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 MINORI E FAMIGLIA

Data di verifica 18/06/2019

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura CENTRO SOCIO EDUCATIVO DIURNO "INSIEME"

Ubicazione della struttura VIA GENTILE n° 90

Tel./Fax 0805691272 **E-mail** centro.diurno@csfbari.it

Soggetto gestore
PROVINCIA DI PUGLIA DEI FRATI MINORI CONVENTUALI RAMO ONLUS SAN FRANCESCO

Sede legale VIA G. GENTILE 90/92

Tel./Fax **E- mail**

Sede Amministrativa VIA G. GENTILE 90/92

Legale Rappresentante
FRATE MASSIMO RUGGERO

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

Struttura autorizzata n. 2014/08163 **si** ☒ **no** ☐ Atto n. 741 del 06/08/2014
del 24/06/2014

Ricettività autorizzata N. |3|0|

Classi di età

6 – 12	**n°** |2|4|	M. |1|5|	F. |9|_|
13 - 18 anni	**n°** |_|6|	M. |_|5|	F. |_|1|
19 – 64 anni	**n°** |_|_|		

Ultrasessantacinquenni: n° |_|_|

Italiani n° |2|8| **Stranieri** n° |_|2| di cui:
Comunitari n° |_|_| Nomadi n° |_|_| Extracomunitari n° |_|_|

Utenti attualmente accolti: n° |3|0| M n°|2|1| F n° |_|9|

Utenti in situazioni di disabilità fisica/psicosociale complesse ☒ Si ☐ No
Se si, n° |_|9|

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 ☒

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
SCIENZE PEDAGOGICHE

N. complessivo Educatori (in relazione alla tipologia di servizio) |_|2|
N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) |_|4|

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° |_|3| **Operatori** N° |3|7| COORDINATORE PSICOLOGA ANIMATORE

Educatori prof. in possesso di laurea (art. 46 Reg. Reg 4/2007) N° |_|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° |1|

Educatori-Operatori con rapporto di lavoro a tempo pieno N° |1|
Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time N° |3|
Educatori-Operatori con altra tipologia di contratto N° |1|,
specificare

N. complessivo Personale ausiliario N° |2|

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° |1|

E' presente personale amministrativo? ☒ Si ☐ No N° |1|
di cui in sede N° |1|

Il Responsabile Coordinatore (area socio-psico-pedagogica) è presente esclusivamente presso il Centro?:
Si ☒ No ☐ indicare le ore 38

Viene svolto un lavoro di supervisione? ☒ Si ☐ No
Con quali figure? Psicologo

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?
Animatore

Sono presenti operatori volontari? (Associazioni, Servizio civile etc.)
☒ Si ☐ No Se si, N° |1|
quali?
sono presenti convenzioni protocolli d'intesa per attività articolate?
Convenzione Università

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 |_|4|

-Numero dei corsi di aggiornamento organizzati nell'ultimo biennio all'esterno con effettiva partecipazione del personale |1|
-Percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno % |100|
-In media per quante ore complessive pro-capite? PER ANNO |2|4|

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |_|4|

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno
☒ Si ☐ No
Con quali modalità? PATTO CORRESPONSABILITÀ, RIUNIONE INIZIALE

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 2/ e 12/ ☒ 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:

- 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 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:
Ambiente esterno di pertinenza del centro

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:
È presente ma i fruitori non usufruiscono del pranzo

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: giochi, libri

Nella struttura sono presenti televisori/PC, area wi-fi, in misura adeguata al numero degli ospiti? ☒ Si ☐ No
N° televisori |_|4| N° PC |_|3| Area Wi-Fi ☒ Si ☐ No

Sono disponibili nella struttura giornali, riviste, periodici, libri in misura adeguata al numero degli ospiti? biblioteca ☒ 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 nostro Ricorsi ☒ 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 INCONTRI FAM/SERV/SERVIZI
- ***Con quali modalità viene verificata la condizione psico-fisica dell'utente?***
DESITUFO MEDICO - SS CON DIAGNOSI DOCUMENTATA - PSICOLOGA

- ***Quali soggetti sono coinvolti nella definizione del PEI/ PAI?***
Equipe ☒ Utenti ☒ Servizi Sociali Territoriali ☒ Famiglia ☒ Scuola ☒ NON SEMPRE
Associazioni ☐ Altro ☒ ASL - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

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? 3/4 MESI

Sono raggiunti gli obiettivi del PAI/PEI? ☒ Si ☒ No 25% MA NON PER TUTTI
(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.) ☐
- 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
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)?
SPORTIVE / RICREATIVE

Con che frequenza? N. attività/anno 3
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)?
PER FUTURO

Sono previsti percorsi di accompagnamento all'autonomia? ☒ Si ☐ No
Con quali modalità (es. corsi per acquisizione capacità genitoriali etc.)?
DOPO LABORATORI

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

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)

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:

I componenti del Nucleo di controllo

Data 18-06-2018

Nome e Cognome	Firma
ANTONELLO BACOFFI	
EMMELINDA CINZIA LO MASCO	
MARIAGRAZIA CARROTTOLA	
ANNA CAMPIOTTO	
DOMENICO GAGLIANDI	
FRANCESCO ELIA	

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome	Firma
GIORGIA MARZANO	
MASSIMO RUGGIERO	
CHIARA PAPIRIO	

SCHEDA DI VALUTAZIONE
Indicatori di Performance
"Servizi semiresidenziali"

Struttura _____

Riferimenti scheda di valutazione (modulo e numero della domanda)	*Caratteristiche da vagliare*	*Valutazioni*										*Tot.* 64
C2	Qualità del PAI/PEI e sue verifiche	1	2	3	4	5	6	X				7
C5	Coinvolgimento degli ospiti e dei familiari attraverso riunioni programmate	1	2	X	4							3
B21-24	Formazione e aggiornamento del personale	1	2	3	4	5	X					6
B30	Accesso a spazi verdi	1	2	3	4	X						5
B19	Presenza di volontari	X	2	3								1
C9	Possibilità di invitare ad eventi di socializzazione familiari ed amici	1	X									2
B20	Continuità assistenziale operatore/utenti	1	2	3	4	X						5
B25	Numero riunioni di Equipe mensili	1	2	X								3
B42-43	Caratteristiche del vitto (cucina differenziata e adeguata agli ospiti)	1	2	3	4							0
B29	Mezzi pubblici	1	2	3	X							3
B 39 – 40 -41	Presenza di spazi superiori agli standard	1	2	3	4	X						3
B45	Presenza di televisori/PC/wifi in rapporto al numero degli utenti	1	2	X								3
B46-47	Disponibilità di giornali, riviste e periodici, libri, sussidi attrezzature presidi	1	2	3	X							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	X	6	7				5
C3-4-7	Rete con istituzioni e territorio	1	2	3	4	X	6					5
C8	Integrazione sociale utenti	1	2	3	X							4
C10-11*	Avviamento al lavoro e accompagnamento all'autonomia	1	X	3	4	5	6	7	8			0
C12-13	Indagini di customer satisfaction	1	2	3	4							0

64