

Denominazione

**HRSA**

**Parte anagrafica**

Denominazione struttura:

Indirizzo della struttura:

via

n°

Cap.

Comune

Pr

Altri recapiti della struttura: telefono

fax

e-mail

Nome e cognome del responsabile della struttura:

Denominazione ente gestore:

Indirizzo ente gestore:

via

n°

Cap.

Comune

Pr

Altri recapiti ente gestore: telefono

fax

e-mail

Natura giuridica ente gestore:

Comune singolo

Comune associato

Ente morale/fondazione

IPAB

Cooperativa sociale

Associazione

Privato religioso

Azienda sanitaria pubblica

Altro (specificare)

Nome e Cognome del direttore/responsabile dell'Ente Gestore:

La struttura è in possesso di certificazione di qualità?

Si  No  In corso

Se sì, di che tipo di certificazione si tratta?

Riportare la data del rilascio:

-- / -- / --

Indicare nome e cognome del compilatore  
della scheda:

Data di compilazione

Numero totale di posti letto disponibili al 01/01/05:

Tasso annuo di occupazione:

La struttura è organizzata per nuclei

Si  No

Se sì, indicarne il numero

Indicare per ciascun nucleo le seguenti informazioni, assegnando a ciascun nucleo un numero progressivo:

N°	N° massimo di posti letto	N° di ospiti presenti in data: 01/01/05			Eventuali note
		Totale	di cui autosufficienti	di cui non autosufficienti	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
...					
<b>Tot</b>					

Il servizio presenta delle caratteristiche non congruenti alla definizione  
Riportata nella classificazione del manuale di attuazione (DGR 2501/2004)?

Si  No

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

Riportare una breve descrizione

## Parte requisiti strutturali

Riportare il numero e la tipologia delle camere per ciascun nucleo

	SINGOLE	DOPPIE	TRIPLE	QUADRUPLE	CON 5 o PIU' LETTI	TOTALE
a. Nucleo 1:						
b. Nucleo 2:						
c. Nucleo 3:						
d. Nucleo 4:						
e. Nucleo 5:						
f. Nucleo 6:						
g. Nucleo 7:						
h. Nucleo 8:						
i. Nucleo 9:						
l. Nucleo 10:						
m. Nucleo 11						
n. Nucleo 12						
o. Nucleo ...						
p. Nucleo ...						

Riportare le seguenti informazioni sulla presenza di servizi igienici di nucleo:

**Riportare le seguenti informazioni sui servizi igienici di nucleo per non autosufficienti ed RSA:**

Nucleo	È presente un bagno assistito di nucleo?
1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
...	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
...	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Numero totale di bagni assistiti presenti nei nuclei</b>	

Riportare il numero di servizi igienici collegati ai luoghi comuni:	
Riportare il numero di bagni assistiti presenti negli spazi comuni:	

*All'interno della struttura è presente:*

Area/e abitativa/e - alloggi	si	no
Area dedicata ai servizi collettivi	si	no
Area dedicata ai servizi generali	si	no

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 situazioni esterne?		3. se si alla precedente, sono comunque fruibili nelle immediate vicinanze della struttura?	
	si	no		si	no	si	no
pranzo e soggiorno	si	no	→	si	no	si	no
socializzazione	si	no	→	si	no	si	no
attività ricreative e/o occupazionali	si	no	→	si	no	si	no
attività connesse alla cura della persona	si	no	→	si	no	si	no
ingresso/accogliimento	si	no	→	si	no	si	no
amministrazione	si	no	→	si	no	si	no
riunioni	si	no	→	si	no	si	no
culto	si	no	→	si	no	si	no

Riportare il numero di ambulatori presenti nella struttura:	
È presente anche una sala d'attesa dell'ambulatorio?	si no
Riportare il numero di palestre presenti nella struttura:	
Tali palestre permettono di svolgere le seguenti attività?	
attività motorie	si no
attività di riabilitazione	si no
attività di fisioterapia	si no

<i>Sono presenti degli spazi per lo svolgimento delle seguenti attività?</i>		
attività motorie	si	no
attività di riabilitazione funzionale	si	no

*(Per tutte le tipologie di servizi) All'interno della struttura è presente:*

cucina	si	no
lavanderia	si	no
deposito	si	no
magazzino (in particolare per materiale sanitario)	si	no
spogliatoio operatori	si	no
Numero complessivo di servizi igienici per gli operatori (dedicati ai maschi ed alle femmine)		

Se sì, tali servizi igienici sono distinti per sesso?	<b>si</b>	<b>no</b>
---	-----------	-----------

Se la cucina non è interna alla struttura, è prevista una soluzione esterna?	<b>si</b>	<b>no</b>
Se sì, è comunque presente all'interno della struttura un locale per lo smistamento del cibo proveniente dall'esterno?	<b>si</b>	<b>no</b>

La struttura è ripartita su più piani?	<b>si</b>	<b>no</b>
--	-----------	-----------

*Se la struttura è ripartita su più piani:*

Sono presenti montalettighe?	<b>si</b>	<b>no</b>	Se sì, quante?			
Sono presenti ascensori?	<b>si</b>	<b>no</b>	Se sì, quanti?			
Gli ascensori presenti hanno dimensioni tali da poter contenere una carrozzella per mutuolesi o un carrello di servizio con accompagnatore?				<table border="1"> <tr> <td><b>si</b></td> <td><b>no</b></td> </tr> </table>	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>si</b>	<b>no</b>					

Sono presenti letti regolabili in altezza?	<b>si</b>	<b>no</b>
Sono presenti letti con 2 o più snodi?	<b>si</b>	<b>no</b>

La struttura è collocata in una zona residenziale?	<b>si</b>	<b>no</b>
--	-----------	-----------

*Dalla struttura è possibile raggiungere a piedi:*

fermata dell'autobus/tram	<b>si</b>	<b>no</b>
fermata della corriera	<b>si</b>	<b>no</b>
stazione ferroviaria	<b>si</b>	<b>no</b>

**SCHEDA PERSONALE HRSA RIASSUNTIVA**

	Dipendente tempo det./indet (specificare)	Socio/dipend. della Coop appaltatrice (specificare)	Contratto Esterno	Convenzionato con AUSL	Contratto Esterno	Convenzionato con AUSL	Personale religioso	Volontario / obiettore	Altro (specificare)
<b>Medico</b>									
<b>Infermiere</b>									
<b>Ota</b>									
<b>Oss</b>									
<b>Oss-s</b>									
<b>Assistente sociale</b>									
<b>Psicologo</b>									
<b>Fisioterapista</b>									
<b>Podologo</b>									
<b>Amministr.</b>									
<b>Educatore</b>									
<b>Animatore</b>									

