####  ALLEGATO 5

#### SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL LIVELLO QUALITATIVO SERVIZIO DI ASSISTENZA PER L’AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE

Denominazione dell’organizzazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  | **Note (crociare o aggiungere specifica se necessario)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si** | **No** |
|  | Esperienza **Agenzia da almeno tre anni** nel servizio per il quale viene richiesto l’accreditamento  |  |  | *a) di 3 anni* | a) tra 3 e 5 anni | b) oltre 5 anni |
|  | Presenza di un coordinatore responsabile del servizio con esperienza da almeno due anni nel servizio per il quale viene richiesto l’accreditamento |  |  | a) tra 3 e 5 anni | b) oltre 5 anni | b) oltre 10 anni |
|  | Qualifica del Coordinatore conforme titolo richiesto da accreditamento |  |  | Indicare Titolo di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Frequenza equipe di coordinamento |  |  | a) Una volta a settimana | b) Una volta ogni 15 gg | c) Una volta al mese |  |
|  | Presenza di Supervisore Qualifica del Supervisore |  |  | Indicare Titolo di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Frequenza attività di supervisione |  |  | 1. Almeno 8 ore per anno scolastico
 | b)Almeno 10 per anno scolastico | c)Altro specificare\_\_\_\_ |
|  | Piano di aggiornamento – formazione del personalein relazione alla tipologia del servizio per il quale viene richiesto l’accreditamento |  |  |  |
|  | Ore dedicate alla formazione nell’ultimo triennio |  |  | 1. Almeno 20 ore annuali per 75% personale dedicato al servizio
 | 1. Almeno 20 ore annuali per 100% personale dedicato al servizio
 | c)Altro specificare\_\_\_\_ |
|  | Possibilità di contatto dei Servizi con il coordinatore (e da questi agli operatori) dal lunedì al sabato |  |  |  |
|  | Modalità di contatto possibile per una maggior sollecitudine delle comunicazioni (risposta multipla) |  |  | 1. Telefono fisso
 | 1. Cellulare servizio
 | 1. fax
 | d) email | e)pec |
|  | Rispetto dei tempi di attivazione indicati nelle modalità specifiche del servizio entro i tempi previsti dalla ricezione richiesta di erogazione del servizio da parte dell’Ente committente |  |  |   |
|  | Possibilità di attivazione del servizio in via telematica |  |  |  |
|  | Capacità di attivazione del servizio in caso di particolare necessita e/o urgenza |  |  | a) Entro le 24 ore | b) Entro le 48 ore | c) Altro specificare\_\_\_\_ |
|  | Capacità di sopperire all’eventuale assenza improvvisa dell’operatore |  |  | 1. Immediatamente
 | 1. Entro le 24 ore
 | 1. Entro le 48 ore
 | d) Altro specificare\_\_\_\_ |
|  | Capacità di comunicare tempestivamente al Servizio e all’utente l’assenza dell’operatore e coordinatore |  |  |  |
|  | Capacità di adottare, produrre e gestire sistema informatizzato di rilevazione presenze degli operatori negli ambiti di erogazione delle prestazioni, raccolta dati e di relazioni sull’andamento dell’intervento a richiesta dall’UDP |  |  | a) Già presente | b) in fase di adozione |
|  | Capacità di adottare, produrre e gestire sistema di valutazione della soddisfazione utenti e scuola |  |  | a) Già presente | b) in fase di adozione |
|  | Capacità di produrre relazioni |  |  | 1. Entro 15gg
 | 1. Una volta al mese
 | c) Trimestrale |
|  | Adozione di un registro degli utenti in carico con indicazione monte ore dei piani individualizzati di assistenza |  |  | a) Già presente | b) in fase di adozione |
|  | Presenza di un sistema di valutazione periodica del personale |  |  | a) Già presente | b) in fase di adozione |
|  | Tipo di personale impiegato |  |  | 1. Personale Laureato
 | 1. Personale Diplomato
 | C) Altro specificare\_\_\_\_ |  |
|  | Disponibilità a partecipare a micro equipe ogni volta che l’assistente sociale lo richiede |  |  | 1. Si Solo l’operatore
 | 1. Si sia l’operatore che il coordinatore insieme
 |
|  | Disponibilità ad assumere operatore già storicamente operante sul caso |  |  |  |
|  | Sede legale |  |  | a) Nell’ambito territoriale | b) In Provincia di Sondrio | c) Fuori Provincia |
|  | Sede operativa |  |  | a) Nell’ambito territoriale | b) In Provincia di Sondrio |
|  | Adozione di modalità strutturate di accoglimento e presa in carico dell'utenza (individuazione di operatori addetti all'accoglienza delle richieste, continuità dell'assistenza da parte dello stesso operatore, ecc..) |  |  | a) Già presente | b) in fase di adozione |
|  | Presenza del fascicolo cartella dell'utente dove vengono registrati la natura dei bisogni, i tempi di attivazione e la durata delle prestazioni, le modalità di verifica degli interventi effettuati ed il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, il Piano Individualizzato di assistenza e/o P.E.I. condiviso, i verbali degli incontri di monitoraggio con utente/famiglia/ servizi e la liberatoria dei dati personali, ecc.. |  |  | a) Già presente | b) in fase di adozione |
|  | Applicazione in materia di privacy del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e successive modifiche ed integrazioni |  |  |  |
|  | Applicazione e rispetto degli adempimenti e delle norme previste dal D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante dell'organizzazione

Firmato digitalmente

ai sensi ex D.lgs. n. 82/2005 e s.m.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679**: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

**Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000:** le istanze e dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente incaricato ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.