

Denominazione

SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C1 (PER MADRI TOSSICODIPENDENTI E/O ALCOLDIPENDENTI CON FIGLI)

Descrizione della tipologia di servizio:

Definizione	Servizi residenziali per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti
Finalità	Ha finalità di accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo.
Utenza	Accoglie madri tossicodipendenti o alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi, con figli.
Capacità ricettiva	I servizi residenziali per tossicodipendenti devono essere organizzati per moduli di massimo 15 utenti.

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° _____ comune (PR) _____ CAP _ _ _ _ _	
2		Via _____ n° _____ comune (PR) _____ CAP _ _ _ _ _	
3		Via _____ n° _____ comune (PR) _____ CAP _ _ _ _ _	
4		Via _____ n° _____ comune (PR) _____ CAP _ _ _ _ _	
5		Via _____ n° _____ comune (PR) _____ CAP _ _ _ _ _	
...		Via _____ n° _____ comune (PR) _____ 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. Numero totale di posti letto della sede operativa:

B6 Riportare, nella tabella seguente, il numero di posti letto occupati nella sede operativa per area di intervento secondo i seguenti criteri: 1=presenza massima giornaliera; 2=presenza minima giornaliera; 3=presenza media giornaliera*:

Area di intervento	Tipologia di utenza	1*	2*	3*	Dato non rilevabile
Accoglienza/ Presa in carico	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti				
	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi				
	☐ Altro, specificare: _____				
Cura e trattamento/ prevenzione secondaria	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti				
	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi				
	☐ Altro, specificare: _____				
Reinserimento sociale e lavorativo semiresidenziale	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti				
	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi				
	☐ Altro, specificare: _____				
Altre aree di intervento, specificare: _____	☐ Altre tipologie di utenza, specificare: _____				
	☐ _____				

	totale				

***1= numero massimo di presenze in un giorno (nel 2004)**

2= numero minimo di presenze in un giorno (nel 2004)

3= sommatoria di tutte le presenze giornaliere nell'anno 2004 diviso per i giorni di apertura

B7 Nello stesso edificio in cui è collocato il servizio residenziale di tipo C1 sono presenti altre tipologie di Servizi rivolti a tossicodipendenti e/o alcooldipendenti?

Si ☐ No ☐

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

Servizi residenziali di tipo A (di base)	☐
Servizi residenziali di tipo B (intensivo)	☐
Servizi residenziali di tipo C (specialistico)	☐
Servizi residenziali di tipo C2 (per minori tossicodipendenti e/o alcooldipendenti)	☐
Servizi di pronta accoglienza	☐
Servizi ambulatoriali	☐
Servizi semiresidenziali	☐
Servizi territoriali	☐
Altro (specificare)	☐

B8 La sede operativa è organizzata per moduli funzionali:

Si ☐ No ☐

B8.1 Se sì, indicarne il numero

B9 Indicare per ciascun modulo funzionale le seguenti informazioni, assegnando a ciascun modulo un numero progressivo:

N°	Funzione	N° massimo di posti letto	Eventuali note
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
...			
...			
Tot			

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

SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C1 (PER MADRI TOSSICODIPENDENTI E/O ALCOLDIPENDENTI CON FIGLI)

(compilare una scheda per ognuna delle sedi operative indicate al precedente punto A10)

SR-C1 – au -2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.4.1, 2.5.1, 3.6.1,3.9.4

r1 All'interno della sede operativa è presente:

r1.1 Area/e abitativa/e - alloggi	si	no
r1.2 Area dedicata ai servizi collettivi	si	no
r1.3 Area dedicata ai servizi generali	si	no

Riportare le seguenti informazioni relativamente agli aspetti strutturali:

r2.1 Mq della superficie utile funzionale

(Per superficie utile funzionale si intende la superficie netta necessaria per lo svolgimento delle varie funzioni, quindi comprensiva di area abitativa, servizi collettivi e generali, connettivo, esclusi i porticati, scale ed elevatori, balconi e terrazze, nonché luoghi sicuri e scale di sicurezza)

--

r2.2 Mq area abitativa

(Dell'area abitativa fanno parte integrante i servizi di modulo, escluso il connettivo)

--

r3.1 Riportare il numero e la tipologia delle camere per ciascun modulo funzionale (riportare i moduli nello stesso ordine della tabella di pagina 4):

	Singole	doppie	triple	più di tre letti	TOTALE
a. Modulo 1:					
b. Modulo 2:					
c. Modulo 3:					
d. Modulo 4:					
e. Modulo 5:					
f. Modulo 6:					
g. Modulo 7:					
h. Modulo 8:					
i. Modulo 9:					
l. Modulo 10:					
m. Modulo 11					
n. Modulo 12					
o. Modulo ...					
p. Modulo ...					

r4 Gli spazi destinati alle camere da letto risultano:

(barrare con una crocetta l'opzione di risposta più appropriata)

	Per nulla	In parte	Del tutto
r4.1 risultano adeguati quanto ad arredi presenti (armadio, comodino, letto, ...)			
r4.3 risultano adeguati a garantire la privacy degli ospiti			
R4.4 risultano adeguati favorire la personalizzazione dello spazio fisico			

R4.5 Nel servizio è previsto uno spazio ludico per i bambini?

si

no

(barrare con una crocetta l'opzione di risposta più appropriata)

Per nulla

In parte

Del tutto

R4.6 Se sì, risultano adeguati e attrezzati per favorire l'attività ludica dei bambini

R5. Riportare le seguenti informazioni sui servizi igienici dei singoli moduli:

(riportare i moduli nello stesso ordine della pagina precedente)

Modulo	N° servizi igienici collegati alle stanze da letto	Tali servizi igienici sono facilmente accessibili dalle stanze da letto? (barrare con una crocetta)		
1		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
2		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
3		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
4		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
5		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
6		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
7		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
8		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
9		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
10		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
11		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
12		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
....		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
....		Per nulla	Abbastanza	Del tutto
Numero totale servizi igienici collegati alle stanze da letto				

r6 Riportare il numero di servizi igienici collegati ai luoghi comuni:

r7 Tali servizi igienici sono in posizione tale da essere facilmente raggiungibili con percorsi brevi:

Per nulla

In parte

Del tutto

r8 Riportare il numero di servizi igienici riservati agli operatori:

r9 Verificare se gli spazi dedicati ai servizi collettivi sono tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di:

(barrare con una crocetta)

				2. se no, si fa riferimento a strutture esterne?		3. se sì alla precedente, sono comunque fruibili nelle immediate vicinanze della struttura?	
r9.1 pranzo	si	no	→	si	No	si	no
r9.1 soggiorno	si	no	→	si	No	si	no
r9.2 socializzazione	si	no	→	si	No	si	no
r9.3 attività ricreative e/o occupazionali	si	no	→	si	No	si	no
r9.4 attività di riabilitazione	si	no	→	si	No	si	no

r10 Verificare se gli spazi dedicati ai servizi generali sono tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di:

(barrare con una crocetta)

				2. se no, si fa riferimento a strutture esterne?		3. se si alla precedente, sono comunque fruibili nelle immediate vicinanze della struttura?	
r10.1 cucina	si	no	→	si	No	si	no
r10.1 dispensa	si	no	→	si	No	si	no
r10.2 lavanderia	si	no	→	si	No	si	no
r10.3 guardaroba	si	no	→	si	No	si	no

r.11 All'interno della sede sono presenti:

r11.1 locali per il Direttore Responsabile

si No

r11.2 locali per gli operatori

si No

r12 Gli spazi generali risultano:

(barrare con una crocetta l'opzione di risposta più appropriata)

r12.1 Nel complesso gli spazi dedicati ai servizi generali sono adeguati al numero di ospiti?

Per nulla	In parte	Del tutto

r13 Nel complesso:

(barrare con una crocetta l'opzione di risposta più appropriata)

r13.1 Tutte le funzioni sono chiaramente distribuite all'interno della sede?

r13.2 Tutte le funzioni sono chiaramente differenziate all'interno della struttura?

r13.3 Tutti i locali sono adeguatamente arredati, favorendo la personalizzazione dello spazio fisico?

Per nulla	In parte	Del tutto

SR-C1- au – 3.1.4

r14 All'interno della sede sono presenti:

r14.1 Apparecchi telefonici accessibili agli utenti durante tutte le 24 ore

si No

r14.2 Indicare il numero di apparecchi telefonici a accessibili agli utenti nelle 24 ore

--

r15 Verificare se all'interno della sede:

(barrare con una crocetta l'opzione di risposta più appropriata)

r15.1 la strumentazione in dotazione è idonea a garantire agli utenti di comunicare facilmente con il personale preposto per la reperibilità notturna

Per nulla	In parte	Del tutto

SR-C1-au – 2.2.1

r16.1 La sede è collocata in una zona residenziale?

si no

R16.2 La sede è collocata in un area rurale?

si no

r17 Dalla sede è possibile raggiungere a piedi:

			Se sì, in quanti minuti?
r17.1 fermata dell'autobus/tram	sì	no	
r17.2 fermata della corriera	sì	no	
r17.3 stazione ferroviaria	sì	no	

r18 Con che frequenza avvengono le corse del mezzo pubblico più vicino?

Numero di corse all'ora

r19 Osservare se la sede è situata in zona:

r19.1 ben soleggiata	sì	no
r19.2 priva di fonti di inquinamento da sedi stradali d grande traffico	sì	no
r19.3 dotata di spazi a verde pubblico	sì	no

Denominazione

**SERVIZI RESIDENZIALI DI TIPO C1 (PER MADRI
TOSSICODIPENDENTI E/O ALCOLDIPENDENTI CON FIGLI MINORI)**

SR-C1-au 1.1.1, 1.1.2

- 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.

a. OPERATORE:

a.1 Numero di operatori che lavorano nel servizio

(indicare il numero di persone totali che svolgono tale funzione indipendentemente dal fatto che siano part time o a tempo pieno e che siano dipendenti dell'ente pubblico o di cooperative appaltatrici)

a.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dagli operatori

(indicare il numero totale di ore a settimana, per es. se ci sono 4 addetti all'assistenza, di cui 2 a 38 ore settimanali, 1 a 18 ore e la quarta persona a 8, il calcolo che si dovrà fare è il seguente:
 $38 + 38 + 18 + 8 = 102$, quindi il numero da riportare è 102)

a.3 Riportare il titolo di studio di tutto il personale con funzione di operatore:

	Numero di persone con tale titolo di studio
▪ operatore di comunità terapeutica in possesso dell'attestato di frequenza rilasciato dalla Regione Veneto	
▪ 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	
▪ assistente sociale	
▪ operatore addetto all'assistenza e/o Operatore Tecnico Assistenziale (O.T.A.) conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni.	
▪ Operatore Socio Sanitario (O.S.S) conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni.	
▪ Operatore Socio Sanitario – Specializzato (O.S.S.-S.), conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni	
▪ Altro titolo specificare*	
▪ Altro titolo specificare*	
Totale operatori **	

* 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

b. PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE:

b.1 Numero di persone che nel servizio svolgono la funzione di addetti alle attività infermieristiche

(indicare il numero di persone totali che svolgono tale funzione indipendentemente dal fatto che siano part time o a tempo pieno e che siano dipendenti dell'ente pubblico o di cooperative appaltatrici)

b.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dal personale con funzione di addetto alle attività infermieristiche con diploma di infermiere professionale

(indicare il numero totale di ore a settimana, per es. se ci sono 4 addetti alle attività infermieristiche, di cui 2 con qualifica di infermiere professionale a 18 ore ciascuno, mentre gli altri 2 con qualifica OSS – S a 8 ore uno e 10 l'altro, si riporterà la somma $18 + 18 + 8 + 10 = 54$)

b.3 Riportare il titolo di studio di tutto il personale con funzione di addetto alle attività infermieristiche:

	Numero di persone con tale titolo di studio
▪ Diploma di infermiere	
▪ Operatore Socio Sanitario – Specializzato (O.S.S.-S.), conseguito dopo la frequenza di appositi corsi riconosciuti dallo Stato o dalle Regioni	
▪ Altro titolo <i>specificare*</i>	
▪ Altro titolo <i>specificare*</i>	
Totale personale con funzione di addetto attività infermieristiche **	

* 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 b.1 precedente

b.4 Per quante ore settimanali è garantita la presenza di personale con diploma di infermiere professionale ?

c. PERSONALE MEDICO:

c.1 Numero di medici che collaborano col servizio per interventi di tipo ambulatoriale

(indicare il numero di persone totali che svolgono tale funzione)

c.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dal personale medico

(indicare il numero totale di ore a settimana)

c.3 Riportare il titolo di studio di tutto il personale medico:

	Numero di persone con tale titolo di studio
▪ Laurea in medicina con specializzazione in psichiatria	
▪ Altro titolo <i>specificare*</i>	
▪ Altro titolo <i>specificare*</i>	
Totale personale medico	

d. PERSONALE AMMINISTRATIVO:

d.1 Numero di persone che nel servizio svolgono la funzione amministrativa

d.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dal personale con funzione amministrativa

e. PSICOLOGO:

e.1 Numero di persone che nel servizio svolgono la funzione di psicologo

e.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dal personale con funzione di psicologo

f. SUPERVISORE:

f.1 Numero di persone che nel servizio svolgono la funzione di supervisore

f.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dal personale con funzione di supervisore

g. PSICOTERAPEUTA:

g.1 Numero di persone che nel servizio svolgono la funzione di psicoterapeuta

g.2 Numero complessivo di ore a settimana svolte dal personale con funzione di psicoterapeuta

h. REPERIBILITA' NOTTURNA:

h.1 Durante l'orario notturno (dalle ore 23 alle ore 07) il Servizio:

h.1.1 si avvale della presenza di personale interno

si

no

h.1.2 si avvale della presenza di personale esterno non specializzato

si

no

h.1.3 garantisce un servizio di reperibilità notturna

si

no

SR-C1-acc 1.4.4, 1.4.5, 1.4.7, 1.4.8

Altro Personale:

i. PERSONALE CON RUOLI SANITARI:

Verificare se:

i1 E' prevista l'utilizzazione di unità di personale con ruoli sanitari dipendente delle aziende del S.S.N.?

si

no

l. CASE MANAGER:

Verificare se:

l.1.1 E' prevista la presenza del ruolo di referente socio-sanitario (case manager) all'interno del servizio?

si

no

l.1.2 Indicare il numero di referenti socio-sanitario (case manager) presenti nel servizio

l.1.3 Il nominativo del case manager viene comunicato direttamente all'utente?

si

no

l.1.4 Il nominativo del case manager viene comunicato direttamente alla famiglia dell'utente?

si

no

m. SOGGETTI CHE HANNO CONCLUSO IL PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE:

m.1.1 Nel personale del servizio sono compresi soggetti che hanno concluso il programma di riabilitazione?

si

no

m.1.2 Se sì, indicare il numero di soggetti che hanno concluso il programma di riabilitazione:

n. VOLONTARI/OBIETTORI DI COSCIENZA:

n.1.1 Nel personale del servizio sono compresi volontari/obiettori di coscienza?

si

no

n.1.2 Se sì, indicare il numero di volontari/obiettori di coscienza:

o. PERSONALE IN FORMAZIONE:

o.1.1 Nel servizio è ammessa la presenza del seguente personale in formazione (operatori di comunità, educatori, ..)

si

no

o.1.2 Se sì, indicare il numero del personale in formazione :

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
1		
2		
3		
4		
5		
...		

☐ tempo pieno ☐ tempo parziale

☐ tempo pieno ☐ tempo parziale

☐ tempo pieno ☐ tempo parziale

☐ tempo pieno ☐ tempo parziale

☐ tempo pieno ☐ tempo parziale

☐ tempo pieno ☐ 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)

☐ dipendente a tempo determinato o indeterminato

☐ socio/dipendente della cooperativa appaltatrice

☐ contratto esterno

4. Che rapporto di lavoro ha con la struttura?

☐ convenzionato con AUSL

☐ personale religioso

☐ Altro (specificare)

Standard di accreditamento

si

no

Non
pertinente

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

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.*