

Denominazione **COMUNITÀ EDUCATIVA PER MINORI***Descrizione della tipologia di servizio:*

<i>Definizione</i>	E' un servizio educativo assistenziale con il compito di accogliere temporaneamente il minore qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere il proprio compito.
<i>Finalità</i>	Ha finalità educative e assistenziali volte alla supplenza temporanea del nucleo familiare.
<i>Utenza</i>	Minori fino a 12 anni maschi e/o femmine oppure minori di età compresa tra i 13 e i 18 anni, maschi o femmine.
<i>Capacità ricettiva</i>	Può ospitare, compatibilmente con la capacità alloggiativa fino a un numero massimo di 8 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

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

C-ED-m--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 residenziali

C1.2 numero di minori semi-residenziali (o diurni)

C1.3 Quanti educatori operano complessivamente all'interno della Comunità (*fare riferimento alla pianta organica*)?

numero complessivo di educatori

C1.4 Durante la notte, è sempre presente in Comunità almeno un educatore?

si	no
si	no

C1.5 Nel caso durante la notte non sia presente almeno un educatore, è sempre presente durante la notte un adulto di riferimento?

Note:

C-ED-m--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--au-2.2.1,2.3.1.

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--au-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
C4.3. cucina per la preparazione quotidiana dei pasti	si	no
C4.4. altro (specificare)	si	no

C4.5. La struttura ha degli ambienti in grado di rispondere alle necessità del lavoro educativo?

si	no
----	----

Sono quindi presenti:

C4.6. spazi per le attività comuni	si	no
C4.7. sala da pranzo	si	no
C4.8. spazi riservati agli operatori	si	no
C4.9. spazi riservati per i colloqui con i familiari	si	no

Note:

C-ED-m--au-2.3.2.1,2.3.2.2

C5.1 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"/>
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--au-2.4.1.1,2.4.1.2

C6.1 *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-2.0.3.2.

C7.1 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:

SCHEDA 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. 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

--