

*Handwritten initials/signature*

**SERVIZI RESIDENZIALI AI MINORI E MADRI CON MINORI**

(artt. 47, 48, 49, 50, 51, 74, 75, 80 DEL REG. REG. N. 4/2007 e s.m.e.i.)

**SERVIZI RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI**

(art 58-59-65-66-67 DEL REG. REG. N. 4/2007 e s.m.e.i)

**SCHEDA DI RILEVAZIONE**

à cura del Nucleo di controllo – Area Minori e famiglia

Data di verifica 28/10/2016

**A. MODULO ANAGRAFICO**

Denominazione struttura ALOSSIO SOCIALE PER ADULTI IN DIFFICOLTA' "SOLE E VINDA"

Ubicazione della struttura VIA NAPOLI 234/H - BARI (S. SPIRITO)

Tel./Fax 080/5331900 E-mail paololuna@coopcaps.it

Soggetto gestore COOP. SOCIALE CAPS

Sede legale VIA BAZZISANO DE TIZANI, 121

Tel./Fax 080/5370000 E-mail segreteria@coopcaps.it

Sede Amministrativa VIA V. ZO RICCIONI, 4 - BARI

Legale Rappresentante Dr. Marcello SIGNORILE

Natura pubblica  privata

*[Handwritten signatures]*

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

Struttura autorizzata si  no  Atto n. *A.D. RES. 554* del *16/7/2015*

Ricettività autorizzata N. *110*

(Solo per Minori e Madri Gestanti)

**-Classi di età**

6 - 12	n°	<input type="checkbox"/>	M.	<input type="checkbox"/>	F.	<input checked="" type="checkbox"/>
13 - 18 anni	n°	<input type="checkbox"/>	M.	<input type="checkbox"/>	F.	<input type="checkbox"/>
oltre i 18 anni	n°	<input type="checkbox"/>	M.	<input type="checkbox"/>	F.	<input type="checkbox"/>

**-Madri/Gestanti attualmente accolte:** n°   
Italiane n°  Straniere n°  di cui:  
Comunitarie n°  Nomadi n°  Extracomunitarie n°

**- Minori attualmente accolti:** n°  M n°  F n°   
Italiani n°  Stranieri n°   
Sottoposti a provvedimenti Penali n°  M  F   
Stranieri

**-Minori in situazioni di disabilità fisica/psicosociale complesse**  Si  No  
Se si, n°

Struttura con certificazione di qualità  Si  No

La struttura è convenzionata con:  
Comune  Regione  ASL  Ministeri  Altro

**B. MODULO ORGANIZZATIVO-STRUTTURALE**

1) E' presente un coordinatore responsabile in possesso di un titolo specifico secondo normativa?  Si  No  
Titolo di studio *USURIA IN PSICOLOGIA*

---

2) N. complessivo Educatori *01* *ANCHE SE NON ESPRESSAMENTE PREVISTO DAL RES. REGIONALE*

3) E' rispettato il rapporto minimo educatori/ utenti previsto dal regolamento regionale)  Si  No

E' assicurata la presenza di un educatore nelle ore notturne?  Si  No

4) Sono presenti Educatori in numero superiore al rapporto minimo educatori/ utenti previsto dal regolamento regionale?  Si  No

- Se si, N° 04

5) Educatori prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° 04 Per 10 ore s  
M  F

6) 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°

7) Educatori con rapporto di lavoro a tempo pieno N°

8) Educatori con rapporto di lavoro part time N°

9) Educatori con altra tipologia di contratto specificare N°

10) In presenza di minori in situazioni di disabilità fisica/psicosociale complesse : sono presenti educatori professionali ? (ex Decreto 520/1998)

Si  No

Se si, specificare

\*11) (Solo per le RSSA e RSA) E' assicurata la presenza di OSS-OSA-OTA, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione ecc:

- in misura pari al rapporto minimo personale /utente previsto dalla normativa regionale?  Si  No

- In misura superiore alla normativa regionale  Si  No

Se si, N°

Specificare profili aggiuntivi: -

12) N. complessivo Personale ausiliario N° 02 Per 21 ore sett.

13) E' rispettato per il personale ausiliario il rapporto minimo previsto dal regolamento regionale?

Si  No

14) E' presente personale ausiliario in numero superiore al rapporto minimo previsto dal regolamento regionale?  Si  No Se si, N°

\* SONO PRESENTI : 01 ASS. SOCIALE (a 10 ore sett.)  
01 OSS (a 10 ore sett.)  
04 OP. SOCIALI (Per un tot. 98 ore sett.)

lh      ddh      m

profili: \_\_\_\_\_

15) E' presente personale amministrativo?  Si  No N° 03 di cui in sede

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

Si  No  indicare le ore 18 + reperibilità

17) Viene svolto un lavoro di supervisione?  Si  No

Con quali figure? 01 Psico-Terapeuta (con presenza semestrale)

18) Sono presenti altre figure professionali in relazione ai bisogni degli utenti?  Si  No Se si, quali?

01 PsicoLOGA (tot. 3 ore sett.)

19) Sono presenti operatori volontari? (Associazioni, Servizio civile etc.)

Si  No Se si, N° 02

quali? FIGURE INDIVIDUATE DAL SERVIZIO SOC. E GIUSTIZIA ADULTI  
sono presenti convenzioni protocolli d'intesa per attività articolate?

CONVENZIONI CON IL TRIBUNALE ORDINARIO

Accedono alla struttura senza troppi vincoli e limitazioni?  Si  No  
COME DA PROSPETTA DELLA CONVENZIONE

20) 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? \_\_\_\_\_

Se si, si cerca di prevenirlo?  Si  No

Se si, in quale modo? \_\_\_\_\_

21) Numero dei corsi di aggiornamento attivati nell'ultimo biennio con effettiva partecipazione del personale 06 09

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

23) percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno 100%

24) In media per quante ore complessive pro-capite?

25) La struttura effettua riunioni di Equipe multidisciplinare mensili?

N°/al mese 04

IL NUCLEO ACQUISIRA' LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI CORSI DI FORMAZIONE Sia INTERNA CHE ESTERNA DISTINTA PER FIGURE PROFESSIONALI.

26) Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno  Si  No

Con quali modalità? DURANTE INCONTRO DEL ACCOGLIENZA E SOTTOSCRIZIONE CONGIUNTAMENTE AL SERVIZIO SOCIALE INVIANTE - RESOLUZIONE ESPOSIZIONE IN BACHESCA -

27) 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 ~~il minore~~ <sup>L'ADULTO</sup>  Si  No
- Nome e tel. dei familiari o del tutore  Si  No
- Nome e telefono del medico di base  Si  No
- Pernottamenti temporanei esterni  Si  No
- ~~Visite dei genitori e la loro durata sottoscritte dagli stessi e dagli operatori~~  Si  No

28) Dov'è ubicata la struttura? In centro abitato  In periferia

29) La zona è servita da mezzi pubblici  Si  No  
E' PREVISTO ACCOMPAGNAMENTO UTENTI CON I REATI DELLA COOPERATIVA

30) La struttura è dotata di spazi verdi accessibili?  Si  No

- attrezzati?  Si  No
- ampi?  Si  No

31) ~~(solo per RSA e RSSA)~~ Totale delle ore di apertura giornaliera alle visite di parenti, amici? ORARIO CONCORDATO N. 2/4 ore  
Esposizione degli orari di accesso  Si  No  
(NON PREVISTO)

32) La struttura è dotata di condizionatore d'aria  Si  No

33) Sono presenti barriere architettoniche  Si  No

Se si, vi è la presenza di Montascale  Scivoli

Porte adeguate  Bagni attrezzati  altro

34) Le dimensioni delle camere da letto sono adeguate agli standard normativi?  Si  No  Superiori allo standard

- Descrivere: Da 9 mq (singole) si 14 mq (doppie)

35) ~~(Solo per Minori)~~ Ci sono camere a tre posti letto in caso di presenza di fratelli?  Si  No

Handwritten initials and signatures at the top of the page.

36) (Solo per Minori) Ci sono camere a tre posti letto per autorizzazione Autorità che ha disposto l'inserimento?  Si

No

37) Ci sono camere personalizzate che rispecchiano lo stile di vita dell'utente?

Si  No

38) E' garantito almeno un cambio settimanale della biancheria?

Si  No  Più volte a settimana

39) E' presente nella struttura una zona soggiorno-pranzo con spazi adeguati per attività di gruppo e individuali?  Si  No

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

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

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

- E viene rilevato il gradimento almeno mensile del cibo?  Si  No

43) Gli ospiti partecipano alla predisposizione del menù o alla preparazione dei pasti?  Si  No

44) E' presente nella struttura un manuale delle procedure di controllo degli alimenti (HACCP) - da compilare solo in presenza di cucina interna

Si  No

- Se si, indicare la figura professionale della struttura responsabile del piano di autocontrollo: RESP. DELLA STRUTTURA

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

45) Nella struttura sono presenti televisori/PC/zone wifi in misura adeguata al numero degli ospiti? Televisori n° 0/1 PC n° 0/1 Zone wifi  Si  No

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

47) 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 quali walker, carrozzine di proprietà, sollevatori, attrezzi ginnici ecc.)?

Si  No; Descrivere: \_\_\_\_\_

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

49) E' presente un locale per i servizi igienici riservato al personale?  Si  No

50) La documentazione autorizzatoria (strutturale ed igienico sanitaria) è disponibile presso la struttura al fine della consultazione?  Si  No

51) 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

### C. MODULO SOCIO-EDUCATIVO

1) Viene elaborato un progetto educativo/ assistenziale individuale per tutti gli utenti?  Si  No

2) Modalità di stesura PEI/PAI:

Da parte di chi avviene la segnalazione? Famiglia  Servizi Territoriali   
Scuola  Volontari  Autorità giudiziarie  ASL  Altro

Sussistono modalità di raccolta delle informazioni prima dell'accoglienza?

Si  No

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

MODELLO DI SEGNALAZIONE CARTACEO / ON-LINE

Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del PEI/PAI?

Operatori  Minore  Servizi Territoriali  Famiglia  Scuola  Altro   
(UEPE - ASL - CSM - SERD)

B W JH

Viene effettuata una verifica/rivalutazione intermedia a breve, medio e lungo termine? (verifica su un campione minimo del 30% di utenti in carico)

Si  No  Con che cadenza? ALCUNO TRIMESTRALE CON VERBALE

Sono raggiunti gli obiettivi del PAI/PEI?  Si  No  
(verifica su un campione minimo del 30% di utenti in carico) SUPERIORE AL 50%

3) La struttura è fornita della mappa dei servizi sul territorio?  Si  No  
(CARISCEO E ASP PAVI SOCIAL)

4) E' in atto un'integrazione con i servizi socio-sanitari del territorio?  
 Si  No

- 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 CAF DALIGIA/S. PAOLO
- Se no, perché

5) 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  
o VIA MAIL

6)

7) Sono in atto ~~collaborazioni~~ con Associazioni di Famiglie Affidatarie per consentire ~~tempi~~ brevi di permanenza in Comunità?  Si  No

8) Viene favorita l'integrazione sociale degli utenti?  Si  No  
Con quali modalità (es. attività sportive, ricreative, culturali)?

ATTIVITA' LABORATORIALI E DI REINSCRIMENTO LAVORATIVO

Con che frequenza? N. attività/anno 1

ALCUNO SOSTITUITO PER OSPITE CONCORDATO IN PASS AL PAI  
DAL SERVIZIO SOCIALE INVIANTE



*[Handwritten signatures]*

9) La struttura offre la possibilità a familiari e amici di partecipare ad eventi di socializzazione?  Si  No

10) La struttura garantisce l'acquisizione di competenze professionali e l'avviamento al lavoro?  Si  No

Con quali modalità (centri per l'impiego/ agenzie interinali, iscrizione a corsi di formazione professionale, attività di tirocinio formativo)?

BILANCO DI COMPETENZE E SISTEMA CURRICOLARE PER OSPITI -  
ISCRIZIONI AL CENTRO PER IMPIEGO O AGENZIE DI LAVORO - FORA EUIRA -  
ISCRIZ. A CORSI DI FORMAZIONE - RICERCHE DI FORMAZIONE E PUBBLICAZIONE  
OFFERTE DI LAVORO

11) Sono previsti percorsi di accompagnamento all'autonomia?  Si  No

Con quali modalità (es. percorsi di sostegno, corsi per l'acquisizione capacità genitoriali etc.)?

ACCOMPAGNAMENTO PER ALLOSTI - ATTIVITÀ FISSATE FAMILIARI -

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

QUESTIONARI DI GRADIMENTO

13) Quali esiti di gradimento si rilevano?

Basso  Sufficiente  Buono  Alto

TRASCRIZIONE REPORT

#### D. MODULO CONTROLLO REGOLARITA' GESTIONALE

1) Titolo di godimento dell'immobile Proprietà  affitto   
comodato gratuito  altro

2) La struttura utilizza un registro aggiornato dei turni di presenza degli operatori?  Si  No

3) La struttura utilizza e tiene aggiornato un registro degli ospiti/utenti?  Si  No

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

RISPETTO MINIMI TABELLARI

✓

5) Presentazione buste paga quietanzate e con timbro di annullamento  Si  No

6) Verifica rispetto delle norme sulla tracciabilità:  
conto corrente dedicato  Si  No

7) libro unico del lavoro  Si  No di consulente del lavoro

Eventuali note aggiuntive di valutazione a cura del Nucleo:

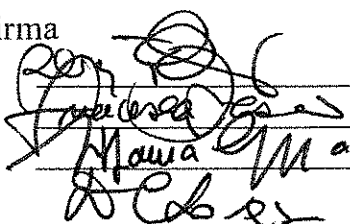
IL NUCLEO RICHIEDE ESTRAZIONE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:  
1) ATTESTATI DI FORMAZIONE DEL PERSONALE 2014-2016, 2) TIMBRATURE PERSONALE PERIODO 12-18 OTTOBRE 2016, 3) SIRACUSA RESOLUZIONE HCCP PERIODO OTTOBRE 2016, 4) REGISTRO ORITI (settembre / OTTOBRE) 5) LISTA DI ATTESA OLI OTTOBRE 6) COPIA TURNI SEMANALI DEGLI OPERATORI, 7) COMPAGNI DIPENDENTI CHE OPERANO IN STRUTTURA, 8) VERBALE IN COPIA SU INCONTRI DI VERIFICA CON IL SERVIZIO SOCIALE INFANZIA, 9) COMUNICAZIONE CHIUSURA DEL PROSEGUO INDIVIDUALMENTE CON SPECIFICA DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI PASSIVITÀ, 10) QUERELE ONMI DI GRADIMENTO E RELATIVI REPORT ULTIMO TRIMESTRE, 11) COPIA DEL UNIL, 12) COPIA PAI, 13) BUSTE PAGA QUIETANZATE MESE AGOSTO -  
LA SUDDETTA DOCUMENTAZIONE SARA' INVIATA VIA MAIL ENTRO 10 gg.

I componenti del Nucleo di controllo

Data 18/10/2016

Nome e Cognome  
ROSALIA TACCARILLI  
FRANCESCA AVESSANI  
STEFANIA GIORGIO  
EMELINDA CINZIA LOVASCO

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Firma  
  
Maria M<sup>a</sup>  
Di Coleri

Nome e Cognome  
CHRISTIAN SIGNORELLE

Firma  
