

Denominazione

## SERVIZI AMBULATORIALI (SER.D E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO)

Descrizione della tipologia di servizio:

|                    |                                                                                                                                                                          |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definizione        | Servizi ambulatoriali per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti                                                                                                   |
| Finalità           | Accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti                                      |
| Utenza             | Persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi                                                                   |
| Capacità ricettiva | I servizi ambulatoriali devono essere organizzati per utenze comprese tra 150 e 350 persone tossicodipendenti e alcolodipendenti in trattamento complesso e continuativo |

### DOMANDE RELATIVE AL SERVIZIO

0.1 Indicare nome e cognome del compilatore  
della scheda:

0.2 Data di compilazione

A1 Indirizzo della sede legale del servizio: via n°

Cap. Comune Pr

A2 Altri recapiti del servizio: telefono fax

e-mail

A3 Nome e cognome del direttore responsabile del servizio:

A4 Denominazione ente gestore:

A5 Indirizzo ente gestore: via n°

Cap. Comune Pr

A6 Altri recapiti ente gestore: telefono fax

e-mail

*A7 Natura giuridica ente gestore:*

Comune singolo

☐

Comune associato

☐

Ausl

☐

Ente morale/fondazione

☐

IPAB

☐

Cooperativa sociale

☐

Associazione

☐

Privato religioso

☐

Altro (specificare)

☐

*A8 Nome e Cognome del direttore responsabile dell'Ente Gestore:*

*A9 Il Servizio è organizzato in più sedi operative*

Si ☐ No ☐

*A9.1 Se sì, indicarne il numero*

*A10 Indicare per ciascuna sede operativa le seguenti informazioni, assegnando a ciascuna sede un numero progressivo:*

| N°  | Nome sede | indirizzo (via, num.)                          | telefono |
|-----|-----------|------------------------------------------------|----------|
| 1   |           | Via _____ n° _____<br>comune (PR) _____<br>CAP |          |
| 2   |           | Via _____ n° _____<br>comune (PR) _____<br>CAP |          |
| 3   |           | Via _____ n° _____<br>comune (PR) _____<br>CAP |          |
| 4   |           | Via _____ n° _____<br>comune (PR) _____<br>CAP |          |
| 5   |           | Via _____ n° _____<br>comune (PR) _____<br>CAP |          |
| ... |           | Via _____ n° _____<br>comune (PR) _____<br>CAP |          |

**DOMANDE RELATIVE ALLA SINGOLA SEDE OPERATIVA N° |\_\_|**  
*(compilare una scheda per ognuna delle sedi operative indicate al precedente punto A10)*

*B1 Denominazione sede operativa:*

*B2 Recapiti della sede operativa:* telefono

fax

e-mail

*B3 Nome e cognome del coordinatore di sede operativa:*

*B4 La sede è in possesso di certificazione di qualità?*

Si ☐ No ☐ In corso ☐

*B4.1 Se sì, di che tipo di certificazione si tratta?*

*B4.2 Riportare la data del rilascio:*

\_ \_ / \_ \_ / \_ \_

*B5 Indicare l'orario di apertura settimanale della sede:*

| Giorni    | Ore giornaliere di apertura |
|-----------|-----------------------------|
| Lunedì    |                             |
| Martedì   |                             |
| Mercoledì |                             |
| Giovedì   |                             |
| Venerdì   |                             |
| Sabato    |                             |
| Domenica  |                             |

*B6 Riportare, nella tabella seguente, la tipologia e la numerosità degli utenti dell'intervento operativo:*

**Indicare i dati richiesti con riferimento all'anno 2004**

| Area di intervento                     | Tipologia di utenza                                                                         | Numero utenti complessivi anno 2004 | Dato non disponibile |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Promozione salute/prevenzione primaria | <input type="checkbox"/> Soggetti ex-tossicodipendenti /ex-alcolisti                        |                                     |                      |
|                                        | <input type="checkbox"/> Soggetti consumatori di sostanze (fanno uso saltuario di sostanze) |                                     |                      |
|                                        | <input type="checkbox"/> Soggetti con altre forme di dipendenza (gambling, sesso, ...)      |                                     |                      |
|                                        | <input type="checkbox"/> Soggetti non consumatori di sostanze                               |                                     |                      |
|                                        | <input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____                                          |                                     |                      |

**Indicare i dati richiesti con riferimento al 15/12/2004**

| Area di intervento                                             | Tipologia di utenza                                                               | Numero utenti presenti in data 15/12/04 | Dato non disponibile |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| Accoglienza/ Presa in carico                                   | <input type="checkbox"/> Soggetti tossicodipendenti/alcolisti                     |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____                                |                                         |                      |
| Cura e trattamento/ prevenzione secondaria                     | <input type="checkbox"/> Soggetti tossicodipendenti/alcolisti                     |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____                                |                                         |                      |
| Reinserimento sociale e lavorativo semiresidenziale            | <input type="checkbox"/> Soggetti tossicodipendenti/alcolisti                     |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____                                |                                         |                      |
| Altre aree di intervento, specificare: _____<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Altre tipologie di utenza, specificare: _____<br>_____   |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> _____                                                    |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> _____                                                    |                                         |                      |
|                                                                | _____                                                                             |                                         |                      |
|                                                                | <input type="checkbox"/> Totale                                                   |                                         |                      |

*B7 Nello stesso edificio in cui è collocato il servizio ambulatoriale sono presenti altre tipologie di Servizi rivolti a tossicodipendenti e/o alcooldipendenti?*

Si ☐ No ☐

*B7.1 Se sì, indicare il tipo di Servizio:*

|                                                                                                |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Servizi Territoriali                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| Servizi residenziali di tipo A (di base)                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Servizi residenziali di tipo B (intensivo)                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Servizi residenziali di tipo C (specialistico)                                                 | <input type="checkbox"/> |
| Servizi residenziali di tipo C1 (per madri i tossicodipendenti e/o alcooldipendenti con figli) | <input type="checkbox"/> |
| Servizi residenziali di tipo C2 (per minori tossicodipendenti e/o alcooldipendenti)            | <input type="checkbox"/> |
| Servizi di pronta accoglienza                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Servizi semiresidenziali                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Altro (specificare)                                                                            | <input type="checkbox"/> |

B8 La sede operativa è organizzata per unità funzionali:

Si ☐ No ☐

B8.1 Se sì, indicarne il numero

B9 Indicare il nome di ciascuna unità funzionale e gli interventi che vi vengono svolti:

| N° UF | Nome UF | Interventi per singola UF |
|-------|---------|---------------------------|
| 1     |         |                           |
| 2     |         |                           |
| 3     |         |                           |
| ...   |         |                           |

B10 La sede presenta delle caratteristiche non congruenti alla definizione riportata a pagina 1? (descrizione della tipologia di servizio)

Si ☐ No ☐

B10.1 Se sì, a cosa fanno riferimento queste incongruenze (barrare con una crocetta la voce o le voci che interessano)?

Finalità del servizio

☐

Tipologia di utenza accolta

☐

Capacità ricettiva

☐

B10.2 Riportare una breve descrizione

## **Compilare la Scheda per ogni sede operativa**

### **SERVIZI AMBULATORIALI (SER.D E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO)**

**SA-D – au –2.3.1**

*r1 All'interno della sede operativa quanti AMBULATORI MEDICI sono presenti ?*

**r2 Indicare il numero complessivo di AMBULATORI MEDICI che dispongono dei seguenti arredi**

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| r2.1 (almeno) un lettino                          |  |
| r2.2 (almeno) una scrivania                       |  |
| r2.3 (almeno) due sedie                           |  |
| r2.4 (almeno) un lavandino                        |  |
| r2.5 (almeno) un armadio                          |  |
| r2.6 (almeno) un schedario                        |  |
| r2.7 attrezzatura di primo intervento             |  |
| r2.8 altra attrezzatura necessaria di tipo medico |  |

*r2.9 Indicare il numero di Ambulatori Medici ad uso esclusivo per l'attività ambulatoriale*

*r2.10 Se no, specificare a quali altri usi sono dedicati:*

*R2.11 se non sono ad uso esclusivo, esiste un foglio prenotazioni che descriva attività e tempi di utilizzo dei locali?*

**si**

**no**

*R3 All'interno della sede operativa quanti AMBULATORI PER COLLOQUI PSICOLOGICI E DI ASSISTENZA SOCIALE sono presenti ?*

**r2 Indicare il numero complessivo di AMBULATORI PER COLLOQUI PSICOLOGICI E DI ASSISTENZA SOCIALE che dispongono dei seguenti arredi**

|                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| r3.1 (almeno) una scrivania                                                                               |  |
| r3.2 (almeno) due sedie                                                                                   |  |
| r3.3 (almeno) un armadio                                                                                  |  |
| r3.4 (almeno) un schedario                                                                                |  |
| r3.4 Indicare il numero di Ambulatori PER COLLOQUI che sono ad uso esclusivo per l'attività ambulatoriale |  |

r3.5 Se no, specificare a quali altri usi sono dedicati:

r3.6 se non sono ad uso esclusivo, esiste un foglio prenotazioni che descriva attività e tempi di utilizzo dei locali?

si

no

**r4 La SEDE dispone di spazi organizzati per l'ACCOGLIENZA / SPORTELLO**

**INFORMATIVO UTENTI**

*Se sì, osservare gli spazi interni e verificare la presenza dei seguenti requisiti:*

r4.1 chiare segnalazioni per indirizzare l'utenza verso luoghi di ricevimento

si

no

r4.2 una scrivania/bancone

si

no

r4.3 materiale informativo del Servizio

si

no

r4.4 almeno due posti a sedere

si

no

r4.5 il locale è considerato ad uso esclusivo per l'attività di accoglienza degli utenti /sportello informativo

si

no

r4.6 Se no, specificare a quali altri usi è dedicato:

r4.7 se non è ad uso esclusivo, esiste un foglio prenotazioni che descriva attività e tempi di utilizzo del locale?

si

no

**r5 La SEDE dispone di SALA D'ATTESA**

*Se sì, osservare gli spazi interni e verificare la presenza dei seguenti requisiti:*

r5.1 chiare segnalazioni per indirizzare l'utenza verso la sala d'attesa

si

no

r5.2 materiale informativo del Servizio

si

no

r5.3 presenza di riviste

si

no

r5.4 almeno un tavolino

si

no

r5.5 posti a sedere (indicare in numero):

r5.6 il locale è considerato ad uso esclusivo per la sala d'attesa

si

no

r5.7 Se no, specificare a quali altri usi è dedicato:

r5.8 se non è ad uso esclusivo, esiste un foglio prenotazioni che descriva attività e tempi di utilizzo del locale?

si

no

|                                                                                    |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>r6 La SEDE dispone di locali per la conservazione/distribuzione dei farmaci</b> | <b>si</b> | <b>no</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

*Se sì, osservare gli spazi interni e verificare la presenza dei seguenti requisiti:*

|                         |           |           |
|-------------------------|-----------|-----------|
| r6.1 (almeno) un tavolo | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-------------------------|-----------|-----------|

|                             |           |           |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| r6.2 (almeno) uno schedario | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-----------------------------|-----------|-----------|

|                            |           |           |
|----------------------------|-----------|-----------|
| r6.3 (almeno) un lavandino | <b>si</b> | <b>no</b> |
|----------------------------|-----------|-----------|

|                                                                           |           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r6.4 cassaforte per conservare il metadone posta all'interno del servizio | <b>si</b> | <b>no</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                                      |           |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r6.5 armadio per la conservazione dei farmaci (diversi dal metadone) | <b>si</b> | <b>no</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                  |           |           |
|------------------|-----------|-----------|
| r6.6 frigorifero | <b>si</b> | <b>no</b> |
|------------------|-----------|-----------|

|                                                                                              |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r6.7 il locale è considerato ad uso esclusivo per la conservazione/distribuzione dei farmaci | <b>si</b> | <b>no</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

r6.8 Se no, specificare a quali altri usi è dedicato:

|                                                                                                                     |           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r6.9 se non è ad uso esclusivo, esiste un foglio prenotazioni che descriva attività e tempi di utilizzo del locale? | <b>si</b> | <b>no</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                            |           |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r7 La SEDE dispone di locali spogliatoio per gli operatori | <b>si</b> | <b>no</b> |
|------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| r7.1 Se sì, quanti sono |  |  |
|-------------------------|--|--|

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| r7.2 Se sì, sono distinti per sesso | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                                 |           |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r8 La SEDE dispone di locali servizi igienici per gli operatori | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| R8.1 Se sì, quanti sono |  |  |
|-------------------------|--|--|

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| r8.2 Se sì, sono distinti per sesso | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                                  |           |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r9 La SEDE dispone di locali per servizi igienici per gli utenti | <b>si</b> | <b>no</b> |
|------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                         |  |  |
|-------------------------|--|--|
| R9.1 Se sì, quanti sono |  |  |
|-------------------------|--|--|

|                                     |           |           |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| r9.2 Se sì, sono distinti per sesso | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                                   |           |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r10 Il servizio igienico è utilizzato per la raccolta delle urine | <b>si</b> | <b>no</b> |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

*Se sì, sono disponibili:*

|                                                                     |           |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r10.1 strumenti per verificare l'attendibilità delle urine raccolte | <b>si</b> | <b>no</b> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                                            |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r10.1 bidone per la raccolta dei bicchieri che contengono liquidi organici | <b>si</b> | <b>no</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                      |           |           |
|------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r11 La SEDE dispone di locali per attività di gruppo | <b>si</b> | <b>no</b> |
|------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                                     |           |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r12 La SEDE dispone di locali riunioni e permanenza degli operatori | <b>si</b> | <b>no</b> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

|                                                            |           |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| r13 La SEDE dispone di locali di segreteria amministrativa | <b>si</b> | <b>no</b> |
|------------------------------------------------------------|-----------|-----------|

*Nel complesso gli spazi della SEDE:*

|                                                                                |                  |                   |             |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|------------------|
| r14 dedicati <b>all'accoglienza</b> sono adeguati alle numerosità dell'utenza? | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|------------------|

|                                                                                      |                  |                   |             |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|------------------|
| r15 dedicati <b>all'attesa</b> degli utenti sono adeguati alla funzione da svolgere? | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|------------------|

|                                                                                                                               |                  |                   |             |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|------------------|
| r16 dedicati agli <b>ambulatori</b> medici sono adeguati alle attività da svolgere?                                           | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
| r17 dedicati agli <b>ambulatori</b> medici sono adeguati a garantire la privacy?                                              | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
| r18 dedicati agli ambulatori per <b>colloqui</b> psicologici e di assistenza sociale sono adeguati alle attività da svolgere? | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
| r19 dedicati agli ambulatori per <b>colloqui</b> psicologici e di assistenza sociale sono adeguati a garantire la privacy?    | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
| r20 <b>archivio</b> offrono garanzie strutturali per la privacy?                                                              | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |
| r21 dedicati alle <b>riunioni</b> e alla permanenza degli operatori sono adeguati alle attività da svolgere?                  | <i>Del tutto</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Poco</i> | <i>Per nulla</i> |

r22 Verificare se nei locali dedicati alla conservazione dei farmaci sono presenti i seguenti farmaci relativi al trattamento a lungo termine degli stati di dipendenza:

|                                             | Perché no? |           |
|---------------------------------------------|------------|-----------|
| r22.1 farmaci agonisti                      | <b>si</b>  | <b>no</b> |
| r22.2 farmaci antiagonisti                  | <b>si</b>  | <b>no</b> |
| r22.3 altro,<br>specificare: _____<br>_____ | <b>si</b>  | <b>no</b> |

r23 Verificare se nei locali dedicati alla conservazione dei farmaci sono presenti i seguenti farmaci relativi al trattamento a lungo termine delle patologie connesse all'uso di sostanze:

|                                             | Perché no? |           |
|---------------------------------------------|------------|-----------|
| r23.1 farmaci retrovirali                   | <b>si</b>  | <b>no</b> |
| r23.2 altro,<br>specificare: _____<br>_____ | <b>si</b>  | <b>no</b> |

**Note:**

## **Compilare la Scheda per ogni sede operativa**

### **SERVIZI AMBULATORIALI (SER.D E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO)**

#### **SA-D-au 1.1.1**

- Per tutte le altre funzioni presenti nel servizio compilare per ciascuno di essi la scheda operatore.
- per il direttore responsabile del servizio compilare la scheda apposita per il direttore responsabile del servizio.

#### **EQUIPE**

r24 Con riferimento alla sede operativa, indicare quali figure professionali fanno parte dell'equipe del personale:

|                                |           |           |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| r24.1 Medico                   | <b>si</b> | <b>no</b> |
| r24.2 Psicologo                | <b>si</b> | <b>no</b> |
| r24.3 Assistente sociale       | <b>si</b> | <b>no</b> |
| r24.4 Infermiere professionale | <b>si</b> | <b>no</b> |
| r24.5 Educatore                | <b>si</b> | <b>no</b> |
| r24.6 Personale amministrativo | <b>si</b> | <b>no</b> |

r25 Riportare il titolo di studio di tutto il personale con funzione di educatore:

|                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Numero di persone con tale titolo di studio</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ▪ educatore in possesso del diploma di Educatore Professionale Animatore conseguito a seguito di corsi regionali triennali di formazione specifica                                                                                          |                                                    |
| ▪ educatore in possesso del diploma universitario di Educatore Professionale                                                                                                                                                                |                                                    |
| ▪ educatore in possesso del diploma di laurea di Educatore Professionale o di altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto                                                                                     |                                                    |
| ▪ educatore in possesso del diploma di laurea in Scienze dell'Educazione o Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo in Educatore Professionale, o altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto |                                                    |
| ▪ Altro titolo <i>specificare*</i>                                                                                                                                                                                                          |                                                    |
| ▪ Altro titolo <i>specificare*</i>                                                                                                                                                                                                          |                                                    |
| <b>Totale educatore **</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |

\* specificare chiaramente il titolo di studio posseduto se non rientra tra quelli indicati (scriverlo per esteso, es. diploma di laurea in scienze della formazione, ...)

\*\* il totale deve coincidere con il numero di persone indicato nel punto a.1 precedente

**SA-D-Acc 1.2.4**

*Indicare rispetto alle seguenti figure professionali la quantità di risorse umane che compongono la dotazione organica della sede operativa:*

r26 Numero di medici

r26.1 Tra questi indicare il numero di psichiatri

r27 Numero di psicologi

r27.1 Tra questi indicare il numero di psicoterapeuti

r28 Numero di infermieri professionali

r29 Numero di assistenti sociali

r30 Numero di educatore professionali

r31 Numero di personale amministrativo

## SCHEDA DIRETTORE RESPONSABILE DEL SERVIZIO

La presente deve essere compilata **con riferimento al Direttore Responsabile**

### Standard di autorizzazione

1. Il Direttore Responsabile è condiviso da più sedi di servizio? (se ci sono più sedi)

☐ **si**      ☐ **no**

2. Indicare il numero di ore settimanali per singola sede operativa (compilare solo la prima riga se il direttore lavora solo presso una sede o se esiste una sola sede):

| N°sede   | Nome sede | N° ore |                                                                              |
|----------|-----------|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> |           |        | <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo parziale |
| <b>2</b> |           |        | <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo parziale |
| <b>3</b> |           |        | <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo parziale |
| <b>4</b> |           |        | <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo parziale |
| <b>5</b> |           |        | <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo parziale |
| ...      |           |        | <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo parziale |

Per il numero e il nome della sede fare riferimento alla griglia A10 della scheda "anagrafica servizio"

3. Titolo di studio posseduto:

☐ Diploma universitario in: \_\_\_\_\_

☐ Laurea in: \_\_\_\_\_

☐ Specializzazione post lauream in: \_\_\_\_\_

☐ Diploma di Educatore Professionale Animatore conseguito a seguito di corsi regionali triennali di formazione specifica

☐ Qualifica professionale di Operatore di Comunità Terapeutica in possesso dell'attestato di frequenza rilasciato dalla Regione Veneto

☐ Altro, specificare riportando per esteso il titolo di studio posseduto (per es. maturità scientifica)  
\_\_\_\_\_

4. Che rapporto di lavoro ha con la struttura?

☐ dipendente a tempo determinato o indeterminato

☐ socio/dipendente della cooperativa appaltatrice

☐ contratto esterno

☐ convenzionato con AUSL

☐ personale religioso

☐ Altro (specificare)  
\_\_\_\_\_

### Standard di accreditamento

5. Il Direttore Responsabile è iscritto ad un albo professionale?

**si**      **no**      **Non pertinente**

6. Indicare il numero di anni di esperienza nel settore specifico:

7. Durante questi anni di esperienza, era definito un rapporto di lavoro retribuito?

si

no

8. Quanti anni è durato il rapporto di lavoro retribuito?

9. Tale esperienza si è svolta presso servizi:

☐

pubblici

☐

privati autorizzati

☐

altro, *specificare:*

**Ulteriori note**

Cognome e Nome operatore: \_\_\_\_\_



(tagliare lungo il bordo prima dell'invio)

## SCHEDA OPERATORE

N. \_\_\_\_\_ (INSERIRE UN NUMERO PROGRESSIVO)

**La presente SCHEDA deve essere compilata PER OGNI OPERATORE che opera nel servizio.**

### Standard di autorizzazione

1. L'operatore è condiviso da più sedi di servizio?

**si** **no**

2.1 Indicare il numero di ore settimanali complessive svolte presso il servizio:

|  |
|--|
|  |
|--|

2.2 Indicare se l'operatore lavora: ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale

3. la presenza degli operatori nella sede di lavoro viene documentata da apposita documentazione?

**si** **no**

### 4. Che funzione svolge all'interno della struttura?

☐ Educatore – animatore

☐ Assistente sociale

☐ Psicologo

☐ Fisioterapista

☐ Medico - psichiatra

☐ Infermiere

☐ Supervisore

☐ personale amministrativo

☐ Segretario / economo

☐ Applicato

☐ Altro (specificare):

### 5. Che titolo di studio possiede?

☐ Diploma di scuola media inferiore

☐ Diploma di scuola media superiore/ scuola professionale

☐ Qualifica di operatore di comunità terapeutica rilasciata dalla Regione Veneto

☐ diploma di Educatore Professionale Animatore conseguito a seguito di corsi regionali triennali di formazione specifica

☐ diploma universitario di Educatore Professionale

☐ diploma di laurea di Educatore Professionale

☐ diploma di laurea in Scienze dell'Educazione

☐ Diploma di laurea di Assistenza Sociale

☐ diploma di laurea in Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo in Educatore Professionale

☐ diploma di laurea in psicologia

☐ diploma di laurea in medicina con specializzazione in psichiatria

☐ diploma di laurea in medicina con specializzazione in tossicologia

☐ Diploma di infermiere professionale

☐ qualifica di operatore addetto all'assistenza conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni

☐ qualifica di Operatore Tecnico Assistenziale (O.T.A.) conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni

☐ qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni

☐ qualifica di Operatore Socio Sanitario – Specializzato (O.S.S.-S.), conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni

☐ Altro, in tal caso riportare per esteso il titolo di studio posseduto

**6. Che rapporto di lavoro ha con la struttura?**

- ☐ dipendente a tempo determinato o indeterminato
- ☐ socio/dipendente della cooperativa appaltatrice
- ☐ contratto esterno
- ☐ convenzionato con AUSL
- ☐ personale religioso
- ☐ volontario/servizio civile
- ☐ Personale che stia frequentando un corso di formazione per operatore di comunità, educatore, ...:
- ☐ Altro (specificare)

7. L'operatore svolge anche il ruolo di coordinatore di sede?

**si** **no**

7.1 Se sì, indicare in quale sede svolge il ruolo di coordinatore di sede:

Standard di accreditamento:

9. L'operatore è iscritto ad un albo professionale?

**si** **no** **Non pertinente**

10. Indicare il numero di anni di esperienza nel settore specifico:

11. Durante questi anni di esperienza, era definito un rapporto di lavoro retribuito?

**si** **no**

12. Quanti anni è durato il rapporto di lavoro retribuito?

13. Tale esperienza si è svolta presso servizi:

- ☐ Pubblici
- ☐ privati autorizzati
- ☐ altro, specificare:

14. L'operatore svolge anche il ruolo di Case Manager?

**si** **no**

15. L'operatore ha seguito un programma di riabilitazione ?

**si** **no**

15.1 se SI, ha concluso tale programma con esito positivo?

**si** **no**

15.2 se sì, da quanto tempo ha concluso tale programma?

Anni/mesi

*Se l'operatore presta servizio come volontario/servizio civile:*

16.1 Se l'operatore presta servizio come volontario/servizio civile, indicare il numero di ore di impegno settimanale previste:

ore

16.2 L'operatore ha steso una dichiarazione scritta di impegno continuativo nel servizio?

**si** **no**

16.3 Se sì, qual è la durata prevista di tale impegno continuativo?

Anni/mesi

*Se l'operatore sta seguendo un corso di formazione per operatore di comunità, educatore, ...:*

17.1 se l'operatore sta seguendo un corso di formazione, indicare in % la quota di programma curricolare del corso già completato:

%

17.2 se sì, indicare il numero di ore di lavoro settimanali presso il servizio:

ore

**Ulteriori note**

## NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLO STRUMENTO DI RACCOLTA DATI

*Lo strumento di raccolta dati ha la finalità di raccogliere una serie di informazioni relativamente ai requisiti di autorizzazione all'esercizio a cui il Servizio deve rispondere.*

Tale strumento risulta composto delle parti qui di seguito illustrate *(ciascuna tipologia di unità d'offerta presenta esclusivamente le parti pertinenti alle proprie caratteristiche, in accordo con quanto richiesto dai requisiti specifici)*:

1. *Scheda anagrafica* → in tale scheda vanno riportate le informazioni 'anagrafiche' del servizio nel suo complesso e della singola sede operativa o intervento operativo (per i Servizi Territoriali), nonché tutti i dati che servono a connotare l'unità d'offerta in cui il Servizio si identifica (informazioni circa caratteristiche e numerosità utenti). Nel caso di più sedi operative o più interventi operativi, compilare una scheda sede o una scheda intervento operativo per ciascuna/ciascuno di esse/i.
2. *Scheda aspetti strutturali e aspetti relativi al personale* → nella prima parte di tale scheda devono essere riportati i dati attraverso cui poter rispondere ai requisiti di autorizzazione relativi agli aspetti strutturali, strumentali e di localizzazione della struttura. Nella seconda parte devono essere riportati, in maniera aggregata, i dati relativamente al personale impiegato nel servizio. Nella scheda i dati richiesti sono raggruppati in base al requisito cui si riferiscono.
3. *Scheda direttore del servizio* → tale scheda deve essere compilata con i dati (monte orario, qualifica, compiti) relativi al direttore del servizio.
4. *Scheda operatore* → tale scheda deve essere compilata per ciascuna altra figura che opera nella struttura, indipendentemente dal rapporto contrattuale, compresi il personale religioso, volontari, personale in formazione.

**NOTA:** *per essere certi di raccogliere le schede per tutti gli operatori, è previsto uno spazio per indicarne il nome e il cognome: tale informazione andrà tolta prima dell'invio, tagliando la scheda in corrispondenza del tratteggio, in modo da renderla anonima.*

