

*Denominazione***CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA'***Descrizione della tipologia di servizio:*

<i>Definizione</i>	È un servizio territoriale a carattere diurno rivolto a persone con disabilità con diversi profili di autosufficienza, che fornisce interventi a carattere educativo-riabilitativo-assistenziale.
<i>Finalità</i>	Riabilitativa, educativa, di socializzazione, di aumento e/o mantenimento delle abilità residue.
<i>Utenza</i>	Persone con disabilità in età post-scolare con diversi profili di autosufficienza.
<i>Capacità ricettiva</i>	Fino a 30 ospiti organizzati in gruppi.

*A1 Denominazione struttura:**A2 Indirizzo della struttura:* via n°

Cap.

Comune

Pr

A3 Altri recapiti della struttura: telefono fax

e-mail

*A4 Nome e cognome del responsabile della struttura:**A5 Denominazione ente gestore:**A6 Indirizzo ente gestore:* via n°

Cap.

Comune

Pr

A7 Altri recapiti ente gestore: telefono fax

e-mail

A8 Natura giuridica ente gestore:

Comune singolo

☐

Comune associato

☐

Ente morale/fondazione

☐

IPAB

☐

Cooperativa sociale

☐

Associazione

☐

Privato religioso

☐

Altro (specificare)

☐

A9 Nome e Cognome del direttore/responsabile dell'Ente Gestore:

A10 La struttura è in possesso di certificazione di qualità?

Si ☐ No ☐ In corso ☐

A10.1 Se sì, di che tipo di certificazione si tratta?

A10.2 Riportare la data del rilascio:

_ _ / _ _ / _ _

A11 Indicare nome e cognome del compilatore della scheda:

A12 Data di compilazione

A13.1 Numero totale di utenti iscritti al 01/01/05:

A13.1.1 Di cui non autosufficienti

A13.2 Numero totale di utenti mediamente presenti al giorno::

A13.2.1 Di cui non autosufficienti

A14 La struttura è organizzata per gruppi

Si ☐ No ☐

A14.1 Se sì, indicarne il numero complessivo

A15 Indicare per ciascun gruppo le seguenti informazioni, assegnando a ciascun gruppo un numero progressivo:

N°	Denominazione gruppo	N° utenti	Tipologia utenti iscritti in data: 01/01/05			Descrizione caratteristiche utenti
			di cui autosufficienti o con parziale livello di autosufficienza	di cui NON autosufficienti	totale	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
...						
...						
Tot						

A16 Il servizio presenta delle caratteristiche non congruenti alla definizione riportata a pagina 1?

Si ☐ No ☐

A16.1 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

☐

A16.2 Riportare una breve descrizione

Denominazione

CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITÀ**CD-DIS au-2.2.1**

r1.1 La struttura è collocata in prossimità di una zona residenziale o in luoghi abitati?

si	no
----	----

Dalla struttura è possibile raggiungere a piedi:

r1.2.1 fermata dell'autobus/tram

si	no
----	----

r1.2.2 fermata della corriera

si	no
----	----

r1.2.3 stazione ferroviaria

si	no
----	----

Note:

CD-DIS au-2.3.1.1, au-2.3.1.2*Osservare il Centro e indicare se sono presenti:*

r2.1.1 zona pranzo

si	no
----	----

r2.1.2 locali ad uso collettivo

si	no
----	----

r2.1.3 locali polifunzionali dedicati alle attività degli ospiti

si	no
----	----

r2.1.4 zona riposo

si	no
----	----

I locali ad uso collettivo risultano:

r2.2.1 Adeguatamente articolati in base alla ricettività della struttura

si	In parte	No
----	----------	----

r2.2.2 Adeguatamente articolati in base alle attività che si svolgono all'interno della struttura

r2.2.3 Adeguati alle caratteristiche dell'utenza

Note:

CD-DIS au-2.3.2

In base alla pianta quotata della struttura verificare

Mq.

r3.1 Superficie complessiva della struttura

Note:

CD-DIS au- 2.4.1.1, au- 2.4.1.2, au- 2.4.1.3

	NUMERO COMPLESSIVO	Di cui attrezzati	Di cui assistiti	Di cui riservati al personale
r4.1 Numero servizi igienici:				

Note:

CD-DIS au-2.5.1.1, au2.5.1.2

r7.1.1 La struttura dispone di aree verdi esterne?	si	no
r7.1.2 Se sì, lo spazio verde esterno è attrezzato per ricevere funzioni esterne alla struttura per l'integrazione degli ospiti con la città o il paese?	si	no

	Per nulla adeguati	In parte adeguati	Adeguati
r7.2.1 Adeguati alla tipologia di utenza che ospita la struttura			
r7.2.2 Adeguati alla ricettività massima della struttura			
r7.2.3 Adeguatamente attrezzati per le attività che vi si svolgono			

Note:

CD-DIS au-3.6.1

	Per nulla adeguati	In parte adeguati	Adeguati
r6.1.1 Complessivamente gli arredi risultano adeguati alla tipologia di utenti accolti?			
r6.1.2 Complessivamente gli arredi risultano adeguati al numero di utenti accolti?			

	<i>Per nulla adeguati</i>	<i>In parte adeguati</i>	<i>Adeguati</i>
r6.1.3 Complessivamente le attrezzature e gli ausili tecnici e tecnologici risultano adeguate alla tipologia di utenti accolti?			
r6.1.4 Complessivamente le attrezzature e gli ausili tecnici e tecnologici risultano adeguate al numero di utenti accolti?			

CD-DIS au-3.7.1

r7.1.1 Indicare il numero di mezzi di trasporto a disposizione della struttura (presenza o possibilità accesso)		
r7.1.2 Indicare il numero di posti attrezzati per la non disabilità complessivi dei mezzi a disposizione		
r7.1.3 Indicare il numero di utenti che usufruiscono dei mezzi di trasporto della struttura		
r7.1.4.1 È prevista la presenza di un accompagnatore nei momenti di trasporto degli ospiti?	si	no
r7.1.4.2 Se sì, la presenza è stabilita in relazione alla gravità dell'handicap?	si	no

SCHEDA COORDINATORE STRUTTURA

La presente deve essere compilata **con riferimento al coordinatore di struttura**,

1. Il coordinatore di struttura svolge altre funzioni all'interno della struttura, oltre a quella di coordinatore?

Si ☐ No ☐

1.1 Se si indicare quale, tra le seguenti:

☐ addetto all'assistenza

☐ educatore-animatore

☐ addetto alle attività infermieristiche

☐ Altro (specificare)

1.2 Numero di ore a settimana dedicate all'attività di coordinamento

1.3 Numero di ore a settimana svolte per eventuali altre funzioni:

1.4 Numero di ore a settimana totali:

1.5 Titolo di studio posseduto:

☐ Laurea specialistica in

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

1.6 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

☐ Altro (specificare)

1.7 Quali compiti sono assegnati al coordinatore di struttura?

a. indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori

si no

b. promozione e valutazione della qualità dei servizi

si no

c. monitoraggio e documentazione delle esperienze

si no

d. sperimentazione dei servizi innovativi

si no

e. raccordo tra i servizi educativi, sociali e sanitari

si no

f. collaborazione con le famiglie e la comunità locale

si no

g. altro, specificare

si no

Ulteriori note

SCHEDA OPERATORE**N.**

La presente deve essere compilata **per ogni operatore** che opera nella struttura, sia in qualità di lavoratore retribuito (dipendente dell'ente pubblico o di eventuali cooperative appaltatrici), sia in qualità di professionista convenzionato con l'Aulss. Indicare un numero progressivo per ogni scheda compilata (riquadro evidenziato in alto a destra).

Indicare le prime tre lettere del nome e del cognome dell'operatore

--	--	--	--	--	--

Che funzione svolge all'interno della struttura?

- ☐ addetto all'assistenza
- ☐ educatore-animatore
- ☐ addetto alle attività infermieristiche
- ☐ addetto alle attività mediche
- ☐ addetto alle attività riabilitative
- ☐ assistenza sociale
- ☐ assistenza psicologica
- ☐ Altro (specificare)

Che titolo di studio possiede?

- ☐ Diploma di scuola media inferiore
- ☐ Diploma di scuola media superiore/ scuola professionale
- ☐ 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 o Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo in Educatore Professionale
- ☐ Diploma di infermiere
- ☐ qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario (OSS)
- ☐ qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario con specifiche competenze sanitarie (OSS-S)
- ☐ qualifica professionale di operatore addetto all'assistenza
- ☐ qualifica professionale di operatore tecnico assistenziale (OTA)
- ☐ Diploma di laurea in scienze motorie
- ☐ Qualifica di istruttore tecnico-pratico
- ☐ Altro
- ☐ In tal caso riportare per esteso il titolo di studio posseduto (per es. diploma di laurea in psicologia)

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/obiettore
- ☐ Altro (specificare)

Numero di ore a settimana (presso la struttura)?

--

Ulteriori note

--