

SCHEDA INFORMATIVA STRUTTURA RESIDENZIALE

DATA DI COMPILAZIONE: _____

PARTE A – DATI GENERALI

- A.1. Denominazione : _____
- A.2. Indirizzo:
- A.2.1. Via e numero civico: _____
- A.2.2. Città: _____
- A.2.3. Provincia: _____
- A.3. Telefono (reperibile h24): _____
- A.4. PEC: _____
- A.5. E-mail: _____
- A.6. Sito web: _____
- A.7. Ente gestore: _____
- A.8. Responsabile della struttura: _____
- A.9. Autorizzazione al funzionamento/accreditamento segnalazione certificata di inizio attività/documentazione equivalente richiesta dalla disciplina di riferimento al momento dell'avvio dell'attività:
- A.9.1. Estremi atto (numero/data/rilasciato da): _____
- A.9.2. Data di scadenza: _____
- A.9.3. Tipologia struttura in base alla normativa regionale/comunale applicabile (*indicare specificamente anche gli estremi della normativa regionale/ comunale applicabile*): _____

PARTE B – UTENZA

- B.1. Posti residenziali complessivi (numero): _____
- B.2. Posti residenziali in emergenza (numero): _____
- B.3. Sesso utenza: Maschile Femminile Mista
- B.4. Età ammissione:
- B.4.1. Età minima: _____
- B.4.2. Età massima: _____
- B.5. In caso di maggiorenni, gli stessi sono ospitati in spazi distinti: SI NO
- B.5.1. Specificare: _____
- B.6. È prevista l'accoglienza di utenti stranieri: SI NO
- B.7. È prevista l'accoglienza di utenti con problemi di abuso o dipendenza: SI NO

ALLEGATO 2

- B.8. È prevista l'accoglienza di utenti con disagio psicologico/psichiatrico: SI NO
- B.9. È prevista l'accoglienza di utenti vittime di violenza e abuso: SI NO
- B.10. È prevista l'accoglienza di gestanti e madri accompagnate da figli di età inferiore ai tre anni: SI NO
- B.11. Disponibilità alla **PRONTA ACCOGLIENZA** (entro 24 ore dalla richiesta): SI NO
- B.12. La struttura è ad alta autonomia (sono assenti operatori durante la notte)? SI NO

PARTE C – CARATTERISTICHE STRUTTURALI

C.1. Tipologia abitativa

- Casa unifamiliare
- Appartamento
- Villa
- Altro, specificare: _____

C.2. Ubicazione:

- Urbana centrale
- Urbana periferica
- Centro isolato
- Casa isolata

C.3. Raggiungibile con mezzo di trasporto pubblico: SI NO

C.4. Spazi interni – Zona notturna:

- C.4.1. Numero Camere da letto singole: _____, Servizio igienico in camera SI NO
- C.4.2. Numero Camere da letto doppie: _____, Servizio igienico in camera SI NO
- C.4.3. Numero Camere da letto triple: _____, Servizio igienico in camera SI NO
- C.4.4. Numero Camere da letto quaduple: _____, Servizio igienico in camera SI NO

C.5. Spazi interni – Zona diurna (*specificare organizzazione e/o tipologia*)

- Cucina _____
- Sala da pranzo _____
- Soggiorno _____
- Servizi Igienici _____
- Dispensa/lavanderia _____
- Studio/biblioteca _____
- Locali per attività collettive/locali polifunzionali _____
- Laboratori _____
- Ufficio operatori/responsabile _____
- Spazi dedicati agli incontri con le famiglie _____

ALLEGATO 2

Altro, specificare _____

C.6. Zona notturna e zona diurna sono: contigue separate (*stesso piano*) separate (*piani diversi*)

C.7. Gli spazi interni sono usati solo dagli ospiti:

SI

NO, specificare: _____

C.8. Spazi esterni (*specificare organizzazione e/o tipologia*)

Nessuno

Giardino _____

Cortile _____

Terrazza _____

Area attrezzata per attività ricreative _____

Area attrezzata per attività sportive _____

Altro, specificare _____

C.9. Gli spazi esterni sono usati solo dagli ospiti:

SI

NO, specificare: _____

PARTE D – PERSONALE E DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

D.1. Personale in servizio:

Professionalità	Nr.	Forma contrattuale	In servizio da (media)	Ore settimanali minime con gli ospiti (complessive)
Coordinatore/Direttore tecnico				
Educatori				
Pedagogisti				
Assistenti Sociali				
Psicologi				
Animatori				
Mediatori culturali				
Insegnanti				
Medici				
Psichiatri				
Infermieri				
OSS/OSA				
Addetti alla cucina				

ALLEGATO 2

Addetto alle pulizie				
Personale amministrativo				
Altro, specificare				

D.2. Presenza degli operatori nelle varie fasce della giornata:

Fascia giornata	N. unità minime compresenti	Professionalità delle unità compresenti
Mattina		
Pomeriggio		
Sera		
Notte		
Festivi		

D.3. Sono presenti volontari e/o giovani in servizio civile? Se sì, specificare mansioni assegnate

D.4. Sono previste attività di formazione e aggiornamento? Se sì, con che frequenza, quali figure coinvolgono e su che temi?

D.5. Sono previste consulenze specialistiche o supervisioni? Se sì, con che frequenza, quali figure coinvolgono e su che temi?

PARTE E – ATTIVITA' E RAPPORTI CON L'ESTERNO DEGLI OSPITI

E.1. Attività programmate

Denominazione attività	Tipologia¹	Sede²	Eventuale soggetto partner³	Destinata solo agli ospiti della struttura (SI/NO)	Ore settimanali previste (media)	Modalità di accompagnamento e controllo

E.2. Descrivere la giornata tipo: _____

¹ Es: alfabetizzazione; percorsi scolastici; attività ludico-ricreative-culturali; attività sportive; orientamento, formazione, inserimento lavorativo, tirocini formativi; sostegno psicologico-psicoterapeutico; intervento con la famiglia; volontariato; mediazione culturale; etc.

² Specificare sempre se l'attività è realizzata all'interno della struttura (es: laboratori e impianti sportivi interni) o all'esterno (es: impianti sportivi del territorio, centri di aggregazione giovanile, etc.)

³ Es: istituzioni scolastiche; associazioni sportive; associazioni di volontariato; enti accreditati per la formazione professionale, etc.;

ALLEGATO 2

- E.3. Descrivere la giornata tipo festiva: _____
- E.4. Descrivere l'organizzazione delle mansioni quotidiane (chi cucina, chi apparecchia, chi riordina, chi pulisce, chi lava, etc.) specificando l'apporto degli ospiti: _____
- E.5. Sono previste tabelle dietetiche per i pasti? _____
- E.6. Sono previsti regimi alimentari diversificati per esigenze di salute e o religiose? _____
- E.7. Colloqui con i familiari: In caso di utenti minori è prevista l'organizzazione di incontri protetti? specificare frequenza e modalità _____ In caso di utenti adulti: è disponibile uno spazio dedicato? _____
- E.8. La struttura prevede interventi con i familiari degli ospiti? Se sì, quali? _____

- E.9. Sono previste modalità di raccordo e contatto con familiari lontani (es. residenti in altro Stato), specificare: _____
- E.10. La struttura ha attivato un supporto specifico per le pratiche amministrative necessarie agli utenti stranieri (documenti, permessi di soggiorno, pratiche per l'ottenimento della cittadinanza)? Se sì, in che modo e con quali risultati? _____
- E.11. Sono previsti soggiorni esterni alla struttura? Se sì, specificare _____
- E.12. Utilizzo del telefono cellulare ed accesso ad Internet: specificare modalità _____

PARTE F – RETE DI COLLABORAZIONI

- F.1. Descrivere la rete di collaborazioni della struttura residenziale con il territorio. Specificare le modalità di collaborazione (accordo scritto, prassi operativa, etc.) e i programmi di sviluppo. Indicare l'eventuale partecipazione e sostegno, anche economico, di soggetti pubblici e privati alla struttura residenziale. In relazione al Servizio Sanitario Nazionale, specificare procedure per visite ordinarie, emergenze sanitarie, assunzioni terapie, conservazione farmaci, etc.

Comune e Servizi Sociali Territoriali	
Servizio Sanitario Nazionale (Medico di base, Ser.D., DSM, Consultorio, etc.)	

ALLEGATO 2

Istituzioni scolastiche	
Questura e Forze dell'Ordine	
Centri per l'Impiego e Enti accreditati per la formazione professionale e per le politiche attive del lavoro	
Centri di aggregazione giovanile, associazioni sportive, associazioni culturali, etc.	
Associazioni di volontariato/ Famiglie o singoli in supporto ai minori	
Altro	

PARTE G – STRUMENTI E METODOLOGIE DI INTERVENTO

G.1. La Carta dei Servizi è disponibile in struttura?

- SI, precisare anche in quali lingue è disponibile: _____
- NO

G.2. Regolamento interno:

G.2.1. Come viene comunicato all'ospite? Esiste un patto scritto con l'ospite? _____

G.2.2. A quali aspetti della vita quotidiana si riferisce?

- Orari
- Comportamenti nei confronti degli altri utenti
- Comportamenti nei confronti degli operatori
- Uscite

ALLEGATO 2

- Visite dei familiari
 - Cura della persona
 - Cura degli spazi personali e comuni
 - Procedure di richiesta per il soddisfacimento di esigenze e bisogni
 - Disciplina per le spese personali dell'ospite
 - Altro, specificare _____
-

G.3. Piano educativo individualizzato: specificare metodologie adottate per l'elaborazione di concerto con i Servizi invianti, metodologie e modalità adottate per l'osservazione, le verifiche in itinere, la valutazione conclusiva, nonché la frequenza del reporting ai Servizi invianti _____

G.4. Descrivere la tipologia di registri adottati all'interno della struttura (es. *Diario, Registro presenze, Registro telefonate, etc*) _____

G.5. Modalità di comunicazione e raccordo con i genitori o i tutori _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

in data _____, (cod. fisc. _____), nella sua qualità di (barrare la voce che interessa):

legale rappresentante dell'ente _____

oppure

procuratore dell'ente _____ giusta procura generale/speciale in data _____,
a rogito del notaio _____ Rep. _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, che i fatti, stati e qualità riportati nella presente scheda informativa corrispondono a verità.

Data e firma del Legale Rappresentante/Procuratore
