delle sue finalità mediante la riduzione dei segni patologici e la facilitazione dei passaggi posturali, del controllo selettivo, del carico, dell'equilibrio, dello spostamento finalizzato, dell'espressività corporea, della relazione positiva con l'altro.

### **Operatori**

- Terapista della Riabilitazione



## LOGOPEDIA

È il trattamento specifico dei disturbi di linguaggio, semplici e complessi, primitivi o secondari a cerebropatia.

Cura la comunicazione attraverso lo stimolo all'ascolto per facilitare l'attenzione uditiva e la decodifica semantica e simbolica, facilita la respirazione, l'espressione verbale e la gestualità. L'intervento è individuale o in piccolo gruppo.

Si avvale di materiale strutturato, oggettuale e iconografico. Utilizza anche strumenti informatici per migliorare l'attenzione e la sintesi visivo uditiva, il linguaggio verbale e non verbale, gli apprendimenti linguistici e la comunicazione scritta.

### **Obiettivi**

1. analisi uditiva, comprensione del significato dei gesti semantica;
2. attività specifiche nei disabili motori: respirazione e drenaggio posturale in collaborazione con il Fisiocinesiterapista;
3. deglutizione – Masticazione - Motilità buccale;
4. sinergia dell'alimentazione;
5. emissione della voce;
6. articolazione dei fonemi;
7. strutturazione della parola, della frase;
8. ritmo soprattutto associato all'emissione della parola;
9. sintesi sensitivo motoria e uditiva visiva;
10. espressione verbale e i suoi contenuti;
11. espressione gestuale;
12. comunicazione alternativa e con metodologie specifiche (PECS);
13. coinvolgimento genitori, familiari, insegnanti nei processi comunicativi e neurolinguistici;
14. migliorare la comunicazione mediante: l'educazione all'ascolto e alla discriminazione di suono e rumori (significato, fonti di provenienza, composizione, localizzazione), allenamento acustico;
15. verifica, studio, analisi dei processi di decodificazione e motivazione a comunicare.



### **Modalità operative:**

1. Valutare le informazioni provenienti dagli specialisti, dal colloquio con i familiari, dagli altri settori in particolare dei fisiochinesiterapisti;
2. fare accurate osservazioni del paziente relativamente al comportamento spontaneo durante le attività svolte senza l'intervento del terapeuta per verificare le sue capacità di risolvere compiti adatti alla sua età;
3. favorire nel paziente la capacità di essere indipendente nelle attività quotidiane, di sapersi muovere indipendentemente in casa, nel quartiere, in città, con mezzi pubblici o propri, di saper organizzare autonomamente il tempo libero;
4. far crescere il soggetto nell'autonomia interiore perché 'abbia voglia' di essere autonomo;
5. attuare:
  - l'esame motorio generale per valutare il grado di autonomia in relazione ai passaggi posturali per la presa;
  - l'esame della sensibilità;
  - l'esame del senso percezioni l'esame delle gnosie, l'esame delle prassie;
6. fare la valutazione del quadro di autonomia personale, le sintesi con l'équipe.
7. progettare il piano di intervento nei mezzi, tempi, verifiche; detto piano viene realizzato mediante passaggi gradualmente dalla valutazione all'applicazione.
  - a) il trattamento individuale è necessario per fare la valutazione della presa, della postura e delle abilità costruttive prassiche, per impostare le scelte funzionali più adatte al tipo di patologia del soggetto;
  - b) il lavoro con gli insegnanti della scuola materna e primo ciclo elementare è necessario per applicare le scelte fatte a livello individuale e rendere attuabili le indicazioni del settore;
  - c) gli interventi con i genitori sono necessari per verificare il livello di autonomia raggiunto a domicilio e dare suggerimenti per adattare l'ambiente domestico alla necessità di autonomia del bambino;
  - d) il lavoro di gruppo nei laboratori annessi alla scuola e organizzati nei Servizi per soggetti inseriti nella scuola normale ad alto rischio di disadattamento sono necessari per valorizzare la comunicazione e un confronto positivo con gli altri. Le proposte devono essere progettuali, di gruppo, orientate a valorizzare gli strumenti scolastici nell'attività costruttiva e funzionale e preparare le attività lavorative.



- b)** bambini con diagnosi di Disturbo di Apprendimento non Scolastico (DAnS) ovvero bambini con disturbo evolutivo specifico della funzione motoria, con disturbi percettivi e visuo-spaziali, disturbi della memoria, disturbi di attenzione;
- c)** bambini con diagnosi di Disturbo di Attenzione e Iperattività (ADHD);
- d)** bambini con diagnosi di Disturbi evolutivi specifici misti;
- e)** bambini con lesioni acquisite del sistema nervoso centrale (traumi, ictus, tumore, ecc.).

### ***Operatori***

- Terapista occupazionale o psicologo con formazione specifica in Neuro psicologia.

## **PSICOLOGIA**

All'interno del Centro è presente un Servizio di Psicologia per l'età evolutiva per la diagnosi e cura dei disturbi della sfera emotivo-affettiva.

Il Servizio può offrire:

- a)** un percorso di psicoterapia;
- b)** un percorso di sostegno psicologico per favorire il superamento di una fase critica della propria esperienza esistenziale.  
In parallelo al percorso psicoterapico o di sostegno del bambino, sono previsti brevi percorsi di counseling psico-educativo e di training pedagogico ai genitori, per aiutarli a comprendere meglio il proprio figlio, il proprio ruolo genitoriale e a trovare strategie di intervento efficaci in campo psico-educativo.

### ***Operatori***

- Psicologo - Psicoterapeuta











### 4.3.e Dimissione

La dimissione rappresenta un momento di estrema importanza e delicatezza e deve essere attuata con la massima attenzione.

L'informazione è data dal medico ai genitori/esercienti la tutela, che vengono coinvolti sul proseguimento eventuale delle cure in altro luogo.

Terminato l'iter clinico-diagnostico il medico compila la lettera di dimissione riportando l'esito degli accertamenti, le conclusioni diagnostiche e di prognosi, eventuali indicazioni terapeutiche/riabilitative e i controlli di "follow up" programmati.

Il **Coordinatore di Area di Ciclo Diurno Continuo**, oltre a coordinare l'attività, è a disposizione, previo appuntamento, per fornire informazioni sulle attività svolte presso il Servizio.

➔ (NEW ORGANIZATION FOR  
AUTISM HEALTHCARE)

Il servizio è riservato ai bambini con Disturbo dello Spettro Autistico che, al momento della immissione nel Progetto, hanno un'età compresa fra i 3 ed i 6 anni, inviati al CDC NOAH dall'IRCCS "E. Medea" di Bosisio Parini dopo la fase diagnostica e di valutazione funzionale.

Il percorso prevede attività riabilitative ed educative ad elevata intensità secondo Analisi del Comportamento (ABA), tecnica che in letteratura ha indicazione scientificamente validata nei disturbi dello spettro dell'autismo.

Il bambino frequenta il Centro in CDC per metà della giornata (dalle 9,00 alle 12,30 o dalle 12,30 alle 16,00) comprensiva del momento del pranzo; per la restante parte della giornata il bambino è inserito alla Scuola dell'Infanzia di residenza, nell'ottica di un progetto integrato.

Durante la permanenza al Centro sono programmati trattamenti logopedici, psicomotori ed educativi con rapporto individuale; è richiesta la partecipazione del caregiver e dell'insegnante scolastico così da generalizzare le acquisizioni in ogni ambito della vita del bambino.

Ai Riabilitatori è garantita la supervisione con personale avente certificazioni ABA.

Il Servizio Sociale del Centro di Riabilitazione è a disposizione per fornire qualsiasi informazione in merito al Progetto.

## 5. ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO

L'organismo responsabile della conduzione del Centro ha il compito, insieme al Board di Distretto, di definire gli obiettivi di Sede, attivando il Piano di Lavoro recependo le indicazioni del Direttore Generale e del Direttore Generale Regionale a partire dalle linee strategiche dell'Associazione.



## 6. SISTEMI E PROCEDURE DI TUTELA DELL'UTENTE

La funzione relativa alla tutela degli utenti viene svolta attraverso:

- **L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO:** promuove le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi, riceve i reclami e i questionari di soddisfazione degli utenti.

Attraverso l'accesso all'URP e/o attraverso la modulistica reclami/encomi, i cittadini sono in grado di esercitare un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi esprimendo le proprie opinioni ed osservazioni.

L'ufficio relazioni con il pubblico è aperto il venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00

The image shows a sample of a complaint form titled "MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI APPREZZAMENTI / LAMENTI / DISSERVIZI" from the "Associazione La Nostra Famiglia". The form is addressed to the "Direzione Operativa Centrale". It includes fields for the sender's name, address, and phone number, and checkboxes for the type of complaint (e.g., appreciation, service, or complaint) and the role of the sender (e.g., user, parent, or family member). The form also contains a section for the complaint details and a footer with legal information regarding data processing.

Associazione "La Nostra Famiglia"  
MODULO PER LA SEGNALAZIONE  
DI APPREZZAMENTI / LAMENTI / DISSERVIZI  
DO M 004  
Rev. 3  
Pag. 1 di 1

Direzione Operativa Centrale

Sede di \_\_\_\_\_

Si prega di compilare il foglio e consegnarlo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico o imbarcarlo nell'apposita cassetta di raccolta delle segnalazioni.

Io sottoscritto  
Nome e cognome..... in via.....  
Residente a.....  
N° di telefono..... **dati facoltativi\***

In qualità di:  
 utente  genitore  accompagnatore  familiare  altro.....  
di (dato facoltativo\*):.....

Settore coinvolto.....  
 apprezzamento  disservizio  lamentela

Segnalazione di.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* L'Associazione La Nostra Famiglia, Titolare del trattamento dei dati, La informa, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'approfondimento dei dati segnalati e per inviare comunicazioni in merito alla risoluzione della segnalazione.

La segnalazione viene presa in carico nell'immediato dalla Referente del Centro, che provvede ad inoltrarla alla Responsabile dell'URP e al Coordinatore di Area Ambulatoriale e Day Hospital oppure dal Coordinatore di Area di Ciclo Diurno Continuo a seconda dell'area di riferimento.

La gestione dei reclami prevede un'analisi della situazione e delle cause che l'hanno provocata, in ogni caso per ogni reclamo scritto è garantita risposta entro 30 giorni dal ricevimento.

L'URP è responsabile anche della gestione dei questionari di soddisfazione dell'utenza.

Il grado di soddisfazione degli utenti/delle famiglie viene rilevato annualmente tramite la somministrazione del questionario allegato.

I moduli cartacei sono disponibili presso la Struttura.

**Questionario UTENTI ADULTI**

Caro Utente,  
la nostra struttura nasce per non essere solo un luogo di cura: proprio per questo motivo è in atto un progetto volto a valorizzare la Missione stessa dell'opera.  
Al fine di poter raccogliere pareri e consigli che ci permettano di offrire ai nostri utenti una sempre maggiore qualità del servizio e della relazione con l'utente, Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario e di riportare nell'apposito contenitore che troverete in sala d'attesa.  
Il questionario è anonimo.  
Certi di una vostra fattiva collaborazione, Vi ringraziamo anticipatamente.

Il Responsabile operativo (DO)  
Il Coordinatore del progetto di Missione

\*Campo obbligatorio

ASSOCIAZIONE  
**la Nostra Famiglia**

la Nostra Famiglia  
EUGENIO MEDEA  
Istituto di Ricovero e Cura  
a Carattere Sanitario

1. **Compilatore \***  
Contrassegna solo un ovale.

Utente  
 Genitore  
 Altro

2. **Data \*** / /   
Esempio: 15 dicembre 2012

3. **Centro di Riabilitazione di / Polo di: \***

4. **Settori di Servizio**  
Contrassegna solo un ovale.

Ambulatorio (ex art. 26)  
 IRCSS (ricovero ordinario, day hospital, MAC)

**Questionario Utenti AMBULATORIALI - DIURNI - RESIDENTI (minori)**

Caro famiglia,  
la nostra struttura nasce per non essere solo un luogo di cura: proprio per questo motivo è in atto un progetto volto a valorizzare la Missione stessa dell'opera.  
Al fine di poter raccogliere pareri e consigli che ci permettano di offrire ai nostri utenti una sempre maggiore qualità del servizio e della relazione con i bambini/ragazzi e con la famiglia Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario e di riportare nell'apposito contenitore che troverete in sala d'attesa.  
Il questionario è anonimo.  
Certi di una vostra fattiva collaborazione, Vi ringraziamo anticipatamente.

Il Responsabile operativo (DO)  
Il Coordinatore del progetto di Missione

\*Campo obbligatorio

ASSOCIAZIONE  
**la Nostra Famiglia**

1. **Compilatore \***  
Contrassegna solo un ovale.

Genitore  
 Altro

2. **Data \*** / /   
Esempio: 15 dicembre 2012

3. **Centro di Riabilitazione di: \***

4. **Settori di Servizio**  
Contrassegna solo un ovale.

Ambulatorio  
 Diurni  
 Residenti

- **IL SERVIZIO SOCIALE:** assicura la disponibilità di un assistente sociale, mediante colloquio su appuntamento, per rispondere, ai bisogni di informazione e di orientamento dell'utenza.
- L'utente può rivolgersi al **DIFENSORE CIVICO TERRITORIALE** nei casi in cui ritenga gli sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni.
- Un **SISTEMA DI INIZIATIVE VOLTE A PROMUOVERE LA MASSIMA INTERAZIONE TRA STRUTTURA E PAZIENTI:**
  - Attivando un sistema semplificato di informazione sulle prestazioni erogate e le relative modalità di accesso;
  - L'Associazione ha istituito un Comitato Etico che salvaguardi i diritti dell'utente relativamente alle procedure medico-riabilitative anche in riferimento alla ricerca scientifica.
- L'utente/l' esercente la tutela può richiedere **COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** facendone richiesta sulla modulistica disponibile presso la Sede secondo il Tariffario per Prestazioni in Solvenza esposto in bacheca presso il Centro. La consegna avviene entro 3 settimane dal ricevimento della richiesta.
- Il personale operante presso la Struttura è riconoscibile tramite **CARTELLINO IDENTIFICATIVO.**
- **D.Lgs. 231/2001:** *"Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle Associazioni anche prive di personalità giuridica".*

Il D.Lgs. 231/2001 è una legge dello Stato che regola la responsabilità di un'organizzazione (Associazione) qualora persone, operando in nome e per conto e nel suo interesse, per trascuratezza dell'organizzazione medesima, commettano certi tipi di reato.

Non tutti i reati comportano responsabilità, ma solo quelli previsti dalla norma; tra i più comuni ed importanti vi sono i reati di corruzione di soggetti pubblici, concussione, corruzione tra privati, infiltrazione della malavita organizzata, gravi reati in materia SSL, reati ambientali, ... Per ridurre la probabilità che questi reati possano essere commessi, l'Associazione si è dotata di uno specifico Modello di Organizzazione e Gestione (MOG) e di un Codice Etico. Sul rispetto del MOG e del Codice Etico è stato incaricato di vigilare l'Organismo di Vigilanza (OdV). Tutti coloro che vengono a conoscenza di un comportamento che è o potrebbe essere scorretto rispetto a tali documenti ovvero della commissione o sospetto di commissione di uno dei reati previsti dal D. Lgs 231/2001 possono fare segnalazione all'OdV.



L'OdV dell'Associazione è contattabile per le segnalazioni all'indirizzo e-mail: **odv@LNF.it**

o all'indirizzo postale:

**ORGANISMO DI VIGILANZA – Associazione “la Nostra Famiglia”**  
**Via don Luigi Monza, 1 – 22037 Ponte Lambro**

L'OdV garantisce la riservatezza delle segnalazioni e del segnalante.

Il Codice Etico è disponibile sul sito internet dell'Associazione.

## INFORMAZIONI SU REALTÀ COLLEGATE A LA NOSTRA FAMIGLIA

Accanto a “La Nostra Famiglia” sono tante le realtà che sono cresciute a partire dall’intuizione originaria del Beato Luigi Monza:

- **il Gruppo Amici di don Luigi Monza** – sostiene l’Associazione con iniziative di sensibilizzazione, solidarietà e aiuto;
- **l’Associazione Genitori de “La Nostra Famiglia”** – tutela i diritti fondamentali della persona disabile e della sua famiglia;
- **la Fondazione Orizzonti Sereni – FONOS** – realizza soluzioni valide per il “dopo di noi”;
- **l’Associazione di Volontariato “Don Luigi Monza”** – si propone finalità di solidarietà e utilità sociale nell’ambito di servizi organizzati, in particolare presso i Centri de “La Nostra Famiglia”;
- **l’OVCI - La Nostra Famiglia** – è un organismo non governativo di cooperazione allo sviluppo presente in Brasile, Cina, Ecuador, Marocco, Sudan e Sud Sudan;
- **l’Associazione Sportiva Dilettantistica “Viribus Unitis”** - promuove l’integrazione delle persone disabili mediate lo sport.

Informazioni sulle diverse realtà possono essere richieste direttamente al Referente del Centro.



# Questionario UTENTI ADULTI

Caro Utente,

la nostra struttura nasce per non essere solo un luogo di cura; proprio per questo motivo è in atto un progetto volto a valorizzare la Missione stessa dell'opera.

Al fine di poter raccogliere pareri e consigli che ci permettano di offrire ai nostri utenti una sempre maggiore qualità del servizio e della relazione con l'utente, Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario e di riportarlo nell'apposito contenitore che troverete in sala d'attesa.

Il questionario è anonimo.

Certi di una vostra fattiva collaborazione, Vi ringraziamo anticipatamente.

Il Responsabile operativo (DO)

Il Coordinatore del progetto di Missione

\*Campo obbligatorio

ASSOCIAZIONE  
**la Nostra Famiglia**

ASSOCIAZIONE  
**la Nostra Famiglia**  
**EM** EUGENIO MEDEA  
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA  
A CARATTERE SCIENTIFICO

## 1. Compilatore \*

Contrassegna solo un ovale.

- Utente  
 Genitore  
 Altro

## 2. Data / /

.....  
Esempio: 15 dicembre 2012

## 3. Centro di Riabilitazione di / Polo di: \*

## 4. Settori di Servizio

Contrassegna solo un ovale.

- Ambulatorio (ex art. 26)  
 IRCSS (ricovero ordinario, day hospital. MAC)



10. **Rileva disagi e problemi durante lo svolgimento del progetto di cura e riabilitazione?**

*Contrassegna solo un ovale.*

- SI  
 NO

11. **Quali disagi e problemi rileva durante lo svolgimento del progetto di cura e riabilitazione?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## B) RELAZIONE CON L' UTENTE

12. **Quanto è soddisfatto dell'accoglienza che sta ricevendo?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

13. **Quanto è soddisfatto dell'ascolto che sta ricevendo?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

14. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Medici nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

15. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Psicologi nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

16. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Terapisti della riabilitazione ed educatori nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

17. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Assistenti sociali nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

18. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte di altri operatori nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

19. **Quanto è soddisfatto delle informazioni sanitarie che sta ricevendo durante i trattamenti riabilitativi e le visite mediche?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## C) INTEGRAZIONE SOCIALE

20. In questo progetto si sente accompagnato e aiutato a conoscere le risorse ed i servizi del suo territorio?

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## D) FAMILIARITÀ DELL' AMBIENTE

21. Quanto è soddisfatto della cura degli ambienti e del comfort del Centro?

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

22. Quanto è soddisfatto della pulizia e l'igiene?

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

23. Quanto è soddisfatto della qualità del pranzo (solo se previsto)?

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## E) DOMANDE CONCLUSIVE

24. Secondo lei in questo Centro ci sarebbero degli aspetti da migliorare?

*Contrassegna solo un ovale.*

- SÌ  
 NO



25. Quali aspetti sarebbero da migliorare?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

26. A suo parere cosa potrebbe fare il Centro per aiutare di più gli utenti?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

27. Il percorso di cura e riabilitazione che lei sta realizzando è motivo per una riflessione e un approfondimento dei valori umani e spirituali?

*Contrassegna solo un ovale.*

SI  
 NO

28. Quali sono le motivazioni della risposta precedente.

.....

29. Complessivamente quanto si sente accolto e seguito dai nostri servizi?

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

30. Quali sono le motivazioni della risposta precedente.

.....

## CONTATTI

31. Sarebbe disponibile per eventuali ulteriori contatti?

*Contrassegna solo un ovale.*

SI  
 NO

32. **Cognome e Nome**

33. **n° telefono**

34. **e-mail**

# Questionario Utenti AMBULATORIALI – DIURNI - RESIDENTI (minori)

Cara famiglia,

la nostra struttura nasce per non essere solo un luogo di cura; proprio per questo motivo è in atto un progetto volto a valorizzare la Missione stessa dell'opera.

Al fine di poter raccogliere pareri e consigli che ci permettano di offrire ai nostri utenti una sempre maggiore qualità del servizio e della relazione con i bambini/ragazzi e con la famiglia Le chiediamo cortesemente di compilare il presente questionario e di riporlo nell'apposito contenitore che troverete in sala d'attesa.

Il questionario è anonimo.

Certi di una vostra fattiva collaborazione, Vi ringraziamo anticipatamente.

Il Responsabile operativo (DO)

Il Coordinatore del progetto di Missione

\*Campo obbligatorio



## 1. Compilatore \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Genitore  
 Altro

## 2. Data \* / /

*Esempio: 15 dicembre 2012*

## 3. Centro di Riabilitazione di: \*

.....

## 4. Settori di Servizio

*Contrassegna solo un ovale.*

- Ambulatorio  
 Diurni  
 Residenti

**5. Come è venuto a conoscenza del nostro Centro?**

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- dal medico di base / pediatra
- conoscenti
- scuola
- un altro utente del servizio
- servizi territoriali
- Altro: .....

**6. Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute quando si è rivolto per la prima volta al Centro**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## CURA E RIABILITAZIONE

**7. Quanto è soddisfatto del servizio di riabilitazione erogato dal Centro?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

**8. Quanto ritiene che il progetto riabilitativo in corso stia modificando la qualità di vita del bambino/ragazzo?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

**9. Quanto ritiene che il progetto riabilitativo si stia realizzando come previsto?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto



16. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Terapisti della riabilitazione ed educatori nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

17. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Assistenti sociali nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

18. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte di Altri operatori nei suoi confronti?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

19. **Quanto è soddisfatto delle informazioni sanitarie che sta ricevendo durante i trattamenti riabilitativi e le visite mediche?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## C) RELAZIONE CON IL BAMBINO

20. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Medici nei confronti del bambino/ragazzo ?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

21. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Psicologi nei confronti del bambino/ragazzo ?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

22. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte dei Terapisti della riabilitazione ed educatori nei confronti del bambino/ragazzo ?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

23. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte degli Assistenti sociali nei confronti del bambino/ragazzo ?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

24. **Quanto è soddisfatto della disponibilità e cortesia da parte di Altro personale nei confronti del bambino/ragazzo ?**

*Contrassegna solo un ovale.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## D) INTEGRAZIONE SOCIALE

25. **Ritiene che il progetto riabilitativo stia facilitando la partecipazione del bambino/ragazzo alle attività con i coetanei? (attività sportiva, scoutismo, ambiente parrocchiale, ecc.)**

*Contrassegna solo un ovale.*

SI

NO

26. Quali sono le motivazioni della risposta precedente?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

27. In questo progetto vi sentite accompagnati e aiutati a conoscere le risorse e i servizi del vostro territorio?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

## E) FAMILIARITÀ DELL' AMBIENTE

28. Quanto è soddisfatto della cura degli ambienti e del comfort del Centro?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

29. Quanto è soddisfatto della pulizia e l'igiene?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

30. Quanto è soddisfatto della qualità del pranzo?

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	molto

31. Ritene importante che il Centro organizzi iniziative a favore dei bambini/ragazzi e delle loro famiglie? (formazione, feste, eventi ricreativi, celebrazioni ecc. )

Contrassegna solo un ovale.

SI  
 NO









## **CENTRO di RIABILITAZIONE**

Via Beato Don Luigi Monza 10

21040 Vedano Olona (Va)

Tel. 0332.86.60.80 - Fax 0332.40.02.08

E.mail: [vedano.olona@lanostrafamiglia.it](mailto:vedano.olona@lanostrafamiglia.it)

*“ Il bene fatto bene ”*

Beato Luigi Monza

