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 POVERTÀ

Data di verifica 04/10/2018

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura CENTRO DIURNO "AREA 51"

Ubicazione della struttura C.SO ITALIA 81

Tel./Fax 0805210288 **E-mail** AREA51@COOPCAPS.IT

Soggetto gestore
COOPERATIVA SOCIALE C.A.P.S

Sede legale VIA BARISANO DA TRANI 12

Tel./Fax 0805370000 **E- mail** SEGRETERIA@COOPCAPS.IT

Sede Amministrativa VIA VINCENZO RICCHIANI N. 1

Legale Rappresentante
DOTT. MARCELLO SIGNORILE

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

Struttura autorizzata **si** ☐ **no** ☐ Atto n. del
ALTRO

Ricettività autorizzata N. |150/200 ACCESSI GIORNALIERI

Classi di età

6 – 12	**n°** |_|_|	M. |_|_|	F. |_|_|
13 - 18 anni	**n°** |_|_|	M. |_|_|	F. |_|_|
X 19 – 64 anni	**n°** |/|_|	85%	
X Ultrasessantacinquenni:	n° |/|_|	5%	

Italiani n° |40%| **Stranieri** n° |60%| di cui:
Comunitari n° |_\|_\| Nomadi n° |_\|_\| Extracomunitari n° |_\|_\|

Utenti attualmente accolti: n° 200 M n° |80%| F n° |20%|

Utenti in situazioni di disabilità fisica/psicosociale **complesse** ☒ Si ☐ No
Se si, n° |20%|

Sono presenti utenti sottoposti a provvedimenti penali ☒ Si ☐ No
Se si, n° |10| di cui, M n° |10| F n° |_\|_\|
Stranieri /n° |_\|_\|
dei con coscienti

Struttura con certificazione di qualità si ☐ no ☒

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
EDUCATORE PROFESSIONALE ED. EDUCATORE PROF. SANITARIO

N. complessivo Educatori (in relazione alla tipologia di servizio) |2|_\|
N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) |6|_\|
N. MEDIATORI 2 ; ADDETTO ALLA CUCINA 1 ; AUSILIARI 2
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~~ APPALTO DI SERVIZIO? ☒ Si ☐ No Se si,
Educatori N° |_\|_\| **Operatori** N° |_\|_\|

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

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° |__|__|

~~Educatori~~-Operatori con rapporto di lavoro a tempo pieno N° |0|1|
Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time N° |1|3|
Educatori-Operatori con altra tipologia di contratto N° |/|__|,
specificare
VEDI ORGANIGRAMMA ACQUISITO IN FASE DI VERIFICA
13 di cui
N. complessivo Personale ausiliario N° |0|2|

E' rispettato il rapporto minimo personale ausiliario/utenti previsto dal ~~regolamento regionale~~? APPALTO E OFFERTA PRESENTATO IN SEDE DI GARA
☒ Si ☐ No

E' presente personale ausiliario in numero superiore al rapporto minimo previsto dal ~~regolamento regionale~~ APPALTO? ☒ **Si** ☐ **No** **Se si,** N° |__|__|

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

Il Responsabile Coordinatore (area socio-psico-pedagogica) è presente esclusivamente presso il Centro?:
Si ☒ No ☐ indicare le ore 21

Viene svolto un lavoro di supervisione? ☒ Si ☐ No
Con quali figure? PSICOTERAPEUTA DOTT.SSA SPIZZICO

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° |0|2| (1)
quali?
sono presenti convenzioni protocolli d'intesa per attività articolate?
(1) SI, SERVIZIO CIVILE n° 2 PIÙ UN VOLONTARIO NON ISCRITTO AD ALCUNA ASSOCIAZIONE

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?
N°2 PER CESSAZIONE DI CONTRATTO NEGLI ULTIMI 12 MESI.

Formazione: (DA PRODURRE DOCUMENTAZIONE)
-Numero dei corsi di aggiornamento attivati nell'ultimo biennio con effettiva partecipazione del personale |__|__|

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

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |0|1|

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno
☒ Si ☐ No
Con quali modalità? ESPOSTO IN BACHECA E ILLUSTRATO VERBALMENTE E SOTTOSCRITTO DALL'UTENTE

(2*) **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 PALE A SOFFITTO ☒ Si ☐ No

Sono presenti barriere architettoniche ☒ Si ☐ No

(2*) DATI ESSENZIALI IN CONSIDERAZIONE DELLA TIPOLOGIA DEL SERVIZIO; PER GLI UTENTI CHE FREQUENTANO 4 ASSIDUAMENTE IL CENTRO VENGONO RILEVATE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE ALLA SOTTOVOCE.

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

Adeguata assistenza IN CONSIDERAZIONE DELLA TIPOLOGIA DEL SERVIZIO **garantita per utente** CHE MANIFESTANO LA NECESS. ☒ 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~~ RICREATIVE**?**
☒ Si ☐No ☐Superiore allo standard regolamentare – descrivere:

Sono presenti ulteriori zone (sala multimediale, laboratori ecc.)? ☒ Si ☐No
TELEVISORI E SALA POLIFUNZIONALE

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: IL COORDINATORE DOTT. RE DARIO DI CARNE

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

Il personale addetto alla cucina e/o somministrazione pasti è in possesso di idonea documentazione riguardo la manipolazione degli alimenti
☒ Si ☐ No
TUTTO IL PERSONALE

E' offerta una cucina differenziata e adeguata alle diverse esigenze degli ospiti? ☒ Si ☐ No
SU SEGNALAZIONE OSPITI

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:_____

Nella struttura sono presenti televisori/PC, area wi-fi, ~~in misura adeguata al numero degli ospiti~~? ☒ Si ☐ No
N° televisori |0|1| N° PC |/| | 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? ☒ Si ☐ No

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

4. MODULO SOCIO-~~EDUCATIVO~~ ASSISTENZIALE

Viene elaborato un progetto educativo/ assistenziale individuale per tutti gli utenti? ☒ Si ☐ No
PER ALCUNI OSPITI CHE FREQUENTANO REGOLARMENTE IL CENTRO.

Modalità di stesura PEI/PAI:

- ***Sussistono modalità di raccolta delle informazioni prima dell'~~accoglienza~~ ACCESSO ALLE PRESTAZIONI?***
☒ Si ☐ No
- ***Con quali modalità viene verificata la condizione psico-fisica dell'utente?***
ATTRAVERSO UN COLLOQUIO DELLA SCHEDA DI ACCESSO ALLE PROFESSIONALITÀ

- ***Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del ~~PEI~~/ PAI?*** PER I CASI COMPLESSI E/O CHE FREQUENTANO ASSIDUAMENTE IL CENTRO.
Equipe ☒ Utenti ☒ Servizi Sociali Territoriali ☒ Famiglia ☐ Scuola ☐ Associazioni ☒ Altro ☒ UEPE

Il ~~PEI~~/PAI è stato oggetto di rivalutazione? ☒ Si ☐ No
(verifica su un campione minimo del 30%di utenti in carico) SOLO PER I CASI COMPLESSI

Viene effettuata una verifica intermedia a breve, medio e lungo termine?
☒ Si ☐ No Con che cadenza? _____
SOLO PER CASI COMPLESSI O CHE FREQUANTANO ASSIDUAMENTE IL CENTRO, IN RACCORDO CON I SERVIZI TERRITORIALI CHE HANNO LA PRESA IN CARICO

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' 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.) ☒ (*3)
- Servizi a carattere sociale (Servizi domiciliari, Segretariato sociale, Centri diurni, ecc) ☒
- Scuola ☐
- Centri ricreativi ☐
- Ludoteche ☐
- ~~Altro~~ ☐ SERT, CSM, PRESIDI OSPEDALIERI (3*)

Se no, perché
_____
_____

La struttura coinvolge gli ospiti e i familiari attraverso riunioni programmate? □ Si ☒ No
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 e/o ☒ Comunicazione verbale PER I CASI CHE RICHIEDONO FORME DI TUTELA, O SU ESPRESSA VOLONTÀ DELL'UTE

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

Con che frequenza? 100 giornate lavorative N. attività/anno | 100 |
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)?
INVIO A: CENTRI PER L'IMPIEGO, AGENZIE INTERINALI

Sono previsti percorsi di accompagnamento all'autonomia? ☒ Si □ No
Con quali modalità (es. corsi per acquisizione capacità genitoriali etc.)?
ORIENTAMENTO LAVORATIVO E BILANCIO DELLE COMPETENZE; MEDIAZIONE IMMOBILIARE; SOSTEGNO ALL'AUTONOMIA PERSONALE

E' prevista una valutazione del gradimento di accoglienza da parte dell'utente e della sua famiglia? ☒ Si □ No
Con quali modalità?
CON SCHEDE DI RILEVAZIONE DEL GRADIMENTO AGLI UTENTI CHE FREQUENTANO ASSIDUAMENTE IL CENTRO
Quali esiti di gradimento si rilevano? □ Basso □ Sufficiente ☒ Buono/ ☒ Alto

5. MODULO CONTROLLO REGOLARITA' GESTIONALE

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) DA PRODURRE DOCUMENTAZIONE

Presentazione buste paga quietanzate e con timbro di annullo dell'ente) DA PRODURRE DOCUMENTAZIONE ☐ Si ☐ No

Verifica rispetto delle norme sulla tracciabilità:
conto corrente dedicato ☒ Si ☐ No

libro unico del lavoro DA PRODURRE ☐ Si ☐ No

Eventuali note aggiuntive di valutazione a cura del Nucleo:

SI RICHIEDE DI PRODURRE QUANTO RICHIESTO ALLA VOCE: "FORMAZIONE"
- VERIFICA DEL RISPETTO CCNL
- BUSTA PAGA QUIETANZATE CON TIMBRO DI ANNULLO DELL'ENTE
- LIBRO UNICO DEL LAVORO.

I componenti del Nucleo di controllo

Data

Nome e Cognome	Firma
ANNA DAMIANO	
STEFANIA GIARDA	
DANIELE NICOLETTI	
ERMELINDA CINZIA LOVASCIO	
ANGELA MICCIOLÈ	

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome	Firma
DARIO DI CARNE	