

Allegato B

SCHEDA INFORMATIVA DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE

DATA DI COMPILAZIONE _____

PARTE A – DATI GENERALI

A.1. Denominazione struttura: _____

A.2. Indirizzo:

A.2.1. Via, numero civico e CAP: _____

A.2.2 Città: _____

A.2.3. Provincia: _____

A.3. Telefono (reperibile h24): _____

A.4. PEC: _____

A.5. E-mail: _____

A.6. Sito web: _____

A.7. Ente gestore: _____

A.8. Responsabile della struttura: _____

A.9. Autorizzazione al funzionamento/accreditamento:

A.9.1. Estremi atto (*numero/data/rilasciato da*): _____

A.9.2. Data di scadenza: _____

A.9.3. Tipologia struttura in base alla normativa regionale/comunale applicabile (*indicare specificamente anche gli estremi della normativa regionale/comunale applicabile*):

PARTE B – UTENZA

- B.1. Posti residenziali complessivi (numero): _____
- B.2. Sesso utenza: ☐ Maschile ☐ Femminile ☐ Mista
- B.3. È prevista l'accoglienza di persone con problemi di abuso e dipendenza: ☐ SI ☐ NO
- B.4. È prevista l'accoglienza di persone con disagio psicologico/psichiatrico: ☐ SI ☐ NO
- B.5. È prevista l'accoglienza di gestanti e madri accompagnate da figli minori: ☐ SI ☐ NO
- B.6. La struttura è ad alta autonomia (*sono assenti gli operatori durante la notte*): ☐ SI ☐ NO

PARTE C – CARATTERISTICHE STRUTTURALI

- C.1. Tipologia abitativa:
- ☐ Casa unifamiliare
- ☐ Appartamento
- ☐ Villa
- ☐ Altro, *specificare* _____
- C.2. Ubicazione:
- ☐ Urbana centrale
- ☐ Urbana periferica
- ☐ Centro isolato
- ☐ Casa isolata
- C.3. Raggiungibile con mezzo di trasporto pubblico: ☐ SI ☐ NO

C.4. Spazi interni – Zona notturna:

C.4.1. N. Camere da letto singole: ____, Servizio igienico in camera ☐ SI ☐ NO

C.4.2. N. Camere da letto doppie: ____, Servizio igienico in camera ☐ SI ☐ NO

C.4.3. N. Camere da letto triple: ____, Servizio igienico in camera ☐ SI ☐ NO

C.4.4. N. Camere da letto quaduple: ____, Servizio igienico in camera ☐ SI ☐ NO

C.5. Spazi interni – Zona diurna (*specificare organizzazione e/o tipologia*):

☐ Cucina _____

☐ Sala da pranzo _____

☐ Soggiorno _____

☐ Servizi igienici _____

☐ Dispensa _____

☐ Lavanderia _____

☐ Biblioteca _____

☐ Locali per attività collettive _____

☐ Locali polifunzionali _____

☐ Laboratori _____

☐ Ufficio operatori/responsabile _____

☐ Spazi dedicati agli incontri con le famiglie _____

☐ Altro, *specificare* _____

C.6. Zona notturna e zona diurna sono: ☐ contigue ☐ separate (stesso piano) ☐ separate (piani diversi)

C.7. Gli spazi interni sono usati solo dagli ospiti:

☐ SI ☐ NO, *Specificare* _____

C.8. Spazi esterni (*specificare organizzazione e/o tipologia*):

☐ Nessuno _____

☐ Giardino _____

☐ Cortile _____

☐ Terrazza _____

☐ Area attrezzata per attività ricreative _____

☐ Area attrezzata per attività sportive _____

☐ Area attrezzata per attività laboratoriali _____

☐ Altro, *specificare* _____

C.9. Gli spazi esterni sono usati solo dagli ospiti:

☐ SI ☐ NO, *Specificare* _____

PARTE D – PERSONALE E DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

D.1. Personale in servizio:

Professionalità	Numero
Coordinatore/ Direttore tecnico	
Educatori	
Pedagogisti	
Assistenti sociali	
Psicologi	
Animatori	
Mediatori culturali	
Insegnanti	
Medici	
Psichiatri	
Infermieri	
Addetti alla cucina	
Addetti alle pulizie	
Personale amministrativo	
Altro, <i>specificare</i>	

D.2. Presenza degli operatori nelle varie fasce della giornata:

Fascia giornata	N. unità minime compresenti	Professionalità delle unità compresenti
Mattina		
Pomeriggio		
Sera		
Notte		
Festivi		

D.3. Sono presenti volontari e/o volontari del Servizio Civile?

☐ NO

☐ SI, *Specificare mansioni assegnate*

PARTE E – ATTIVITÀ E RAPPORTI CON L'ESTERNO

E.1. Attività previste

Tipologia attività	Sede ¹	Eventuale soggetto partner ²	Destinata solo agli ospiti della struttura (SI/NO)

E.2. Sono previste tabelle dietetiche per i pasti?

E.3. Sono previsti regimi alimentari diversificati per esigenze di salute e/o religione?

E.4. Incontri con i familiari, *specificare frequenza e modalità:*

E.5. Sono previste modalità di raccordo e contatto con familiari lontani (es. residenti in altro Stato), *specificare:*

¹ Specificare sempre se l'attività è realizzata all'interno della struttura o all'esterno della struttura residenziale.

² Es. istituzioni scolastiche, associazioni di volontariato, enti accreditati per la formazione professionale, etc.

- E.6. La struttura ha attivato un supporto specifico per le pratiche amministrative necessarie alle persone provenienti da altre nazioni (documenti, permessi di soggiorno, pratiche per l'ottenimento della cittadinanza)?
-

PARTE F – RETE DI COLLABORAZIONI

- F.1. Descrivere la rete di collaborazioni con il territorio della struttura residenziale. Specificare le modalità di collaborazione (accordo scritto, prassi operativa, etc.) e i programmi di sviluppo. Indicare eventuale partecipazione e sostegno, anche economico, di soggetti pubblici e privati alla struttura residenziale. In relazione al Servizio Sanitario Nazionale, specificare procedure per visite ordinarie, emergenze sanitarie, assunzione terapie, conservazione farmaci, etc.

Comune e Servizi Territoriali	
Servizio Sanitario Nazionale (Medico di base, Ser.D., DSM, Consultorio, etc.)	
Istituzioni scolastiche	
Questura e Forze dell'Ordine	
Centro per l'Impiego ed Enti accreditati per la formazione professionale e per le politiche attive del lavoro	
Centri di aggregazione, associazioni sportive, associazioni culturali, etc.	
Associazioni di volontariato	
Altro	

PARTE G – STRUMENTI E METODOLOGIE DI INTERVENTO

G.1. La Carta dei Servizi è disponibile presso la struttura?

☐ SI, *precisare anche in quali lingue è disponibile:* _____

☐ NO

G.2. Il Regolamento interno è disponibile presso la struttura?

☐ SI, *precisare anche in quali lingue è disponibile:* _____

☐ NO

G.2.1. Quali aspetti della vita quotidiana regolamenta?

☐ Orari

☐ Comportamenti nei confronti degli altri ospiti

☐ Comportamenti nei confronti degli operatori

☐ Visite familiari

☐ Cura della persona

☐ Cura degli spazi personali e comuni

☐ Procedure di richiesta per il soddisfacimento di esigenze e bisogni

☐ Altro, *specificare* _____

G.3. Registri adottati:

G.3.1. Tipologia

☐ Diario di bordo (registrazione eventi)

☐ Diario consegne (comunicazioni di servizio tra operatori)

☐ Registro presenze operatori

☐ Registro presenze residenti

☐ Registro visitatori esterni alla struttura (es. familiari, amici)

☐ Altro, *specificare* _____

G.4. Documentazione dei residenti – fascicolo individuale: *specificare le modalità di tenuta, di aggiornamento, di consultazione e custodia, nonché le modalità volte ad assicurare la riservatezza:*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data _____,
(cod. fisc. _____), nella sua qualità di (barrare la voce che interessa):

☐ Legale Rappresentante dell'Ente _____

oppure

☐ Procuratore dell'Ente _____, giusta procura generale/speciale in data
_____ a rogito del notaio _____ Rep. _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che fatti, stati e qualità riportati nella presente scheda informativa corrispondono a verità.

Data e firma del Legale Rappresentante/Procuratore