

## SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

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

Azienda pubblica

IPAB

Cooperativa sociale

Associazione

Privato religioso

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:*

*A12 Data di compilazione*

*Tasso di occupazione annuo dei posti letto:*

## SAPA (SEZIONE DI ALTA PROTEZIONE ALZHEIMER)

### REQUISITI STRUTTURALI

- Riportare le seguenti informazioni circa le dimensioni delle camere da letto:**

Quante sezioni ci sono?				
Ci sono sezioni con meno di 10 posti letto ?	<b>si</b>	<b>no</b>	(Se si) Quante?	<input type="text"/>
Se meno di 10 posti letto indicare quanti sono				
Ci sono sezioni con più di 15 posti letto?	<b>si</b>	<b>no</b>	(Se si) Quante?	<input type="text"/>
Se meno di 15 posti letto indicare quanti sono				
Ci sono stanze singole?	<b>si</b>	<b>no</b>	(Se si) Quante?	<input type="text"/>
Ci sono stanze doppie?	<b>si</b>	<b>no</b>	(Se si) Quante?	<input type="text"/>
Ci sono stanze triple?	<b>si</b>	<b>no</b>	(Se si) Quante?	<input type="text"/>
Ci sono stanze con più di 4 letti?	<b>si</b>	<b>no</b>	(Se si) Quante?	<input type="text"/>

Inserire il numero totale dei servizi igienici	<input type="text"/>
Quanti dei servizi igienici sono collegati ai luoghi comuni?	<input type="text"/>
Riportare il numero di servizi igienici per il personale e locale spogliatoio	<input type="text"/>

- All'interno della struttura è presente:**

è prevista lavanderia?	<b>si</b>	<b>no</b>
Il servizio è appaltato?	<b>si</b>	<b>no</b>
spogliatoio operatori	<b>si</b>	<b>no</b>
È previsto un locale dispensa ?	<b>si</b>	<b>no</b>
E' presente un vano per deposito biancheria pulira?	<b>si</b>	<b>no</b>

Quanti letti ci sono?	<input type="text"/>
Quanti letti sono regolabili in altezza?	<input type="text"/>
Quanti non sono regolabili in altezza?	<input type="text"/>

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 SAPA 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>									

