

[Handwritten signature]

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 _____

Data di verifica 7 luglio 2016 (MATTINA)

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura CENTRO CADUCE I' INFANZIA

Ubicazione della struttura SEDE PIANO "San Tommaso Bello"

Tel./Fax 3457602555 E-mail _____
e pi. oliv Tommaso Sella @ progetto.citta.org

Soggetto gestore ATI - PROGETTO CITTA' - CIEA

Sede legale Coop Progetto Città Usl Eimondi 2/B
Piano 2 giugno

Tel./Fax 080/5023093 fax E-mail info@progetto.citta.org
080/5023090

Sede Amministrativa _____

Legale Rappresentante Cui gio DEPACHA

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

Struttura autorizzata no Atto n. APT 2 del 33
codice pratico

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Ricettività autorizzata N. 25 x 2

Classi di età 3-36 mesi n° 25 M. 15 F. 10
 3 mesi 13 - 18 anni n° M. F.
36 mesi 19 - 64 anni n°
Ultrasessantacinquenni: n°

Italiani n° 22 Stranieri n° 03 di cui:
Comunitari n° Nomadi n° Extracomunitari n° 01

Utenti attualmente accolti: n° 11 M n° 07 F n° 04

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 UNIEN ISO 9001/8

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 OPERATORE PER I SERVIZI SOCIALI

N. complessivo Educatori (in relazione alla tipologia di servizio) 04

N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) 02

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° 04 Operatori N° 01 ATELIERISTA

Educatori prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° 01

[Handwritten signature]

Handwritten signature

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° 03

Educatori-Operatori con rapporto di lavoro a tempo pieno

N° 07

Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time

N°

Educatori-Operatori con altra tipologia di contratto specificare

N°

N. complessivo Personale ausiliario

N° 02

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 di cui in sede N°

N° 01

Il Responsabile Coordinatore (area socio-psico-pedagogica) è presente esclusivamente presso il Centro?:

Si No

indicare le ore 5h05

Viene svolto un lavoro di supervisione?

Si No

Con quali figure? COORDINATORE

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?

Handwritten signature

Handwritten signature and scribbles in the top right corner.

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 12+1

-Numero dei corsi di aggiornamento organizzati nell'ultimo biennio all'esterno con effettiva partecipazione del personale 12

-Percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno % 100

-In media per quante ore complessive pro-capite? 42h

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° 02

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno

Si No

Con quali modalità? CONSEGNA e AFFISSIONE A VISTA

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

Handwritten scribble in the bottom right corner.

ELP

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

Adeguate 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
SPAZIO ATECIER "STERN"

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: _____

ELP

BCL

(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, presidi 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: PSI e MOTRICITÀ - SUSHI e CUCINE -
TEATRO/BURATTINI - CARRECCO MUSICALE - DIDATTICA

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

N° televisori N° PC 01 Area Wi-Fi Si No

RADIO

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? SUR

Si No

Quali delle seguenti informazioni sono indicate nella Carta dei Servizi?

- tipologia delle prestazioni Si No
- tariffa per ciascuna prestazione GRATUITO 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

Handwritten signature or initials in the top right corner.

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?

COLLOQUII INFORMATIVI CON I GENITORI - GRIGIA
OSSERVATIVA CON DIARIO QUOTIDIANO

- 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? QUADRIMESTRALE

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

La struttura è fornita della mappa dei servizi sul territorio? Si No
E' PRESENTE SOLO SUL SITO

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 CAF/CAI e BIBLIOTECA dei RAGAZZI

Se no, perché

Handwritten signature or initials in the bottom right corner.

BLG
[Signature]

La struttura coinvolge gli ospiti e i familiari attraverso riunioni programmate? Si No

Se si,

una volta all'anno una volta ogni sei 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)?

RICREATIVE / POLIURPAI

Con che frequenza?

N. attività/anno 1 al mese

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 - VERIFICA
dello Customer Satisfaction attuato dallo Spm Suisiella P.

Quali esiti di gradimento si rilevano? Basso Sufficiente Buono Alto

5. MODULO CONTROLLO REGOLARITA' GESTIONALE

[Signature]

Handwritten signature

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:

- Le Coop si impegna a fornire:*
- *il PIANO della FORMAZIONE*
- *LA CARTA dei SERVIZI*
- *LA CRONICA di OSSERVAZIONE*
- *COPIA del PEI*
- *QUESTIONARI da GRA DI MEUR e REPORT*
- *BUSTE PAGA ENTITATO MESE di MARZO 2016*
-
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Handwritten signature

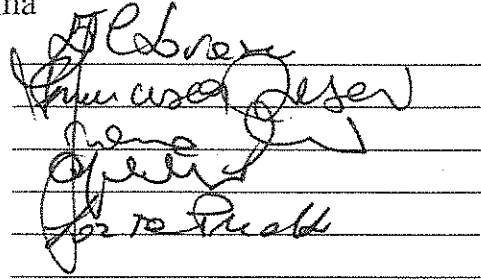
I componenti del Nucleo di controllo

Data 7 luglio 2016

Nome e Cognome

LOVASCO Emelinda Cirzo
AVESANI Francesco
ELIA Francesca
DECAUDIA Giacomo
PEROTTI Anita

Firma

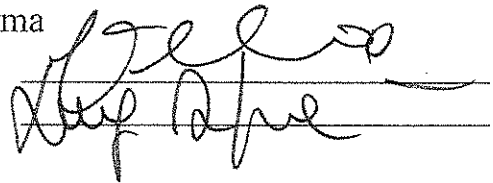


Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome

CHIARUCCI Pasquale
DEPACMA Cuijro

Firma



SCHEDA DI VALUTAZIONE Indicatori di Performance "Servizi semiresidenziali"

Struttura CENTRO LUDICO S^a INFANTIA - DON TONINO BENE

Riferimenti scheda di valutazione (modulo e numero della domanda)	Caratteristiche da vagliare	Valutazioni											Tot.
		1	2	3	4	5	6	7					
C2	Qualità del PAI/PEI e sue verifiche	1	2	3	4	5	6	7					6
C5	Coinvolgimento degli ospiti e dei familiari attraverso riunioni programmate	1	2	3	4								4
B21-24	Formazione e aggiornamento del personale	1	2	3	4	5	6					6	
B30	Accesso a spazi verdi	1	2	3	4	5						5	
B19	Presenza di volontari	1	2	3								3	
C9	Possibilità di invitare ad eventi di socializzazione familiari ed amici	1	2									2	
B20	Continuità assistenziale operatore/utenti	1	2	3	4	5						5	
B25	Numero riunioni di Equipe mensili	1	2	3								3	
B42-43	Caratteristiche del vitto (cucina differenziata e adeguata agli ospiti)	1	2	3	4							4	
B29	Mezzi pubblici	1	2	3	4							4	
B 39 - 40 -41	Presenza di spazi superiori agli standard	1	2	3	4	5						5	
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							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				7	
C3-4-7	Rete con istituzioni e territorio	1	2	3	4	5	6					6	
C8	Integrazione sociale utenti	1	2	3	4							4	
C10-11*	Avviamento al lavoro e accompagnamento all'autonomia	1	2	3	4	5	6	7	8			8	
C12-13	Indagini di customer satisfaction	1	2	3	4							4	

Francesco Elia

POS Organizzativa
Coordinamento Politiche Sociali
Minori e Famiglia
Dott. Francesco Elia

Tot. 55

Roberto