



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 DEC del Servizio  
Dott.ssa F. Grittani

Alla Ref. Amministrativa  
Dott.ssa L. D'Argento

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

In data 27/09/2024, alle ore ....., congiuntamente alla collega ..... del Municipio ..., si è svolta la visita domiciliare presso l'abitazione della sig.ra.....nata a ..... in data ..... in via .....

La sig.ra ..... è beneficiaria del servizio di assistenza domiciliare gestito dalla coop. Consorzio Libere imprese con un PAI di..... ore settimanali con prestazioni di igiene persona e governo casa.

Il colloquio è stato effettuato con la sorella e la figlia della sig.ra....., care giver della beneficiaria, 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 sono puntuali a volte modificano gli orari, concordando con la car-giver, rispettando il PAI

**Rispetto delle prestazioni erogate incluse nel PAI:** vengono espletate con regolarità, rispettando il PAI

**Tempestività delle comunicazioni di eventuali cambiamenti sul servizio riguardo a orari/assenze:** le comunicazioni vengono fornite in modo regolare, riguardo agli orari e alle assenze. Nel caso di ritardo gli operatori avvisano puntualmente.

**Correttezza della compilazione della modulistica (foglio firma):** Il foglio firma è stato visionato, viene lasciato nell'abitazione. Viene compilato quotidianamente, con indicazione delle ore effettuate e delle relative firme.

**Risposta da parte del coordinamento del servizio rispetto ad eventuali problematiche dell'utente:** le problematiche prospettate dall'utente vengono affrontate e risolte in modo efficace.

**Esibizione modulistica lasciata dalla cooperativa:** la modulistica del foglio firma, è presente presso l'abitazione della beneficiaria.

**Correttezza del comportamento dell'operatore e nominativi:** Le operatrici impegnate nel servizio sono ..... Hanno un comportamento corretto nel corso dello svolgimento del servizio.

Per quanto sopra, non sono emerse criticità rispetto alla regolare esecuzione del servizio.

A.S. Referente del servizio

Dott.ssa Maria Carmela Milone

