CASA DI COMUNITA' ALBATROS - TURI

SERVIZI RESIDENZIALI AI MINORI E MADRI CON MINORI

(artt. 47, 48, 49, 50, 51, 74, 75, 80 DEL REG. REG. N. 4/2007 e s.m.e.i.)

SERVIZI RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI
(art 58-59-65-66-67 DEL REG. REG. N. 4/2007 e s.m.e.i)

SCHEDA DI RILEVAZIONE
a cura del Nucleo di controllo – Area Minori e famiglia

Data di verifica 07/02/2013

A. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura CASA DI COMUNITA' ALBATROS

Ubicazione della struttura TURI – Via CISTERNA 1

Tel./Fax 3494700568 **E-mail** assalbatrosbari@gmail.com

Soggetto gestore
ASSOCIAZIONE ALBATROS

Sede legale Via A. Garibaldi, 20 – BARI

Tel./Fax 3401529334 **E- mail** assalbatrosbari@gmail.com

Sede Amministrativa Via Cisterna, 1 – TURI

Legale Rappresentante
COSIMA ZONNO

Natura **pubblica** ☐ **privata** ☒

E' assicurata la presenza di un educatore nelle ore notturne? □ Si □ No

4) Sono presenti Educatori in numero superiore al rapporto minimo educatori/ utenti previsto dal regolamento regionale? □ Si □ No
- Se si, N° |__|__|

5) Educatori prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° |__|__|
M|__|__| F|__|__|

6) Educatori in possesso di diploma di Scuola M. S con esperienza documentata triennale nel settore dei servizi educativi (art. 46 - comma 5 Reg. Reg.) N° |__|__|

7) Educatori con rapporto di lavoro a tempo pieno N° |__|__|
8) Educatori con rapporto di lavoro part time N° |__|__|
9) Educatori con altra tipologia di contratto N° |__|__|,
specificare

---

10) In presenza di minori in situazioni di disabilità fisica/psicosociale complesse : sono presenti educatori professionali ? (ex Decreto 520/1998)
□ Si □ No
Se si, specificare

---

11) (Solo per le RSSA e RSA) E' assicurata la presenza di OSS-OSA-OTA, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione ecc:
- in misura pari al rapporto minimo personale /utente previsto dalla normativa regionale? □ Si □ No
- In misura superiore alla normativa regionale □ Si □ No
Se si, N° |__|__|
Specificare profili aggiuntivi: -

---

12) N. complessivo Personale ausiliario N° |__|__|

13) E' rispettato per il personale ausiliario il rapporto minimo previsto dal regolamento regionale?
□ Si □ No

14) E' presente personale ausiliario in numero superiore al rapporto minimo previsto dal regolamento regionale? □ Si □ No Se si, N° |__|__|

26) Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno ☒ Si ☐ No
Con quali modalità? ALL'INGRESSO IN STRUTTURA E PERIODICAMENTE DURANTE LA PERMANENZA

27) La struttura utilizza e tiene aggiornata la cartella personale di ciascun utente? ☒ Si ☐ No
Se si, è completa di notizie e dati con:
- Nome e tel. del referente che ha inviato ~~il minore~~ L'UTENTE ☒ Si ☐ No
- Nome e tel. dei familiari o del tutore ☐ Si ☐ No
- Nome e telefono del medico di base ☐ Si ☐ No
- Pernottamenti temporanei esterni ☐ Si ☐ No
- Visite dei genitori e la loro durata sottoscritta dagli stessi e dagli operatori ☐ Si ☐ No

28) Dov'è ubicata la struttura? In centro abitato ☐ In SEMI periferia ☒

29) La zona è servita da mezzi pubblici ☒ Si ☐ No

30) La struttura è dotata di spazi ~~verdi~~ accessibili? ☒ Si ☐ No
- attrezzati? ☐ Si ☐ No
- ampi? ☐ Si ☐ No

31) (solo per RSA e RSSA) Totale delle ore di apertura giornaliera alle visite di parenti, amici? N. |__|__|
Esposizione degli orari di accesso ☐ Si ☐ No

32) La struttura è dotata di condizionatore d'aria ☒ Si ☐ No

33) Sono presenti barriere architettoniche ☐ Si ☒ No
Se si, vi è la presenza di Montascale ☐ Scivoli ☐
Porte adeguate ☒ Bagni attrezzati ☒ altro ☐

34) Le dimensioni delle camere da letto sono adeguate ~~agli standard normativi?~~ ☐ Si ☐ No ☐ Superiori allo standard
- Descrivere: L'AMBIENTE (Stanza da letto) molto grande occupato da 17 persone con altri 10 letti per emergenza freddo

35) (Solo per Minori) Ci sono camere a tre posti letto in caso di presenza di fratelli?
☐ Si ☐ No

* un'altra stanza da letto più piccola con 7 posti letto occupati e 1 libero -
Non sono presenti [illegible] di [illegible] per [illegible]

36) (Solo per Minori) Ci sono camere a tre posti letto per autorizzazione Autorità che ha disposto l'inserimento? □ Si □ No

37) Ci sono camere personalizzate che rispecchiano lo stile di vita dell'utente? □ Si □ No

38) E' garantito almeno un cambio settimanale della biancheria? □ Si □ No □ Più volte a settimana

39) E' presente nella struttura una zona soggiorno-pranzo con spazi adeguati per attività di gruppo e individuali? ☒ Si □No

40) La struttura dispone di una cucina per la preparazione dei cibi? ☒ Si □ No

41) Il personale addetto alla cucina e/o somministrazione pasti è in possesso di idonea documentazione riguardo la manipolazione degli alimenti? □ Si ☒ No

IN AUTOGESTIONE

42) E' offerta una cucina differenziata e adeguata alle diverse esigenze degli ospiti? □ Si ☒ No

- E viene rilevato il gradimento almeno mensile del cibo? □ Si □ No

43) Gli ospiti partecipano alla predisposizione del menù o alla preparazione dei pasti? ☒ Si □ No

44) E' presente nella struttura un manuale delle procedure di controllo degli alimenti (HACCP) – da compilare solo in presenza di cucina interna
□ Si □ No
- Se si, indicare la figura professionale della struttura responsabile del piano di autocontrollo: _____
(es. Educatore professionale, cuoco/a, Responsabile della struttura)

45) Nella struttura sono presenti televisori/PC/zone wifi in misura adeguata al numero degli ospiti? Televisori n°|0|1| PC n° |__|__| Zone wifi □ Si ☒ No

46) Sono disponibili nella struttura giornali, riviste, periodici, libri in misura adeguata al numero degli ospiti? □ Si ☒ No

47) La struttura è dotata di attrezzature, presidi ed ausili dell'area specifica di attività (sussidi ludico-educativi per minori, presidi di garanzia per la salute e l'incolumità degli utenti quali wolker, carrozzine di proprietà, sollevatori , attrezzi ginnici ecc.) ?
□ Si □ No; Descrivere: _____

Viene effettuata una verifica/rivalutazione intermedia a breve, medio e lungo termine? (verifica su un campione minimo del 30% di utenti in carico) □
Si □ No Con che cadenza? _____

Sono raggiunti gli obiettivi del PAI/PEI? □ Si □ No
(verifica su un campione minimo del 30% di utenti in carico)

3) La struttura è fornita della mappa dei servizi sul territorio? □ Si □ No

4) E' in atto un'integrazione con i servizi socio-sanitari del territorio?
□ Si □ No
- A.S.L (assistenza medica generica, assistenza farmaceutica ecc) □
- Servizi a carattere sociale (Servizi domiciliari, Segretariato sociale, Centri diurni, ecc) □
- Scuola □
- Centri ricreativi □
- Ludoteche □
- Altro □ _____

Se no, perché

_____

_____

5) La struttura coinvolge gli ospiti e i familiari attraverso riunioni programmate? □ Si □ No
Se si,
□ una volta all'anno □ una volta ogni se mesi □ Più di una volta ogni sei mesi

Le riunioni sono convocate con □ Nota scritta □ Comunicazione verbale

6)

7) Sono in atto collaborazioni con Associazioni di Famiglie Affidatarie per consentire tempi brevi di permanenza in Comunità? □ Si □ No

8) Viene favorita l'integrazione sociale degli utenti? □ Si □ No
Con quali modalità (es. attività sportive, ricreative, culturali)?

_____

_____

_____

Con che frequenza? N. attività/anno |__|__|

5) Presentazione buste paga quietanzate e con timbro di annullo □ Si □ No

6) Verifica rispetto delle norme sulla tracciabilità:
conto corrente dedicato □ Si □ No

7) libro unico del lavoro □ Si □ No

Eventuali note aggiuntive di valutazione a cura del Nucleo:

- Il coordinatore ci riferisce il cambio di destinazione d'uso e la pianta con la nuova disposizione dei posti letto
- Rispetto al p. 34 si chiede di mettere dei pannelli divisori che tutelano la privacy e gli armadi da utilizzare come deposito degli oggetti e strumenti personali
- Il coordinatore ci comunica di sono pervenuti ordinati e a breve risponderanno al quanto richiesto.

I componenti del Nucleo di controllo

Data 07/02/2019

Nome e Cognome	Firma
ERMELINDA CINZIA LOVASCIO	
ANGELA MICCIONE	
ANNALISA PETROSILLO	
ANNA CAMPIOTO	

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome	Firma
LUIGI CALABRESE	
MARIAPIA ROPPO	

SCHEDA DI VALUTAZIONE
Indicatori di Performance
"Servizi residenziali "

Struttura CASA DI COMUNITÀ ALBATROS TURI

Riferimenti scheda di valutazione (modulo e numero della domanda)	*Caratteristiche da vagliare*	*Valutazioni*										*Tot* 13
C2	Qualità del PAI/PEI e sue verifiche	1	2	3	4	5	6	7				/
B31	Possibilità di visita da parte dei parenti, amici, determinata all'ampiezza dell'orario di apertura	1	2	3								/
C5	Coinvolgimento degli ospiti e dei familiari attraverso riunioni programmate	1	2	3	4							/
B21-24	Formazione e aggiornamento del personale	1	2	3	4	5	6					/
B30	Accesso a spazi verdi	1	2	3	4	5						3
B19	Presenza di volontari	1	2	3								1
C9	Possibilità di invitare ad eventi di socializzazione familiari ed amici	1	2									/
B20	Continuità assistenziale operatore/utenti	1	2	3	4	5						/
B26	Numero riunioni di Equipe mensili	1	2	3								1
B38	Cambio della biancheria (minimo 1 volta a settimana)	1	2									2
B42-43	Caratteristiche del vitto (cucina differenziata e adeguata agli ospiti)	1	2	3	4							/
B29	Mezzi pubblici	1	2	3	4							2
B37 e 39	Presenza di spazi personalizzabili e spazi superiori agli standard	1	2	3	4	5	6					3
B45	Presenza di televisori/PC/wifi	1	2	3								1
B46-47	Disponibilità di giornali, riviste e periodici, libri, sussidi attrezzature presidi	1	2	3	4							/
B4-5-6-11-14-16-18	Presenza di unità/ figure professionali aggiuntive in relazione ai bisogni socio-educativi dei minori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/
C3-4-7	Rete con istituzioni e territorio	1	2	3	4	5	6					/
C8	Integrazione sociale utenti	1	2	3	4							/
C10-11*	Avviamento al lavoro e accompagnamento all'autonomia	1	2	3	4	5	6	7	8			/
C12-13	Indagini di customer satisfaction	1	2	3	4							/

TRATTASI DI SERVIZIO AD CONTRASTO
ALL'EMERGENZA ABITATIVA