



**SERVIZI EDUCATIVI E SOCIO RIABILITATIVI IN FAVORE DELLE PERSONE
NON VEDENTI CON DISABILITÀ AGGIUNTE: MODELLI A CONFRONTO**

QUESTIONARIO CONOSCITIVO GENERALE

La ricerca di tipo descrittivo, cui si propone di collaborare, è articolata intorno a tre variabili principali:

1. la configurazione dell'offerta di servizio: tipo di bisogno che si intende soddisfare (ad esempio, riabilitazione, socializzazione, ecc.) strutture e operatori dedicati;
2. collegamenti del servizio con altre realtà interne ed esterne, funzionalmente collegate, necessarie al compimento del proprio percorso operativo; (ad esempio: équipe professionali per diagnosi e programmi);
3. collegamenti del servizio con strutture "comuni" secondo accordi formalizzati o di fatto (ad esempio, con le scuole).

Raccolta di dati sui servizi attivati dagli enti in favore di persone non vedenti con disabilità aggiunte.

A) LE DIMENSIONI, I SERVIZI E LE ATTIVITÀ

AMBITO TERRITORIALE

Regionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Interregionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nazionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

FORMA GIURIDICA

ONLUS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Associazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cooperativa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fondazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro: ...		

FINANZIAMENTO

Convenzionamento con ASL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Progetti socio-educativi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Contributi privati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



UTENTI "INDIRETTI"

Insegnanti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Operatori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Terapisti della riabilitazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività con famiglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro...		

UTENTI "DIRETTI"

Persone non vedenti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Persone non udenti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Persone con disabilità sensoriali plurime	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Persone disabili	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro...		

ATTIVITÀ

	SI	NO	Se SI, specificare con quali risorse umane
Accoglienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consulenza:			
• psico-pedagogica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• giuridica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• tiflodidattica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• tiflo-informatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trattamenti educativo-riabilitativi:			
• autonomia e comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riabilitazione:			
• neuromotoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• logopedica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• neuro psicomotoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



ATTIVITÀ

	SI	NO	Se SI, specificare con quali risorse umane
Attività socio educativa e occupazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Il progetto individualizzato è condiviso con altri enti o istituzioni:			
• Scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• PDZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Distretto sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Parrocchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Associazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chi formula il profilo diagnostico e le indicazioni psicoeducative e riabilitative:			
• équipe interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• équipe esterna al servizio, ma dello stesso ente;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• équipe esterna al servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Attività per le famiglie:			
• Attività consulenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Formazione e self help per gruppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Vacanza/ studio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



B) RAPPORTI CON IL TERRITORIO

ATTIVITÀ

	SI	NO	A quale scopo
Vi sono indicazioni e orientamenti destinati a servizi base?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Vi sono attività formalizzate (intesa, accordi, convenzioni, ecc) con altre realtà del territorio, se sì, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
Interventi di operatori presso famiglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____

C) EVENTUALI DESCRIZIONE DI UN PROCESSO TIPO DI SERVIZIO

Compilatore _____

Referente indicato dal servizio:

Cognome	Nome	Qualifica professionale
Recapito telefonico	Indirizzo e-mail	