

Denominazione

SERVIZIO TERRITORIALE

Descrizione della tipologia di servizio:

Definizione	Servizi territoriali realizzati a livello di comunità locale mediante operatori di strada, unità mobili, strutture intermedie di accoglienza(drop-in) e programma di supporto tra pari
Finalità	Prevenzione primaria, secondaria e terziaria, specificamente rivolta all'uso sostanze d'abuso, incluso l'alcol, e primo contatto con l'utenza per l'invio e la presa in carico da parte di servizi sociali e/o sanitari specialistici
Utenza	Persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, consumatori abituali e occasionali di sostanze d'abuso, persone a rischio di contatto con sostanze d'abuso, incluso l'alcol
Capacità ricettiva	(Non Applicabile)

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 Indicare il nome e la tipologie di ogni intervento operativo (IO):

Num IO	nome dell' intervento operativo	Tipo di intervento operativo (barrare con una crocetta)
1		☐ Promozione salute/prevenzione primaria ☐ Cura e trattamento/ prevenzione secondaria ☐ Prevenzione terziaria e/o riduzione del rischio ☐ Altro, specificare: _____
2		☐ Promozione salute/prevenzione primaria ☐ Cura e trattamento/ prevenzione secondaria ☐ Prevenzione terziaria e/o riduzione del rischio ☐ Altro, specificare: _____
3		☐ Promozione salute/prevenzione primaria ☐ Cura e trattamento/ prevenzione secondaria ☐ Prevenzione terziaria e/o riduzione del rischio ☐ Altro, specificare: _____
4		☐ Promozione salute/prevenzione primaria ☐ Cura e trattamento/ prevenzione secondaria ☐ Prevenzione terziaria e/o riduzione del rischio ☐ Altro, specificare: _____
5		☐ Promozione salute/prevenzione primaria ☐ Cura e trattamento/ prevenzione secondaria ☐ Prevenzione terziaria e/o riduzione del rischio ☐ Altro, specificare: _____
...		☐ Promozione salute/prevenzione primaria ☐ Cura e trattamento/ prevenzione secondaria ☐ Prevenzione terziaria e/o riduzione del rischio ☐ Altro, specificare: _____

DOMANDE RELATIVE AL SINGOLO INTERVENTO OPERATIVO N° |__|
(compilare una scheda per ognuno degli interventi operativi indicati al precedente punto A9)

B1 Breve descrizione dell'intervento operativo:

B2 Nome e cognome del responsabile dell'intervento operativo:

B3 Localizzazione dell'intervento operativo: ☐ Itinerante (unità mobile) ☐ Stabile (sede operativa)

B4 Indicare la durata dell'intervento (giorni):

B5 Indicare i mesi in cui si svolge l'intervento:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Gennaio | ☐ Luglio |
| ☐ Febbraio | ☐ Agosto |
| ☐ Marzo | ☐ Settembre |
| ☐ Aprile | ☐ Ottobre |
| ☐ Maggio | ☐ Novembre |
| ☐ Giugno | ☐ Dicembre |

B6 Se l'intervento è itinerante indicare:

N°	Zona o il luogo di svolgimento dell'intervento	La strumentazione utilizzata (automezzi, ...) per lo svolgimento dell'intervento:
1		
2		
3		
4		
5		
...		

B7 Se l'intervento è stabile indicare:

B7.1 Numero e recapito delle sedi operative in cui si svolge l'intervento:

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 _ _ _ _ _	
...		Via _____ n° _____ comune (PR) _____ CAP _ _ _ _ _	

B7.2 Altri recapiti della sede operativa: telefono

fax

e-mail

Per ogni tipo di intervento (itinerante, stabile):

B8 Riportare, nella tabella seguente, la tipologia (e se possibile la numerosità) degli utenti dell'intervento operativo:

n° I.O.	Tipologia di utenza	Numero utenti nell'anno 2004	Dato non rilevabile
	☐ Soggetti non consumatori di sostanze		
	☐ Soggetti consumatori di sostanze (fanno uso di sostanze)		
	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti		
	☐ Soggetti tossicodipendenti/alcolisti con doppia diagnosi		
	☐ Altro, specificare: _____		
	totale		

B9 L'intervento presenta delle caratteristiche non congruenti alla definizione riportata a pagina 1? (descrizione della tipologia di servizio)

Si ☐ No ☐

B9.1 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

☐

Altro, specificare:

☐

B10.2 Riportare una breve descrizione

SERVIZIO TERRITORIALE

(compilare una scheda per ognuna delle sedi operative di cui al precedente punto b 7.1)

ST- au -1.3.1

r1 All'interno della sede operativa è presente:

r1.1 locali per il Direttore Responsabile

si	no
----	----

r1.2 locali per gli operatori

si	no
----	----

r1.3 locali per le attività riabilitative

si	no
----	----

r2 Riportare il numero di locali per il Direttore Responsabile:

r3 Riportare il numero di locali per gli operatori:

r4 Riportare il numero di locali per le attività riabilitative:

r5 Osservare gli spazi dedicati ai servizi generali e verificare se sono tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di:

r5.1 Numero complessivo di servizi igienici per gli operatori (dedicati ai maschi ed alle femmine)

r5.2 (Se sì) Tali servizi igienici sono distinti per sesso?

si	no
----	----

r5.3 Numero complessivo di servizi igienici per gli utenti (dedicati ai maschi ed alle femmine)

r5.4 (Se sì) Tali servizi igienici sono distinti per sesso?

si	no
----	----

r6 Nel complesso gli spazi dedicati alle attività riabilitative sono adeguati al numero di ospiti?

<i>Del tutto</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Poco</i>	<i>Per nulla</i>
------------------	-------------------	-------------	------------------

r7 Nel complesso gli spazi dedicati alle attività riabilitative sono adeguati alle modalità di intervento?

<i>Del tutto</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Poco</i>	<i>Per nulla</i>
------------------	-------------------	-------------	------------------

ST -au 1.2.1, 1.2.2

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

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 <i>specificare*</i>	
▪ Altro titolo <i>specificare*</i>	
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 AMMINISTRATIVO:

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

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

c. SUPERVISORE:

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

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

ST-acc 1.3.3, 1.3.4, 1.3.5, 1.3.7

d. PERSONALE CON RUOLI SANITARI:

Verificare se:

d1 E' prevista l'utilizzazione di unità di personale con ruoli sanitari dipendente delle aziende del S.S.N.?

si

no

e. CASE MANAGER:

Verificare se:

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

si

no

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

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

si

no

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

si

no

f. VOLONTARI/OBIETTORI DI COSCIENZA:

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

si

no

f.1.2 Se si, indicare il numero di volontari/obiettori di coscienza:

g. PERSONALE IN FORMAZIONE:

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

si

no

g.1.2 Se si, indicare il numero del personale in formazione :

SCHEMA 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.*