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

Data di verifica 24/05/2016

1. MODULO ANAGRAFICO

Denominazione struttura C.S.E.D. ABRACADABRA

Ubicazione della struttura VIA BARI 35/C – TORRE A MARE

Tel./Fax 080/5432143 **E-mail** maiacooperativa@libero.it

Soggetto gestore
COOP. SOCIALE MAIA

Sede legale VIA BARI 35/C – TORRE A MARE

Tel./Fax 080/5432143 **E- mail** maiacooperativa@libero.it

Sede Amministrativa (VEDI SOPRA)

Legale Rappresentante
DILETTA DEL MASTRO

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

Struttura autorizzata **si** ☒ **no** ☐ Atto n. 887 del 2014/06/27

Ricettività autorizzata N. |3|0|

Classi di età

6 – 12 13 **n°** |3|0| M. |1|3| F. |1|7|

13 - 18 anni **n°** |__|__| M. |__|__| F. |__|__|

19 – 64 anni **n°** |__|__|

Ultrasessantacinquenni: n° |__|__|

Italiani n° |2|5| **Stranieri** n° |0|5| di cui:

Comunitari n° |0|1| Nomadi n° |__|__| Extracomunitari n° |0|4|

Utenti attualmente accolti: n° |1|8| M n°|0|9| F n° |0|9|

Utenti in situazioni di disabilità fisica/psicosociale complesse ☒ Si ☐ No

Se si, n° |0|7|

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 ☒ IN FASE DI ACQUISIZIONE

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

LAUREA IN SC. EDUCAZIONE + LAUREA GIURISPRUDENZA

N. complessivo Educatori (in relazione alla tipologia di servizio) |0|5|

N. complessivo Operatori (in relazione alla tipologia di servizio) |0|3|

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° |0|1| **Operatori** N° |/|/|

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

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° |0|4|

Educatori-Operatori con rapporto di lavoro a tempo pieno N° |0|1|
Educatori-Operatori con rapporto di lavoro part time N° |0|4|
Educatori-Operatori con altra tipologia di contratto N° |0|3|,
specificare
CONTRATTO A PROGETTO

N. complessivo Personale ausiliario N° |0|1|

E' rispettato il rapporto minimo personale ausiliario/utenti previsto dal regolamento regionale? NON PREVISTO
□ 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 N° |0|1|
di cui in sede N° |0|1|

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

Viene svolto un lavoro di supervisione? ☒ Si □ No
Con quali figure? CONSULENTE PSICOLOGA

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|1|
quali? LAUREATA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
sono presenti convenzioni protocolli d'intesa per attività articolate? NO

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 (ALL'INTERNO: CORSO QUALITA') |0|1|

-Numero dei corsi di aggiornamento organizzati nell'ultimo biennio all'esterno con effettiva partecipazione del personale |0|5|
-Percentuale di dipendenti formati all'interno/esterno % |100|
-In media per quante ore complessive pro-capite? |0|6|
(GLI ATTESTATI SARANNO INVIATI A MEZZO MAIL)

La struttura effettua riunioni di Equipe mensili? N° |0|2|

Viene garantita all'utente una corretta informazione sul Regolamento Interno
☒ Si □ No
Con quali modalità? DURANTE LE RIUNIONI E OGNI MOMENTO DI CONFRONTO (REG. INTERNO NON ESPOSTO)

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 (n. 2)

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
  (De Palma Sport, club Aeronautica)

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:

Sono presenti ulteriori zone (sala multimediale, laboratori ecc.)? □ Si ☒ No

E' presente una zona riposo? ☒ Si □No
(ad utilizzo misto)

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 (PRESA VISIONE)
Se si, indicare la figura professionale della struttura responsabile del piano di autocontrollo: DILETTA DEL MASTRO (AMMINISTRATIVA – PRESID. COOPERATIVA)

(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:_____

Nella struttura sono presenti televisori/PC, area wi-fi, in misura adeguata al numero degli ospiti? ☐ Si ☐ No
N° televisori |0|1| N° PC |0|1| 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 (RETTA UNICA) € 36,51
- 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

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?
VERIFICHE PERIODICHE CON I SERV. SOCIALI DI COMPETENZA E CON ALTRI SERVIZI SPECIALISTICI COINVOLTI

- 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? SEMESTRALE

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

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, CULTURALI

Con che frequenza? SETTIMANALE N. attività/anno 10
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)? N.A.

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

E' prevista una valutazione del gradimento di accoglienza da parte dell'utente e della sua famiglia? ☒ Si ☐ No
Con quali modalità?
SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARI DI GRADIMENTO (PRESA VISIONE)
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)

CONTRATTO DI RIFERIMENTO: COOP. SOCIALI

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: (*)

Buste paga quietanzate e libro unico del lavoro non presenti c/o la struttura poiché sono custodite dal Consulente del lavoro.
La cooperativa si impegna a inviarne copia relative all'ultimo periodo rendicontato all'Ufficio POS MINORI entro un termine di 10 gg. dalla data odierna.

I componenti del Nucleo di controllo

Data 26/05/2016

Nome e Cognome	Firma
ALESSANDRA CARONE	
MAURO LA GRASTA	
ERMELINDA CINZIA LOVASCIO	
FRANCESCA AVESANI	
FRANCESCO ELIA	

Per la struttura (Coordinatore o suo delegato)

Nome e Cognome	Firma
MARIAPAOLA SANTULLI	
DILETTA DEL MASTRO	

SCHEDA DI VALUTAZIONE
Indicatori di Performance
"Servizi semiresidenziali"

Struttura CSED APRACADABRA

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

Tot. 48

Pos. Organizzativa
Coordinamento Politiche Sociali
Minori e Famiglie
Dott. Francesco Elia