

Denominazione **COMUNITÀ EDUCATIVA DIURNA PER MINORI/ADOLESCENTI**

Descrizione della tipologia di servizio:

<i>Definizione</i>	E' un servizio educativo-assistenziale con il compito di accogliere durante il giorno il minore qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere al proprio compito.
<i>Finalità</i>	Ha finalità educative e assistenziali volte alla realizzazione di progetti di integrazione del minore nel territorio e con il nucleo familiare.
<i>Utenza</i>	Minori di anni 18*, maschi e/o femmine.
<i>Capacità ricettiva</i>	Può accogliere fino a un numero massimo di 10 minori.

A1 Denominazione del servizio:

A2 Indirizzo del servizio: via _____ n° _____

Cap. _____ Comune _____ Pr _____

A3 Altri recapiti del servizio: telefono _____ fax _____
e-mail _____

A4 Nome e cognome del responsabile del servizio:

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 dell'ente titolare del servizio:

Comune singolo	<input type="checkbox"/>
Comune associato	<input type="checkbox"/>
Ente morale/fondazione	<input type="checkbox"/>
IPAB	<input type="checkbox"/>
Cooperativa sociale	<input type="checkbox"/>
Associazione	<input type="checkbox"/>
Privato religioso	<input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>)	<input type="checkbox"/>

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

A10 Il servizio 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:

__/__/__

A11.1 Indicare nome e cognome del compilatore della scheda:

A11.2 Indicare il ruolo del compilatore della scheda;

A12 Data di compilazione

A12.1 Numero totale di minori accolti al 01/01/05:

A12.2 Numero totale di minori mediamente presenti

(al giorno):

A13 Il servizio presenta delle caratteristiche non congruenti alla definizione riportata a pagina 1?

Si No

A13.1 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

A13.2 Riportare una breve descrizione

Denominazione

COMUNITA' EDUCATIVA DIURNA PER MINORI/ADOLESCENTI

C-ED-m/a--au-1.1.1

Rispetto ai minori complessivamente ospitati, quanti risultano in regime residenziale e quanti in regime semi-residenziale (o diurno)?

C1.1 numero di minori attualmente ospitati

C1.2 Quanti educatori operano complessivamente all'interno della Comunità (*fare riferimento alla pianta organica*)?

numero complessivo di educatori

Note:

C-ED-m/a--au-1.1.4

C2.1. Il lavoro degli operatori è soggetto a supervisione esterna?

si	no
----	----

Il supervisore garantisce:

C2.2. il sostegno formativo e organizzativo degli educatori

si	no
----	----

C2.3. la promozione e la valutazione della qualità dei servizi

si	no
----	----

C2.4. una cultura di sviluppo e di ricerca del servizio

si	no
----	----

C2.5. indicare il titolo di studio del supervisore :

C-ED-m/a--au-2.2.1

C3.1. La struttura è collocata in zona residenziale?

si	no
----	----

La struttura della comunità è situata in maniera tale da garantire i seguenti aspetti:

C3.2. Facilità di collegamento con le sedi scolastiche	si	no
C3.3. Facilità di collegamento con le sedi lavorative e gli ospiti	si	no

Indicare se sono facilmente accessibili i seguenti servizi essenziali:

C3.4. scuola	si	no
C3.5. sede lavorativa degli ospiti	si	no
C3.6. presidi sanitari	si	no
C3.7. il comune	si	no

Indicare se sono facilmente accessibili i seguenti servizi generali:

C3.8 cinema	si	no
C3.9 luoghi di aggregazione	si	no
C3.10 centri sportivi	si	no
C3.11 luoghi di culto	si	no
C3.12 parco/area verde	si	no
C3.13 centro commerciale	si	no
C3.14 parrocchia	si	no
C3.15 centro diurno	si	no
C3.16 biblioteca	si	no

Note:

C-ED-m/a--au-2.3.1.1-2.3.1.2

C4.1. La struttura ha degli ambienti in grado di assicurare ai minori una ospitalità di tipo familiare	si	no
--	----	----

Questi spazi si distinguono in:

C4.2. ambienti personalizzati	si	no
C4.3. tutela della privacy	si	no
C4.4. cucina per la preparazione quotidiana dei pasti	si	no
C4.5. altro (specificare)	si	no

C4.6. La struttura ha degli ambienti in grado di rispondere alle necessità del lavoro educativo?

si	no
----	----

Sono quindi presenti:

C4.7. spazi per le attività comuni	si	no
C4.8. sala da pranzo	si	no
C4.9. spazi riservati agli operatori	si	no
C4.10. spazi riservati per i colloqui con i familiari	si	no

Note:

C-ED-m/a--au-2.4.1.1,2.4.1.2

C5.1 *Riportare i seguenti dati **per ciascun servizio igienico***

Num.	Soggetti che ne fanno uso	Indicare se il servizio igienico è privo di barriere architettoniche
1	utenti <input type="checkbox"/> operatori <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2	utenti <input type="checkbox"/> operatori <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3	utenti <input type="checkbox"/> operatori <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	utenti <input type="checkbox"/> operatori <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
5	utenti <input type="checkbox"/> operatori <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Note:

C-ED-m/a--au-2.0.3.2.

C6.1. Nella struttura sono previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa?

si

no

Note:

SCHEDE COORDINATORE STRUTTURA

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

0. E' presente all'interno del servizio un coordinatore? Si No

1. Il coordinatore del servizio svolge altre funzioni all'interno della struttura, oltre a quella di coordinatore? Si No

1.1 Se si indicare quale, tra le seguenti:

- educatore
- animatore
- 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)

- dipendente a tempo determinato o indeterminato
- socio/dipendente della cooperativa appaltatrice

1.6 Che rapporto di lavoro ha con la struttura?

- contratto esterno
- 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. monitoraggio e documentazione delle esperienze	si	no
c. raccordo tra i servizi educativi, sociali e sanitari	si	no
d. adempimento degli obblighi previsti dalla legge 4 maggio 83 n°184	si	no
e. 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. 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?

- coordinatore
- educatore
- animatore
- psicologo
- assistente sociale
- ausiliario
- 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
- 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
- Libero professionista
- personale religioso
- volontario/obiettore
- Altro (specificare)

Numero di ore a settimana (presso la struttura)?

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

Ulteriori note

--