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 POS MINORI E FAMIGLIE

Data di verifica 22/10/2019

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura SERVIZIO AFFIDO FAMILIARE

Ubicazione della struttura VIA VENEZIA, 13

Tel./Fax 080 530 6615 **E-mail** servizio.affido@cooperativaglobal

Soggetto gestore
GEA COOPERATIVA SOCIALE

Sede legale VIA VENEZIA, 13

Tel./Fax 530 3627 **E- mail**

Sede Amministrativa VIA VENEZIA, 13

Legale Rappresentante
GRAZIA VULPIS

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

Struttura autorizzata **si** ☒ **no** ☐ Atto n. 96 del
AUTORIZZATA AI SENSI DELL'ART. 87 bis REG. N. 4/2007

Ricettività autorizzata N. |__|__|

Classi di età

6 – 12 **n°** |__|__| M. |__|__| F. |__|__|

13 - 18 anni **n°** |__|__| M. |__|__| F. |__|__|

19 – 64 anni **n°** |__|__|

Ultrasessantacinquenni: n° |__|__|

Italiani n° |__|__| **Stranieri** n° |__|__| di cui:

Comunitari n° |__|__| Nomadi n° |__|__| Extracomunitari n° |__|__|

* 16 ETERO
35 INTRA
53 DIURNO
1 MAMA BAMB
1 DIURNO ASI

Utenti attualmente accolti: n° |1|0|6* AFFIDATI M n° |2|2| SEGNALATI F n° |__|__|

FAMIGLIE AFFIDATARIE N. 252

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 ☐ (1)

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? ☒ Si ☐ No

Titolo di studio

LAUREA IN SERVIZIO SOCIALE

1 PSICOLOGA ENFA
2 ADDETTI COMUNICAZIONE
1 EDUCATORE
1 AMMINISTRATIVO
1 ASSISTENTE SOCIALE
1 PSICOLOGO PER MUNICIPIO
1 " IN RIPARTIZIONE
1 COORDINATORE
L'APPALTO

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

N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) |1|2|

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

Sono presenti educatori -operatori in numero superiore al rapporto minimo/utenti previsto dall'APPALTO ~~regolamento regionale~~? ☒ Si ☐ No Se si,

Educatori N° |__|__| **Operatori** N° |3|__|

~~Educatori~~ OPERATORI prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° |0|9|

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° |__|__|
Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time N° |1|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° |0|1|
di cui in sede N° |0|1|

Il Responsabile Coordinatore (area socio-psico-pedagogica) è presente esclusivamente presso il Centro?:
Si ☒ No ☐ indicare le ore 12

Viene svolto un lavoro di supervisione? ☒ Si ☐ No
Con quali figure? PSICOLOGO, PSICOTERAPEUTA (2)

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° |__|__|
quali?
sono presenti convenzioni protocolli d'intesa per attività articolate?

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?
RIORGANIZZAZIONE INTERNA DEL SERVIZIO PER 2 OPERATORI NEL BIENNIO

Formazione:
-Numero dei corsi di aggiornamento attivati nell'ultimo biennio con effettiva partecipazione del personale (3) |0|4|

-Numero dei corsi di aggiornamento organizzati nell'ultimo biennio all'esterno con effettiva partecipazione del personale |1|1|
-Percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno % |1|00|
-In media per quante ore complessive pro-capite? |0|9|

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |0|1|

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno
☒ Si ☐ No
Con quali modalità? ORALMENTE ED ATTRAVERSO IL MODULO DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 ☐ 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 attrezzati Montascale ☐ Scivoli ☐ Porte adeguate ☐ Bagni ☒ altro ☒ ASCENSORE

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 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
SALA RIUNIONI

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:_____

Nella struttura sono presenti televisori/PC, area wi-fi, in misura adeguata al numero degli ospiti? ☐ Si ☐ No
N° televisori |__|__| N° PC |__|__| 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

Modalità di stesura PEI/PAI: PROGETTO COMPLESSO ATTIVO (4)

- ***Sussistono modalità di raccolta delle informazioni prima dell'accoglienza?***
☒ Si ☐ No
- ***Con quali modalità viene verificata la condizione psico-fisica dell'utente?***
VERBALI DI SEGNALAZIONE

- ***Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del PEI/ PAI?***
Equipe ☐ Utenti ☐ Servizi Sociali Territoriali ☐ Famiglia ☐ Scuola ☒
Associazioni ☐ Altro ☒ CONSULTORIO (5)

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? MENSILE

Sono raggiunti gli obiettivi del PAI/PEI? ☐ Si ☐ No
(verifica su un campione minimo del 30% di utenti in carico)
DAI DATI FORNITI DAL COORDINATORE RISULTA CHE IL 2% DEI MINORI SONO INSERITI IN COMUNITÀ ED IL 20-30% RIENTRA IN FAMIGLIA

La struttura è fornita della mappa dei servizi sul territorio? ☐ Si ☒ No

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 ☒ CENTRI FAMIGLIE, COMUNITÀ, CENTRI DIURNI

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)?

ATTIVITÀ SPORTIVE

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

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)?

Sono previsti percorsi di accompagnamento all'autonomia? ☐ Si ☐ No

Con quali modalità (es. corsi per acquisizione capacità genitoriali etc.)?

E' prevista una valutazione del gradimento di accoglienza da parte dell'utente e della sua famiglia? ☒ Si ☐ No

Con quali modalità?

1 VOLTA L'ANNO A GIUGNO

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~~ BANCA DATI/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:

(1) CERTIFICAZIONE ETICA E DI QUALITÀ
(2) LETTERA D'INCARICO, CV, FATTURA
- BUSTE PAGA QUIETANZATE PERIODO AGOSTO - SETTEMBRE / CUL
(3) COPIE CORSI DI AGGIORNAMENTO
- ACQUISIZIONE CASO CLINICO
* REGISTRO PRESENZE OPERATORI EMFA
(4) PROGETTO PERSONALIZZATO AFFIDO
- CARTA SERVIZI
(5) VERBALE CON CONSULTORIO
- SCHEDA EQUIPE EMFA

~~IL TEAM~~
I DOCUMENTI SOPRA RIPORTATI SONO STATI VISIONATI ~~AL PAR~~ E ACQUISITI AL MOMENTO DELLA VERIFICA

I componenti del Nucleo di controllo

Data

Nome e Cognome	Firma
BACCHI ANTONELLA	
LOVASCO CARMELINDA	
LAGANISTA MAURO	
FRANCESCO ELIA	
DE BUONO SILVIA	

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome	Firma
TINCIA FUSTETTI	
PATRIZIA GOFFREDO	
ANNA DANIELA DINATALE	

SCHEDA DI VALUTAZIONE
Indicatori di Performance
"Servizi semiresidenziali"

Struttura SERVIZIO AFFIDO

Riferimenti scheda di valutazione (modulo e numero della domanda)	*Caratteristiche da vagliare*	*Valutazioni*											T. di 48
C2	Qualità del PAI/PEI e sue verifiche	1	2	3	4	5	6	X					7
C5	Coinvolgimento degli ospiti e dei familiari attraverso riunioni programmate	1	2	X	4								3
B21-24	Formazione e aggiornamento del personale	1	2	3	X	5	6						4
B30	Accesso a spazi verdi	1	2	3	4	5							0
B19	Presenza di volontari	1	2	3									0
C9	Possibilità di invitare ad eventi di socializzazione familiari ed amici	1	X										2
B20	Continuità assistenziale operatore/utenti	1	2	3	4	X							5
B25	Numero riunioni di Equipe mensili	X	2	3									1
B42-43	Caratteristiche del vitto (cucina differenziata e adeguata agli ospiti)	1	2	3	4								0
B29	Mezzi pubblici	1	2	3	X								4
B 39 – 40 -41	Presenza di spazi superiori agli standard	1	2	3	4	5							0
B45	Presenza di televisori/PC/wifi in rapporto al numero degli utenti	1	X	3									2
B46-47	Disponibilità di giornali, riviste e periodici, libri, sussidi attrezzature presidi	1	2	X	4								3
B4-5-6-11-14-16-18	Presenza di unità/ figure professionali aggiuntive in relazione ai bisogni socio-educativi dei minori	1	2	3	X	5	6	7					4
C3-4-7	Rete con istituzioni e territorio	1	2	3	4	5	X						6
C8	Integrazione sociale utenti	1	2	X	4								3
C10-11*	Avviamento al lavoro e accompagnamento all'autonomia	1	2	3	4	5	6	7	8				0
C12-13	Indagini di customer satisfaction	1	2	3	X								4