

**Denominazione** **COMUNITÀ EDUCATIVA MAMMA-BAMBINO**

*Descrizione della tipologia di servizio:*

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <i>Definizione</i>        | La Comunità mamma-bambino accoglie gestanti e/o madri con figlio, in quanto in difficoltà sotto il profilo delle relazioni familiari, parentali e sociali, oppure in condizioni di disagio psico-sociale. |
| <i>Finalità</i>           | Ha finalità assistenziali ed educative volte alla preparazione alla maternità ed alla relazione con il figlio, al sostegno dell'autonomia personale e della capacità genitoriale                          |
| <i>Utenza</i>             | Gestanti e/o madri con figlio   |
| <i>Capacità ricettiva</i> | Può accogliere massimo 6 donne con i propri figli + 2 eventuali posti per la pronta accoglienza.  |

*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

Comune associato

Ente morale/fondazione

IPAB

Cooperativa sociale

Associazione

Privato religioso

Altro (*specificare*)

*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 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 posti letto della struttura:*

*A12.1.1: di cui riservati alla pronta accoglienza:*

*A12.2 Numero totale di posti letto occupati al 01/01/05:*

*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 MAMMA-BAMBINO****C-ED-M/B-au-1.1.1**

C1.1 Qual è la capienza potenziale della Comunità?

|                               |  |                                |  |
|-------------------------------|--|--------------------------------|--|
| numero di posti letto "mamma" |  | numero di posti letto "minori" |  |
|-------------------------------|--|--------------------------------|--|

C1.2 Sono presenti posti riservati alla pronta accoglienza?

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

C1.3 Se sono presenti posti di pronta accoglienza, indicare il numero:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Quanti utenti attualmente ospitati dalla Comunità?

|   |  |                                     |  |
|---|--|-------------------------------------|--|
| C1.4.1 numero totale di "mamme" ospitate  |  | C1.4.2 di cui in pronta accoglienza |  |
| C1.5.1 numero totale di "minori" ospitati |  | C1.5.2 di cui in pronta accoglienza |  |

Indicare, nella corrispondente fascia di età, il numero di mamme attualmente ospitate:

| Fascia di età       | M | di cui disabili | F | di cui disabili |
|---------------------|---|-----------------|---|-----------------|
| C.1.6 16 – 18 anni  |   |                 |   |                 |
| C.1.7 19 – 30 anni  |   |                 |   |                 |
| C.1.8 31 – 40 anni  |   |                 |   |                 |
| C.1.9 oltre 40 anni |   |                 |   |                 |

Indicare, nella corrispondente fascia di età, il numero di minori attualmente ospitate

| Fascia di età       | M | di cui disabili | F | di cui disabili |
|---------------------|---|-----------------|---|-----------------|
| C.1.10 0 – 5 anni   |   |                 |   |                 |
| C.1.11 5 – 10 anni  |   |                 |   |                 |
| C.1.12 11 – 15 anni |   |                 |   |                 |
| C.1.13 16 – 18anni  |   |                 |   |                 |
| C.1.14 18 anni      |   |                 |   |                 |

**C-ED-m/b--au-1.1.1**

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

|  |  |
|--|--|
| C2.1 numero di utenti residenziali                 |  |
| C2.2 numero di utenti semi-residenziali (o diurni) |  |

C2.3 Quanti educatori operano complessivamente all'interno della Comunità (*fare riferimento alla pianta organica*)?

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| numero complessivo di educatori |  |
|---------------------------------|--|

C2.4 Durante la notte, è sempre presente in Comunità almeno un educatore?

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

C2.5 Nel caso durante la notte non sia presente almeno un educatore, è sempre presente durante la notte un adulto di riferimento?

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

**Note:**

### C-ED-m/b--au-1.1.5

C3.1. Il lavoro degli operatori è soggetto a supervisione esterna?

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

Il supervisore garantisce:

C3.2. il sostegno formativo e organizzativo degli educatori

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

C3.3. la promozione e la valutazione della qualità dei servizi

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

C3.4. una cultura di sviluppo e di ricerca del servizio

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

**C3.5 indicare il titolo di studio del supervisore :**

### C-ED-m/b--au-1.2.1,1.3.1

C4.1. La struttura è collocata in zona residenziale?

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

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

C4.2 Facilità di collegamento con le sedi lavorative degli ospiti

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

*Indicare se sono facilmente accessibili i seguenti servizi essenziali:*

C4.3 sede lavorativa degli ospiti

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

C4.4 presidi sanitari

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

C4.5 il comune

|    |    |
|----|----|
| si | no |
|----|----|

*Indicare se sono facilmente accessibili i seguenti servizi generali:*

|                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| C4.6 cinema                 | si | no |
| C4.7 luoghi di aggregazione | si | no |
| C4.8 centri sportivi        | si | no |
| C4.9 luoghi di culto        | si | no |
| C4.10 parco/area verde      | si | no |
| C4.11 centro commerciale    | si | no |
| C4.12 parrocchia            | si | no |
| C4.13 centro diurno         | si | no |
| C4.14 biblioteca            | si | no |

Note:

**C-ED-m/b--au-1.3.1.**

|  |    |    |
|--|----|----|
| C5.1. La struttura ha degli ambienti in grado di assicurare agli ospiti una ospitalità di tipo familiare | si | no |
|--|----|----|

*Questi spazi si distinguono in:*

|   |    |    |
|---|----|----|
| C5.2. ambienti personalizzati                         | si | no |
| C5.3 tutela della privacy                             | si | no |
| C5.4. cucina per la preparazione quotidiana dei pasti | si | no |
| C5.5 altro (specificare)                              | si | no |

|  |    |    |
|--|----|----|
| C5.6. La struttura ha degli ambienti in grado di rispondere alle necessità del lavoro educativo? | si | no |
|--|----|----|

*Sono quindi presenti:*

|                                    |    |    |
|------------------------------------|----|----|
| C5.7. spazi per le attività comuni | si | no |
|------------------------------------|----|----|

|   |    |    |
|---|----|----|
| C5.8. sala da pranzo                                  | si | no |
| C5.9. spazi riservati agli operatori                  | si | no |
| C5.10. spazi riservati per i colloqui con i familiari | si | no |

**Note:**

C5.11. La struttura prevede una zona separata, ma collegata funzionalmente al resto della comunità, riservata alla pronta accoglienza?

si no

*Sono quindi presenti:*

|                                  |    |    |
|----------------------------------|----|----|
| C5.12. camera da letto           | si | no |
| <i>Se sì indicarne il numero</i> |    |    |
| C5.13. spazio di incontro        | si | no |
| C5.14 servizio igienico          | si | no |
| <i>Se sì indicarne il numero</i> |    |    |
| C5.15 altro (specificare)        | si | no |

**Note:**

**C-ED-m/b--au-1.3.2.1-1.3.2.2**

C6.1 *Riportare i seguenti dati **per ciascuna camera da letto:***

| Num. | Tipologia                        |                                 |                                 | Indicare se la disposizione dei letti garantisce una adeguata personalizzazione degli spazi |
|------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 1    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 2    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 3    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |

| Num. | Tipologia                        |                                 |                                 | Indicare se la disposizione dei letti garantisce una adeguata personalizzazione degli spazi |
|------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 4    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 5    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 6    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 7    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 8    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 9    | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |
| 10   | <input type="checkbox"/> singola | <input type="checkbox"/> doppia | <input type="checkbox"/> tripla | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                     |

**Note:**

**C-ED-m/b--au-2.3.3.1-2.3.3.2**

*C7.1 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--au-3.2.1**

C8.1 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)

1.6 Che rapporto di lavoro ha con la struttura?

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

|  |
|--|
|  |
|--|