SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
(artt. 87 e 88 DEL REG. REG. N. 4/2007 e s.m.e.i.)

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

Data di verifica 22.07.2020

A - MODULO PERFORMANCE

1) La struttura garantisce all'utente in carico un accesso telefonico alla centrale operativa c/o alla reperibilità?
☑ Si ☐ No
Qual è la fascia oraria giornaliera garantita di accessibilità telefonica?
TELEFONI DEI COORDINATORE H 24

2) E' rispettato il termine ultimo per l'attivazione del servizio (ovvero entro tot. _____ giorni) dalla richiesta del servizio sociale come previsto dal capitolato? ☐ Si ☐ No ☐ Inferiore (indicare) ATTIVAZIONE IMMEDIATA

3) La struttura dispone di sedi adeguate per l'accesso dell'utenza e per gli operatori del servizio (es. reception, locale per colloqui e riunioni di equipe, deposito materiali)? ☑ Si ☐ No

4) La struttura garantisce un'accessibilità multimediale dell'utenza al servizio (sito internet accessibile anche ai disabili visivi, posta elettronica certificata etc.)? ☑ Si ☐ No (indicare) VENGONO RESE A DISPOSIZIONE DEGLI UTENTI TUTTI GLI STRUMENTI PRESENTI DALL'APPALTO IN ESSERE

5) La struttura dispone di un adeguato equipaggiamento per gli operatori (es. divise invernali ed estive, borse per materiale sanitario, materiale per igiene etc)? ☑ Si ☐ No

6) La struttura ha dotato gli operatori di un cartellino di riconoscimento?
☑ Si ☐ No

7) 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 richiesto il servizio ☐ Si ☐ No

- Nome e tel. dei familiari o del tutore ☐ Si ☐ No
- Nome e telefono del medico di base ☐ Si ☐ No

8) La struttura dispone di un sistema informativo atto a monitorare le attività del servizio e per la rilevazione omogenea delle informazioni? ☑ Si ☐ No

9) La struttura adotta un sistema di indicatori per la verifica periodica della propria performance? ☑ Si ☐ No

10) La struttura dispone di un sistema informatizzato che consenta l'elaborazione di reports periodici? ☑ Si ☐ No

11) La struttura adotta le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli utenti del servizio (ovvero gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici per la protezione e la salvaguardia degli assistiti)?
☑ Si ☐ No

12) La struttura adotta le normative di sicurezza vigenti per la salvaguardia degli addetti del servizio (ovvero gli operatori dispongono di protocolli operativi specifici di prevenzione e protezione)? ☑ Si ☐ No

13) La struttura è dotata di personale in possesso di esperienza superiore al minimo previsto dall'appalto nei servizi assistenziali alla persona?
☑ Si ☐ No Se si, indicare

14) La struttura pianifica annualmente la formazione degli operatori?
☑ Si ☐ No Se si, indicare

Numero dei corsi di aggiornamento attivati con effettiva partecipazione del personale |__|__|

Numero dei corsi di aggiornamento organizzati all'esterno con effettiva partecipazione del personale |__|__|

% di dipendenti formati all'interno/esterno |__|__|

Per quante ore complessive pro-capite? |__|__|

15) La struttura mette a disposizione percorsi di supervisione? ☐ Si ☐ No

SI RICHIEDONO entro il 31.07.2020 le eventuali INTEGRAZIONI IN MERITO AL PUNTO 14 ~~RELATIVO~~ LA DOCUMENTAZIONE DA FORNIRE DOVRÀ ESSERE SUCCESSIVA ALLA VERIFICA DI PERFORMANCE EFFETTUATA IN DATA 14.11.2019.

16) E' presente un turn-over del personale (cessazioni – escluso pensionamenti - e mobilità interna presso altre strutture)? ☑ Si ☐ No

Se si, in quale percentuale nell'ultimo biennio? 21

Se si, si cerca di prevenirlo? ☑ Si ☐ No

Se si, in quale modo?

CONTRATTO A TEMPO PIENO - LAVORARE IN TEAM - SUPERVISIONE

17) La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° 51

18) La struttura promuove una esplicita politica della qualità per il miglioramento continuo della struttura, dei procedimenti e dei risultati del servizio? ☑ Si ☐ No Con quali modalità (piano dei controlli, periodicità dei controlli, quali strumenti di rilevazione, operatori coinvolti, % campioni da analizzare?

PIANO DI CONTROLLI - PERCENTUALE STABILITA DA ENTE ACCREDITANTE

19) Viene elaborato un progetto assistenziale individuale per tutti gli utenti?

☑ Si ☐ No

Modalità di stesura PEI/PAI:

Sussistono modalità di raccolta delle informazioni prima dell'accoglienza?

☑ Si ☐ No

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

TRIAGE TELEFONICO E MONITORAGGIO DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARE

Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del PEI/ PAI?

Operatori ☑ 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%) SI SUCCESSIVAMENTE ALLA APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA COMUNALE

Viene effettuata una verifica intermedia a breve, medio e lungo termine?

☑ Si ☐ No Con che cadenza? ~~ANNUALE~~ MENSILE

Sono raggiunti gli obiettivi del PAI/PEI? ☑ Si ☐ No
(verifica su un campione minimo del 30%)

Commentato [LE1]: Va bene anche per l'assistenza domiciliare

20) E' prevista una valutazione del gradimento di accoglienza da parte dell'utente e della sua famiglia? ☑ Si ☐ No Con quali modalità?
QUESTIONARIO ANNUALE

21) Quali esiti di gradimento si rilevano? ☐ Basso ☐ Sufficiente ☐ Buono ☑ Alto

B. MODULO CONTROLLO REGOLARITA' GESTIONALE

L'ente utilizza un registro aggiornato dei turni di presenza degli operatori?
☐ Si ☐ No

L'ente utilizza e tiene aggiornato un registro degli /utenti?
☐ Si ☐ No

E' rispettato il CCNL di categoria (costo orario non inferiore ai minimi tabellari , salvo applicabilità sgravi documentali) ☐ Si ☐ No

Sono visionabili le buste paga quietanzate e con timbro ~~di annullo del Comune~~? ☒ Si ☐ No

Sono rispettate le norme sulla tracciabilità?:
conto corrente dedicato ☐ Si ☐ No

E presente il libro unico del lavoro ☐ Si ☐ No

Eventuali note aggiuntive di valutazione a cura del Nucleo:
DURANTE L'INCONTRO SONO PRESENTI IL PRESIDENTE DELLA COOP. E L'ASSISTENTE SOCIALE DELLO

SI RICHIEDE (1) L'ELENCO DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO E AI SENSI DELL'ART. 14 DEL CAPITOLATO, SI RICHIEDE COMUNICAZIONE PREVENTIVA NELLE SOSTITUZIONI DEL PERSONALE

(2) DOCUMENTAZIONE DEL PUNTO 14 ~~DELL'~~ DELLA PRESENTE SCHEDA

(3) ELENCO OPERATORI INPS PER CASSA INTEGRAZIONE COOP.

TALE DOCUMENTAZIONE DOVRÀ PERVENIRE

ENTRO IL 31-07-2020

I componenti del Nucleo di controllo

Data

Nome e Cognome	Firma
ANTONELLA BACCHI	[signature]
FRANCESCA GRATTAM	[signature]
EMMELINDA CINZIA LOVASCO	[signature]
CATERINA SABATELLI	[signature]
ALESSANDRA PALMISANO	[signature]

FIRMA COOP.

PRESIDENTE [signature]

ASSISTENTE SOCIALE [signature]

SCHEDA DI VALUTAZIONE
Indicatori di Performance
"Servizi domiciliari "

Struttura _____

Riferimenti scheda di valutazione (modulo e numero della domanda)	*Caratteristiche da vagliare*	*Valutazioni*										*Tot.* 52
A20	Qualità del PAI/PEI e sue verifiche	1	2	3	4	5	X	7				6
A1,2,3,4	Accessibilità al servizio	1	2	3	4	5	6	7	X			8
A5,6,11,12	Misure di sicurezza utenti/operatori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	X	10
A14-15	Formazione e aggiornamento del personale	1	2	3	4	X	6					5
A8,9,10	Sistema di controllo gestionale	1	2	3	4	5	X					6
A16	Continuità assistenziale operatore/utenti	1	2	3	4	5	6	7	X			8
A17	Numero riunioni di Equipe mensili	X	2	3								1
A13	Presenza di unità in possesso di esperienza superiore al minimo previsto dall'appalto	1	2	3	X	5	6					4
A20-21	Indagini di customer satisfaction	1	2	3	X							4