SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E DIURNI
(artt. 52 – 60 - 60 TER - 106 DEL REG. REG. N. 4/2007 e s.m.e.i.)

SCHEDA DI RILEVAZIONE
a cura del Nucleo di controllo – Area POVERTÀ

Data di verifica 03. 10. 2019

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura SPORTELLO 108 PRESSO VIA DALMAZIA OGGETTO DEL CONTROLLO

Ubicazione della struttura SERVIZIO (CASA DELLE CULTURE VIA BARISANO DA TRANI E VIA DALMAZIA 139)

Tel./Fax 080 9242286 080 5312441 **E-mail** CASA CULTURE.sportello@LR@GMAIL.COM

Soggetto gestore GRUPPO LAVORO RIFUGIATI

Sede legale CORSO SONNINO N. 23

Tel./Fax / **E- mail** gruppolavororifugiati@gmail.com

Sede Amministrativa //

Legale Rappresentante CRISTOFORO MARZOLLA

Natura **pubblica** ☐ **privata** ☒
Comune ☐ A.S.L. ☐ Provincia ☐ Ente Religioso ☐
Cooper. Soc ☐ Fondazione ☐ Società ☐ Altro ☒
ASSOCIAZIONE

Struttura autorizzata **si** ☒ **no** ☐ Atto n. del
SI RISERVA DI PRESENTARE AUTORIZZAZIONE

Ricettività autorizzata N. |__|__|

Classi di età

6 – 12	n° |__|__|	M. |__|__|	F. |__|__|
13 - 18 anni	n° |__|__|	M. |__|__|	F. |__|__|
19 – 64 anni	n° |__|__|		
Ultrasessantacinquenni:	n° |__|__|		

SI RISERVA DI CONSEGNARE IL NUMERO DEGLI UTENTI CHE SI SONO RIVOLTI AL SERVIZIO DA GENNAIO 2018

Italiani n° |__|__| **Stranieri** n° |__|__| di cui:
Comunitari n° |__|__| Nomadi n° |__|__| Extracomunitari n° |__|__|

Utenti attualmente accolti: n° |__|__| M n° |__|__| F n° |__|__|

Utenti in situazioni di disabilità fisica/psicosociale complesse ☐ Si ☒ No
Se si, n° |__|__|

Sono presenti utenti sottoposti a provvedimenti penali ☐ Si ☒ No
Se si, n° |__|__| di cui, M n° |__|__| F n° |__|__|
Stranieri n° |__|__|

Struttura con certificazione di qualità si ☒ no ☐ NON PRESCRITTO

La struttura è convenzionata con:
Comune ☒ Regione ☐ ASL ☐ Ministeri ☐ Altro ☐

2. MODULO ORGANIZZATIVO-STRUTTURALE

E' presente un coordinatore responsabile in possesso di un titolo specifico secondo normativa? REFERENTE ☒ Si ☐ No
Titolo di studio
LAUREA IN LEGGE

N. complessivo Educatori (in relazione alla tipologia di servizio) |__|__|
N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) |__|3|

E' rispettato il rapporto minimo educatori-operatori/ utenti previsto dal regolamento regionale) ☒ Si ☐ No

Sono presenti educatori -operatori in numero superiore al rapporto minimo/utenti previsto dal regolamento regionale? ☐ Si ☒ No Se si,
Educatori N° |__|__| **Operatori** N° |__|3|

Educatori prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° |__|3|
OPERATORI

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° |__|__|

Educatori-Operatori con rapporto di lavoro a tempo pieno N° |__|1|
Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time N° |__|2|
Educatori-Operatori con altra tipologia di contratto N° |__|__|
specificare

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

E' rispettato il rapporto minimo personale ausiliario/utenti previsto dal regolamento regionale?
☐ Si ☐ No

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

E' presente personale amministrativo? ☑ Si ☐ No N° |__|2|
di cui in sede N° |__|1|

REFERENTE
Il Responsabile Coordinatore (area socio-psico-pedagogica) è presente esclusivamente presso il Centro?:
Si ☐ No ☑ indicare le ore 10

Viene svolto un lavoro di supervisione? ☑ Si ☐ No
Con quali figure? PSICOLOGA VOLONTARIA

Sono presenti altre unità/figure professionali in relazione ai bisogni socio-sanitari degli utenti (assistente sociale, animatore sociale, terapisti ecc.)?
☐ Si ☑ No Se si, quali?

Sono presenti operatori volontari? (Associazioni, Servizio civile etc.)
☑ Si ☐ No Se si, N° |__|2|
quali? PSICOLOGA - LEGALE
sono presenti convenzioni protocolli d'intesa per attività articolate?
NO

E' presente un turn-over del personale (cessazioni per ragioni diverse dal pensionamento e mobilità interna)? ☐ Si ☒ No
Se si, si cerca di prevenirlo? ☐ Si ☐ No
Se si, in quale modo?

Formazione:
-Numero dei corsi di aggiornamento attivati nell'ultimo biennio con effettiva partecipazione del personale |_|_|_|
SI RISERVA DI INVIARE NUMERO DI CORSI E ATTESTATI DI AGGIORNAMENTO
-Numero dei corsi di aggiornamento organizzati nell'ultimo biennio all'esterno con effettiva partecipazione del personale |_|_|_|
-Percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno % |_|_|
-In media per quante ore complessive pro-capite? |_|_|_|
SI RISERVA DI PRESENTARE DOCUMENTAZIONE

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |_S_|_1_| 2 AL MESE

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno
☒ Si ☐ No
Con quali modalità? INFORMATIVA DISTRIBUITA IN SEDE DI COLLOQUIO DI ACCESSO

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 l'utente ☒ Si ☐ No
- Nome e tel. dei familiari o del tutore ☒ Si ☐ No
- Nome e telefono del medico di base SOLO SE SERVE ☒ Si ☐ No
- Nome e tel. dei familiari o del tutore ☒ Si ☐ No

Dov'è ubicata la struttura In centro abitato ☒ In periferia ☐

La zona è servita da mezzi pubblici ☒ Si ☐ No

La struttura è dotata di spazi verdi accessibili ed attrezzati? ☒ Si ☒ No

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

Sono presenti barriere architettoniche ☒ Si ☐ No

Se si, con Montascale □ Scivoli □ Porte adeguate □ Bagni attrezzati □ altro □

Il Centro assicura:

- attività educative indirizzate all'autonomia ☑ Si □ No
- attività di socializzazione ed animazione □ Si ☑ No
- attività psico-motorie □ Si ☑ No
- attività ludiche e ricreative ed espressive □ Si ☑ No
- attività culturali ed occupazionali ☑ Si □ No
- sportello informativo ☑ Si □ No
- attività riabilitative previste nel PEI/PAI □ Si ☑ No
- attività di cura e igiene personale □ Si ☑ No
- attività di prevenzione sanitaria ☑ Si □ No
- organizzazione di vacanze invernali ed estive □ Si ☑ No
- somministrazione dei pasti □ Si ☑ No
- servizio trasporto casa/centro □ Si ☑ No
  - se si, adeguatezza e sufficienza dei mezzi di trasporto □ Si ☑ No
- attività decentrate presso strutture balneari, sportive, ricreative □ Si ☑ No

Adeguata ~~assistenza~~ sostegno garantita per utente ☑ Si □ No

Il Centro concorre alla erogazione del servizio di pronto intervento sociale (solo per l'area anziani) □ Si ☑ No

E' presente una zona collettiva adeguata per attività ludico–motorie?
□ Si □No □Superiore allo standard regolamentare – descrivere:

_____

Sono presenti ulteriori zone (sala multimediale, laboratori ecc.)? □ Si ☑ No

E' presente una zona riposo? □ Si □No

E' presente nella struttura una zona soggiorno-pranzo con spazi adeguati per attività di gruppo e individuali?
□ Si □No □Superiore allo standard regolamentare – descrivere:

_____

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

In tal caso, è presente nella struttura un manuale delle procedure di controllo degli alimenti (HACCP) □ Si □ No
Se si, indicare la figura professionale della struttura responsabile del piano di autocontrollo: _____

(es. Educatore professionale, cuoco/a, Responsabile della struttura)

Il personale addetto alla cucina e/o somministrazione pasti è in possesso di idonea documentazione riguardo la manipolazione degli alimenti
☐ Si ☐ No

E' offerta una cucina differenziata e adeguata alle diverse esigenze degli ospiti? ☐ Si ☐ No

La struttura è dotata di attrezzature, presidii ed ausili dell'area specifica di attività (sussidi ludico-educativi per minori, presidi di garanzia per la salute e l'incolumità degli utenti durante lo svolgimento delle attività del centro quali wolker, carrozzine di proprietà ecc.) **?**
☑ Si ☐ No; Descrivere: COMPUTER – SALA A. ACCOGLIENZE

Nella struttura sono presenti televisori/PC, area wi-fi, in misura adeguata al numero degli ospiti? ☑ Si ☐ No
N° televisori |_|_| N° PC |_2_| Area Wi-Fi ☑ Si ☐ No

Sono disponibili nella struttura giornali, riviste, periodici, libri in misura adeguata al numero degli ospiti? ☑ Si ☐ No

E' presente un locale per i servizi igienici attrezzato per la non autosufficienza? ☐ Si ☑ No

E' presente un locale per i servizi igienici riservato al personale? ☐ Si ☑ No

La documentazione relativa all'ambito strutturale ed igienico sanitario è disponibile presso la struttura al fine della consultazione? ☐ Si ☑ No

Quali delle seguenti informazioni sono indicate nella Carta dei Servizi?
- tipologia delle prestazioni ☑ Si ☐ No
- tariffa per ciascuna prestazione ☐ Si ☑ No
- partecipazione/Compartecipazione alla spesa da parte degli utenti ☐ Si ☑ No
- modalità per i ricorsi da parte degli utenti nei confronti dei responsabili ☑ Si ☐ No
- modalità di informazione sui servizi ☑ Si ☐ No
- modalità di partecipazione degli utenti al controllo della qualità dei servizi ☑ Si ☐ No
- standard generali e specifici di qualità dei servizi ☑ Si ☐ No
- informazioni sul regolamento interno ☑ Si ☐ No

4. MODULO SOCIO-EDUCATIVO

Viene elaborato un progetto educativo/ assistenziale individuale per tutti gli utenti? ☒ Si ☐ No

DI PRESA IN CARICO

Modalità di stesura PEI/PAI:
PAI SCRITTO (SI PROPONE DI INTEGRARE)

- Sussistono modalità di raccoglienza delle informazioni prima dell'accoglienza?
☒ Si ☐ No

- Con quali modalità viene verificata la condizione psico-fisica dell'utente?
COLLOQUIO DI ACCOGLIENZA

- Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del PEI/ PAI?
Equipe ☒ Utenti ☒ Servizi Sociali Territoriali ☐ Famiglia ☐ Scuola ☐ Associazioni ☐ Altro ☐

Il PEI/PAI è stato oggetto di rivalutazione? ☐ Si ☒ No
(verifica su un campione minimo del 30%di utenti in carico)

Viene effettuata una verifica intermedia a breve, medio e lungo termine?
☐ 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)
NON È PRESENTE LA PERCENTUALE PER CUI UTENTI SEGUITI VENGONO MONITORATI FINO AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

La struttura è fornita della mappa dei servizi sul territorio? ☒ Si ☐ No
SI PROPONE DI INTEGRARE

E' in atto un'integrazione con i servizi socio-sanitari del territorio?
☒ Si ☐ No
Se si, con:
- 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 ☒ Questura - Prefettura

Se no, perché

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~~

La struttura rende partecipe i ~~familiari alle~~ varie fasi di assistenza? □ Si □ No
Se si, con □ Nota scritta ~~□ Comunicazione verbale~~

Viene favorita l'integrazione sociale degli utenti? ☒ Si □ No
Con quali modalità (es. attività sportive, ricreative, culturali)?
ORIENTAMENTO AI SERVIZI E ATTIVITÀ
DI INTERESSE E LAVORO E ALFABETIZZAZIONE

Con che frequenza? N. attività/anno | 3 | SETTIMANALI
Offre la possibilità a familiari e ~~amici di~~ parteciparvi? □ Si ~~□ No~~

La struttura garantisce l'acquisizione di competenze professionali e l'avviamento al lavoro (non per anziani)?
☒ Si ~~□ No~~
Con quali modalità (centri per l'impiego/ agenzie interinali, iscrizione a corsi di formazione professionale, attività di tirocinio formativo)?
UN PERCORSO DI ORIENTAMENTO AL LAVORO
COLLOQUI INDIVIDUALI - AZIONI ACCOMPAGNAMENTO
AI SERVIZI
Sono previsti percorsi di accompagnamento all'autonomia? ☒ Si □ No
Con quali modalità (es. corsi per acquisizione capacità genitoriali etc.)?
ALFABETIZZAZIONE LINGUA ITALIANA
SUPPORTO PER PROCEDURE DI INSERIMENTO E
PERMANENZA SUL TERRITORIO - ORIENTAMENTO AL LAVORO
E' prevista una valutazione del gradimento di accoglienza da parte dell'utente e ~~della sua famiglia~~? □ Si ☒ No
Con quali modalità?

Quali esiti di gradimento si rilevano? □ Basso □ Sufficiente □ Buono □ Alto

5. MODULO CONTROLLO REGOLARITA' GESTIONALE

Titolo di godimento dell'immobile Proprietà ☐ affitto ☒ comodato gratuito ☐ altro ☐

La struttura utilizza un registro aggiornato dei turni di presenza degli operatori? ☒ Si ☐ No

La struttura utilizza e tiene aggiornato un registro degli ospiti/utenti? ☒ Si ☐ No

Verifica del rispetto CCNL (costo orario non inferiore ai minimi tabellari, salvo applicabilità sgravi documentati)

Presentazione buste paga quietanzate e con timbro di annullo dell'ente) ☒ Si ☐ No

Verifica rispetto delle norme sulla tracciabilità:
conto corrente dedicato ☒ Si ☐ No

libro unico del lavoro ☒ Si ☐ No

Eventuali note aggiuntive di valutazione a cura del Nucleo:

LA DOTTSSA ANGIULI SI RISERVA DI PRESENTARE ENTRO E NON OLTRE 10 GIORNI LAVORATIVI LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

(1) AUTORIZZAZIONE AL SERVIZIO

(2) NUMERO DEGLI UTENTI PER CLASSI DI ETÀ DA GENNAIO 2019 AL 30 SETTEMBRE 2019. DESCRIVERE I DATI SUL SERVIZIO ESPLETATO A CASA DELLE CULTURE E IN VIA DALMAZIA

(3) ~~SI RISERVA~~ NUMERO DI CORSI EFFETTUATI DAL PERSONALE E RELATIVA ATTESTATI

(4) NUMERO CORSI NEL BIENNIO - PERCENTUALI DIPENDENTI FORMATI ~~[illegible]~~ IN MEDIA PER QUANTE ORE COMPLESSIVE PRO-CAPITE

(5) INVIO DI 5 PAI ESEMPIO DEGLI UTENTI

(6) MAPPA DEL TERRITORIO E CARTA DEI SERVIZI

(7) BUSTA PAGA DEGLI ULTIMI TRE MESI

I componenti del Nucleo di controllo

Data

Nome e Cognome	Firma
ANTONELLA BACCHI	[illegible]
ANGELA MILAGRO	[illegible]
ERMELINDA LINZA LOVASCO	[illegible]
[illegible] BAVARO GIOVANNA	[illegible]
MAGGI MARGHERITA P/A	[illegible]
ANGIULI MARIACESAREA	[illegible]

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome	Firma
[illegible]	[illegible]
MARIACESAREA ANGIULI	[illegible]

SCHEDA DI VALUTAZIONE
Indicatori di Performance
"Servizi semiresidenziali"

Struttura Sportello 1 of

Riferimenti scheda di valutazione (modulo e numero della domanda)	*Caratteristiche da vagliare*	*Valutazioni*										*Tot* 53
C2	Qualità del PAI/PEI e sue verifiche	1	2	3	4	5	6	7				5
C5	Coinvolgimento degli ospiti e dei familiari attraverso riunioni programmate	1	2	3	4							3
B21-24	Formazione e aggiornamento del personale	1	2	3	4	5	6					5
B30	Accesso a spazi verdi	1	2	3	4	5						/
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						5
B25	Numero riunioni di Equipe mensili	1	2	3								2
B42-43	Caratteristiche del vitto (cucina differenziata e adeguata agli ospiti)	1	2	3	4							/
B29	Mezzi pubblici	1	2	3	4							4
B 39 – 40 -41	Presenza di spazi superiori agli standard	1	2	3	4	5						4
B45	Presenza di televisori/PC/wifi in rapporto al numero degli utenti	1	2	3								3
B46-47	Disponibilità di giornali, riviste e periodici, libri, sussidi attrezzature presidi	1	2	3	4							2
B4-5-6-11-14-16-18	Presenza di unità/ figure professionali aggiuntive in relazione ai bisogni socio-educativi dei ~~minori~~ UTENTI	1	2	3	4	5	6	7				5
C3-4-7	Rete con istituzioni e territorio	1	2	3	4	5	6					6
C8	Integrazione sociale utenti	1	2	3	4							3
C10-11*	Avviamento al lavoro e accompagnamento all'autonomia	1	2	3	4	5	6	7	8			5
C12-13	Indagini di customer satisfaction	1	2	3	4							0