



COMUNE DI BARI

Ripartizione Servizi alla Persona  
PO. E.Q. Sportello Sociale

Prot.

Data

Al RUP  
Dott.ssa A. Miccione

Alla POS Sportello Sociale  
Dott.ssa A. Bacchi

Alla Ref. Amministrativa  
Dott.ssa M. C. Giannotta

**OGGETTO:** Verifica relativa alla regolare esecuzione del SAD disabili (servizio comunale) - visita domiciliare presso l'abitazione del sig..... residente presso il Municipio ...

In data 19/09/24 alle ore ....., congiuntamente alla collega ..... del Municipio ....., si è svolta la visita domiciliare presso l'abitazione del sig. .... nato a ..... in data ..... in via .....

Il sig. .... è beneficiario del servizio di assistenza domiciliare disabili gestito dalla coop. Nuova Luce con un PAI di..... ore settimanali con prestazioni di igiene personale, accompagnamento e socializzazione svolto da due operatori.

Il colloquio è stato effettuato con la sig.ra ....., madre e care giver del disabile, con cui si è proceduto alle verifiche riguardanti il funzionamento generale del servizio. Rispetto agli indicatori previsti è emerso quanto segue:

**Puntualità degli orari previsti nel PAI:** gli operatori rispettano sempre gli orari concordati sia in entrata che in uscita.

**Rispetto delle prestazioni erogate incluse nel PAI:** vengono espletate in modo corretto tutte le prestazioni previste dal PAI.

**Tempestività delle comunicazioni di eventuali cambiamenti sul servizio riguardo a orari/assenze:** le comunicazioni vengono fornite in modo regolare.

**Correttezza della compilazione della modulistica (foglio firma):** sia gli operatori che l'utente firmano giornalmente le prestazioni effettuate sul modulo fornito dalla cooperativa che è stato visionato.

**Risposta da parte del coordinamento del servizio rispetto ad eventuali problematiche dell'utente:** per problematiche sollevate dall'utente in passato la risposta del

coordinamento è stata tempestiva ed efficace. Successivamente non ci sono più stati problemi.

**Esibizione modulistica lasciata dalla cooperativa:** la modulistica presente presso l'abitazione è regolare.

**Correttezza del comportamento dell'operatore e nominativi:** gli operatori impegnati nel servizio sono: ..... Hanno un comportamento corretto e attento nel corso dello svolgimento del servizio.

Per quanto sopra, non sono emerse particolari criticità rispetto alla regolare esecuzione del servizio poiché se in passato vi è stato un po' di turn over di operatori sul caso, dopo le rimostranze della care giver tutto è stato risolto. La care giver riferisce di essere molto soddisfatta del servizio.

A.S. Referente del servizio

Dott.ssa Francesca Grittani

