

Denominazione **COMUNITÀ EDUCATIVA-RIABILITATIVA PER MINORI/ADOLESCENTI**

Descrizione della tipologia di servizio:

<i>Definizione</i>	E' un servizio educativo e riabilitativo con il compito di accogliere temporaneamente il minore/adolescente in situazione di evidente disagio psico-sociale e con disturbi di comportamento.
<i>Finalità</i>	Ha finalità educative e riabilitative volte al recupero psico-sociale del minore/adolescente accolto.
<i>Utenza</i>	Minori/adolescenti di norma dai 13 ai 18 anni*, maschi o femmine.
<i>Capacità ricettiva</i>	Può ospitare, compatibilmente con la capacità alloggiativa, fino a un numero massimo di 12 minori/adolescenti.

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 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:

A12.2 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/R-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 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
----	----

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

si	no
----	----

C1.6 Nel caso sia necessario, è possibile in qualsiasi momento "reperire" per sonale con funzioni specialistiche?

si	no
----	----

Note:

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

C2.1. E' prevista la presenza di personale specialistico?

si	no
----	----

E' possibili utilizzare la consulenza di:

C2.2. Psicoterapeuta

si	no
----	----

C2.3. Psichiatra

si	no
----	----

C2.4. Neuro psichiatra

si	no
----	----

C2.5 Altro (specificare)

si	no
----	----

C-ED/R-m/a --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 dei minori/adolescenti

si	no
----	----

C3.3. Facilità di collegamento con le sedi lavorative dei minori/adolescenti

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/R-m/a --au-2.3.1-2.3.1

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/R-m/a --au-2.3.2,2.3.2

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"/>

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

Note:

C-ED/R-m/a --au-2.3.3-2.3.3

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/R-m/a --au-2.0.3.

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 inviati e i servizi del territorio	si	no
d. adempimento degli obblighi previsti dalla legge 4 maggio 83 n°184	si	no
e. promozione e valutazione della qualità dei servizi	si	no
f. sperimentazione dei servizi innovativi	si	no
g. collaborazione con le famiglie e la comunità locale	si	no
h. 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

--