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 ANZIANI

Data di verifica 05/05/2016

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura CENTRO SOCIALE POLIVALENTE

Ubicazione della struttura VIA DANTE N°104

Tel./Fax 080/5214055 **E-mail** centroanziani@gea-bc@libero.

Soggetto gestore
GEA SOC. COOP. SOCIALE

Sede legale VIA VENOSIA N° 13

Tel./Fax 080/5303627 **E- mail** presidente@gea@libero.it

Sede Amministrativa

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. DD 2013/200/00057 del ADD. 2013/00406

Ricettività autorizzata N. |2|0|

Classi di età 6 – 12 **n°** |__|__| M. |__|__| F. |__|__|
13 - 18 anni **n°** |__|__| M. |__|__| F. |__|__|
19 – 64 anni **n°** |__|__|
Ultrasessantacinquenni: n° |2|0|

Italiani n° |2|0| **Stranieri** n° |__|__| di cui:
Comunitari n° |__|__| Nomadi n° |__|__| Extracomunitari n° |__|__|

Utenti attualmente accolti: n° |2|0| M n° |1|0| F n° |1|0|

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 □ ACQUISITA

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
ASSISTENTE SOCIALE (ACQUISITA COPIA AUTODICHIARAZIONE)

N. complessivo Educatori (in relazione alla tipologia di servizio) |0|4| ACQUISITA PIANTA ORGANICA
N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) |0|4|
N. ASSISTENTI SOCIALI 01
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° |0|1| (*)
TUCCI SARA (LAUREA LETTERE)

Educatori prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° |0|2|

* IN RAGIONE DELLA RICETTIVITA' INFERIORE A QUELLA PREVISTA AI SENSI DELL'ART. 106 RR

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° |0|2|

Educatori-Operatori con rapporto di lavoro a tempo pieno ★ N° |0|4|
Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time N° |0|5|
Educatori-Operatori con altra tipologia di contratto N° |/|/|
specificare

N. complessivo Personale ausiliario N° |0|3|

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°** |__|__|
VEDI NOTA PAGINA PRECEDENTE

E' presente personale amministrativo? ☒ Si ☐ No N° |0|2|
di cui in sede N° |/|/|

Il Responsabile Coordinatore (area socio-psico-pedagogica) è presente esclusivamente presso il Centro?:
Si ☐ No ☒ indicare le ore 28 (★)

Viene svolto un lavoro di supervisione? ☒ Si ☐ No
Con quali figure? PSICOLOGO DELLA GEA

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?
1 ASSISTENTE SOCIALE
1 PSICOLOGA

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

(★) IL TEMPO PIENO DEL COORDINATORE E DEGLI EDUCATORI/OPERATORI VIENE COMPLETATO PRESSO IL CENTRO IN VIA TREVISANI
(NON CONFORME COL CAPITOLATO)

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 |0|3|

-Numero dei corsi di aggiornamento organizzati nell'ultimo biennio all'esterno con effettiva partecipazione del personale |0|2|
-Percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno % 1|0|0|
-In media per quante ore complessive pro-capite? |1|0|

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |0|4| (PRESA VISIONE VERBALI MESE APRILE)
VERIFICATO MESE APRILE

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno
☒ Si ☐ No
Con quali modalità? ESPOSIZIONE IN SALA COMUNE

La struttura utilizza e tiene aggiornata la cartella personale di ciascun utente?
☒ Si ☐ No PRESA VISIONE CAMPIONE SCHEDE
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 Montascale □ Scivoli □ Porte adeguate □ Bagni attrezzati □ altro □

Il Centro assicura: ACQUISITO PROGRAMMA MAGGIO

- 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 DISTRIBUZIONE PERIODO ESTIVO "SERVIZIO ANZIANI" □ 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

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: x QUANTO SOTTOLINEATO

Nella struttura sono presenti televisori/PC, area wi-fi, in misura adeguata al numero degli ospiti? ☒ Si □ No
N° televisori |0|1| N° PC |0|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?
VISIONATI: CERTIF. MANUTENZIONE ASCENSORE
CERTIF. PREVENZIONE ANTINCENDIO
CERTIF. AGIBILITA' IMMOBILE
CERTIF. IMPIANTO ELETTRICO x MESSA A TERRA
☒ Si □ No

Quali delle seguenti informazioni sono indicate nella Carta dei Servizi? ACQUISITA
- 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:

- Sussistono modalità di raccolta delle informazioni prima dell'accoglienza?
☒ Si ☐ No
- Con quali modalità viene verificata la condizione psico-fisica dell'utente?
COLLOQUIO CON ASSISTENTE SOCIALE

- 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? ANNUALE

Sono raggiunti gli obiettivi del PAI/PEI? ☒ Si ☐ No
(verifica su un campione minimo del 30% di utenti in carico)
IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA. IL GESTORE SI IMPEGNA A FORNIRE UNA RELAZIONE IN MERITO AGLI UTENTI INTERMEDIA DEL PAI CON RIF. AGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI
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 ☐ _____

Se no, perché

La struttura coinvolge gli ospiti e i familiari attraverso riunioni programmate? ☒ Si ☐ No ATTRAVERSO UN COMITATO RAPPRESENTATIVO DEGLI UTENTI

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)?

CON TUTTE LE ATTIVITA' PROGRAMMATE

Con che frequenza? GIORNALIERA ESCLUSI FESTIVI N. attività/anno |__|__|

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?

QUESTIONARI DI GRADIMENTO (~~DA~~ ACQUISITI)*

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

5. MODULO CONTROLLO REGOLARITA' GESTIONALE

* DICO BENE ACQUISITI

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

La struttura utilizza un registro aggiornato dei turni di presenza degli operatori? (ESTRATTA COPIA GIORNATA ODIERNA) ☒ Si □ No

La struttura utilizza e tiene aggiornato un registro degli ospiti/utenti?
VISIONATO ☒ 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:

DOCUMENTI ACQUISITI : N°02 CERTIFICATI QUALITA' ISO 9001
N°01 AUTORICH. + CURRICULUM TITOLI DOTTSSA MONICA CHIAMENTONI (COORDINATORE)
N°01 FOTOCOPIA PIANTA ORGANICA
N°09 AUTOCERTIFICAZIONI TITOLI DI STUDIO DI CUI N°04 CON CURRICULUM
N°01 ESTRATTO REGISTRO PRESENZE PERSONALE X LA DATA ODIERNA
N°09 ATTESTATI PARTECIPAZIONE CORSO: ADDETTI ALLE MISURE DI PRIMO SOCCORSO
N°01 CARTA DEI SERVIZI (COPIA)
N°01 COPIA REGOLAMENTO INTERNO
N°01 COPIA ATTIVITA' MAGGIO 2016
N°11 ESTRATTI LIBRO UNICO LAVORO REGOLARITA' GEN/MAR 2016
N°33 BUSTE PAGA (GEN/MAR 2016)
N°05 ESTRATTI BONIFICI LAVORATORI
1 PLICO QUESTIONARI X RILEVAZIONE GRADO DI SODDISFAZIONE
N°11 CONTRATTI DI LAVORO
PIANO FORMAZIONE COOP 6EA 2015/2016

N.B. VORRANNO FORNITI A BREVE ULTERIORI ATTESTATI RELATIVI ALLA FORMAZIONE DEL PERSONALE

I componenti del Nucleo di controllo

Data 05/05/2016

Nome e Cognome	Firma
DOTT.SSA GRAZIELLINDA CINZIA LOVASCIO	
DOTT. MICHELE DELL'ANNA	
DOTT.SSA ANGELA CUSANNO	
DOTT.SSA FRANCESCA GMITTANI	

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome (COORDINATORE)	Firma
DOTT.SSA MONICA CHIARANTONI	