p.r. copia verbale
25/10/2016
Sabina D'Amelio

FISSO
080/5739763 —
IL NUMERO SUDDETTO NON RISULTA PUBBLICIZZATO NEL RELATIVO SITO NÈ SU PAGINE BIANCHE, SI INVITA A PUBBLICIZZARLO OPPORTUNAM. L'INDIRIZZO DELLA SEDE AMMINISTRATIV È IL RELATIVO NUM. TELEFONICO

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 ANZIANI

Data di verifica 25/10/2016

A - MODULO PERFORMANCE

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

FISSO
N° ~~VERDE~~ 9/13 - 15/17.30
APERTA 9/13 - 15/17.30

2) E' rispettato il termine ultimo per l'attivazione del servizio (ovvero entro tot. 07 giorni) dalla richiesta del servizio sociale come previsto dal capitolato? ☑ Si ☐ No ☐ Inferiore (indicare) _____

ATTIVAZ MAX ENTRO 7 GG

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) POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

POSTA CERTIFICATA (OK)
AREA RISERVATA NON OPPORTUNAM. PUBBLICIZZATA

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 VUOTA DIVISA

(NO) GUANTI/CAMICE/MASCHERINA AL BISOGNO
AD UN'OPERATORE ALLERGICO AL LATTICE VIENE FORNITO DALLA DITTA MATERIALE DPI OPPORTUNO

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

MATTINA 3 ASS SOC + 1 AMMIN. → (OK)
POMERIGGIO 1 ASS SOC. + 2 AMMIN

SI RACCOMANDA DI MIGLIORARE IL PAI
- NOMINATIVI SOSTITUTI
- COMUNICA SOSTIT. AL S.S. DEL MUNICIPIO
- ~~RIFIUTO DELL'UTENTE ACCOSTITUTO~~
- ~~AGGIORNAM. PAI~~
- CARTELLE SOCIALI INCOMPLETE / VUOTE

- 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 NON ANCORA

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 È STATO FORNITO DISPOSITIVO DI TELESOCCORSO

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 OGNI OPERATORE SUL SERVIZIO 4 ANNI ANZIANITÀ

- 8 OSS ESPERIENZA DA ORPI
- PI 20 ANNI

~~4 INFERMIERE (FIRENZE) → ASSUNTA COME OSS~~

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

8) CI SONO FOGLI EXCEL X VERIFICARE ORE → UTENTI → OPERATORI
9) CI SONO PIANO DI BORDO + DATI UTENTI + ORARI OPERATORI IN CARICO

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? _____
Se si, si cerca di prevenirlo? □ Si □ No
Se si, in quale modo?

17) La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |1|2|

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?

PERIODICITA' DEI CONTROLLI

19) Viene elaborato un progetto assistenziale individuale per tutti gli utenti?
☒ Si □ No SI INVITA A RELAZIONARE X OGNI CONTROLLO DOMICILIARE O COMUNQUE REDIGERE UN VERBALE DA TENERE AGLI ATTI

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?
- LA DOCUMENTAZIONE MEDICA
ATTRAVERSO - IL S.S. e successive visite domiciliari

Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del PEI/ PAI?
* Operatori ☒ Utenti ☒ Servizi Sociali Territoriali ☒ Famiglia ☒ Scuola □
Associazioni □ Altro □ * ASSIST. SOCIALI COOPERATIVA

Il PEI/PAI è stato oggetto di rivalutazione? ☒ Si □ No SEMESTRALE O AL BISOGNO
(verifica su un campione minimo del 30%)

Viene effettuata una verifica intermedia a breve, medio e lungo termine?
☒ Si □ No Con che cadenza? TRIMESTRALE O AL BISOGNO

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?

AL MOMENTO SOLO SU UN CAMPIONE POCO SIGNIFICATIVO (07)

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: SI ACCERTA CHE SI SCONO I SEGUENTI DOCUMENTI

- BUSTE PAGA AGOSTO 2016 RELATIVE A CIRCA 40/42 DIPENDENTI: RISPETTO ALLE FIGURE OSS PREVISTE DA CAPITOLATO (N° 09) SI RILEVA DALL'ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE CHE I DIPENDENTI ASSUNTI COME OSS SONO IN TUTTO N° 07.

N° 01 FOGLIO FIRME UTENTE

N° 01 FOGLIO FIRME OPERATORE

N° 01 FOGLIO ATTESTANTE LAVORO DI SUPERVISIONE

N° 01 MODELLO UTENTI IN CARICO (MUNICIPIO 4)

N° 01 PIANO ORARIO DEGLI OPERATORI

I componenti del Nucleo di controllo

Data 25/10/2016

Nome e Cognome	Firma
[illegible]	MICHELE DELL'ANNA
ATENO EMILIA	[illegible]
COSIMA ALBANESE	[illegible]
FRANCESCA GUTTANI	[illegible]
PAMELINDA CINZIA LOMASCO	[illegible]
SABINA DIAMELIO	Sabina D'Amelio

ASS. SOCIALE COOPERATIVA GENESI

SILVIA PICCIALLO — Silvia Picciallo