

Indagine campionaria: bambini e adolescenti fuori dalla famiglia di origine

**Scheda per il SERVIZIO RESIDENZIALE
che ha accolto bambini e adolescenti
Anno 2016**

1. INFORMAZIONI GENERALI SUL SERVIZIO

DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO	_____
VIA/PIAZZA	_____
COMUNE DI	_____ CAP _____
PROVINCIA DI	_____ TEL _____ FAX _____
E-MAIL	_____

1.1 Anno inizio funzionamento del servizio: |__|__|__|__|

a a a a

1.2 Natura giuridica dell'ente titolare:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comune | <input type="checkbox"/> Associazione di promozione sociale |
| <input type="checkbox"/> Consorzio/Associazione di comuni | <input type="checkbox"/> Altra associazione privata |
| <input type="checkbox"/> Società della salute o Zona sociosanitaria | <input type="checkbox"/> Ente religioso |
| <input type="checkbox"/> Comunità Montana | <input type="checkbox"/> Fondazione |
| <input type="checkbox"/> Provincia | <input type="checkbox"/> Cooperativa |
| <input type="checkbox"/> Regione | <input type="checkbox"/> Cooperativa sociale |
| <input type="checkbox"/> Asl | <input type="checkbox"/> Consorzio di cooperative sociali |
| <input type="checkbox"/> Azienda pubblica di servizi alla persona | <input type="checkbox"/> Società privata |
| <input type="checkbox"/> Altro Ente pubblico | <input type="checkbox"/> Altro soggetto privato |
| <input type="checkbox"/> Associazione di volontariato | |

1.3 Da chi è gestito il servizio residenziale?

- Dal soggetto titolare *(vai a domanda 1.4)*
- Da altro soggetto
- Da più soggetti in gestione mista

1.3.1 Natura giuridica dell'ente gestore (sono possibili più risposte)

- Comune
- Consorzio/Associazione di comuni
- Società della salute
- Comunità montana
- Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.)
- Azienda di servizi alla persona (A.S.P.)
- Associazione
- Ente religioso
- Fondazione
- Cooperativa
- Cooperativa sociale
- Altro (specificare _____)

1.4 Tipologia del servizio residenziale:

- Socio educativo per minorenni

1.4.1 se si specificare:

- comunità familiare per minori
- socio educativa per minori
- alloggio alta autonomia
- accoglienza bambino/genitore
- pronta accoglienza
- educativo e psicologica
- multiutenza

- Ad integrazione socio-sanitaria

- Altro

1.4.2 se si specificare:

- accoglienza di emergenza
- prevalente accoglienza abitativa
- prevalente funzione tutelare

1.5 Assistenza sanitaria fornita:

- Assente Bassa Media Alta

1.6 Capacità ricettiva residenziale massima del servizio:

N. di cui

1.6.1 posti residenziali di pronta accoglienza:

N.

1.6.2 posti residenziali progetti SPRAR:

N.

1.7 La struttura ha ricevuto l'autorizzazione al funzionamento?

- Sì, dal Comune di appartenenza
- Sì, dalla ASL
- Sì, dalla Regione
- Sì, da altro Ente
- No, non è stata autorizzata
- No, è in corso di perfezionamento

1.8 La struttura ha ricevuto l'accreditamento in base al sistema di accreditamento regionale?

- Sì, dal Comune di appartenenza
- Sì, dalla ASL
- Sì, dalla Regione
- Sì, da altro Ente
- No, ma è stata avviata la procedura
- No, non è stata accreditata
- No, perché non esiste un sistema di accreditamento regionale

1.9 Indicare i metri quadri della struttura residenziale (esclusi spazi esterni) |_|_|_|_|

1.10 Per ogni bambino accolto viene compilata una scheda personale/fascicolo? Sì No

1.11 Esiste un Progetto di servizio?

- Sì No

1.12 L'ente gestore si è dotato di una Carta dei servizi riferita alle attività residenziali?

- Sì No

1.13 Il servizio intrattiene rapporti con: *(indicare una risposta per ogni soggetto)*

	sì, sempre	sì, spesso	raramente	no, mai
rete di "famiglie accoglienti"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la parrocchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le associazioni di volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le associazioni ricreative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le associazioni sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri servizi residenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autorità giudiziarie minorili (TM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
servizi sociosanitari territoriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri soggetti <i>(specificare)</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.14 Il soggetto gestore partecipa a tavoli permanenti di confronto sull'accoglienza residenziale?

Sì No

se sì specificare a quale livello (risposta multipla):

- nazionale
- regionale
- comunale

Se sì:

1.14.1 Indicare quali sono i componenti del tavolo:

- Servizi sociali
- Servizi sanitari territoriali
- Servizi ospedalieri
- Procura presso il Tribunale per i minorenni
- Tribunale per i minorenni
- Procura ordinaria
- Tribunale ordinario
- Forze di polizia/Carabinieri
- Servizi sociali della giustizia minorile
- Enti gestori accoglienze
- Associazionismo
- Altro, indicare

1.14.2 Indicare quali sono le tre principali finalità del tavolo:

1. _____
2. _____
3. _____

1.14.3 I componenti hanno sottoscritto un accordo/protocollo formale di cooperazione?

Sì No

se sì, se disponibile, per favore allegare l'accordo/protocollo

1.15 Il servizio ha un progetto di accompagnamento all'autonomia per i neo maggiorenni?

Sì No

1.15.1 Se sì specificare la modalità prevalente:

- elaborato e realizzato autonomamente dall'ente gestore
- elaborato e condiviso con il Servizio/ente inviate del singolo ragazzo
- elaborato e realizzato dal Servizio/ente inviate

1.15.2 Se sì indicare le principali azioni contemplate dal progetto (massimo tre scelte):

- inserimento in un alloggio nel quale sperimentare la semi-autonomia;
- accompagnamento alla conclusione del percorso scolastico e formativo;
- sostegno nell'inserimento lavorativo e abitativo;
- iniziale sostegno al reddito;
- continuità degli interventi di tipo sanitario e psicoterapeutico avviati, fino alla conclusione degli stessi;
- esenzioni e le facilitazioni sociali (es. il pagamento del ticket sanitario; il pagamento dei servizi di mensa scolastici e universitari; l'abbonamento ai servizi di trasporto pubblico, affitto a costi agevolati, ecc.);

1.16 Il servizio intrattiene relazioni e svolge attività di sostegno con la famiglia di origine?
(una sola risposta)

- Sì, relazioni Sì, attività di sostegno Sì, entrambe No, nessuna

1.17 Indicare il numero di volontari che hanno prestato la loro attività nel servizio nell'anno 2016:

Numero di volontari |__|__|__|

1.17.1. Se presenti indicarne le principali mansioni (risposta multipla):

- supporto scolastico accompagnamento turni notturni
 altro (specificare).....

1.18 Indicare il numero di operatori del servizio civile che hanno prestato la loro attività nel servizio nell'anno 2016:

Numero di operatori del servizio civile |__|__|__|

se presenti indicarne le principali mansioni (risposta multipla):

- supporto scolastico accompagnamento turni notturni
 altro (specificare).....

1.19 Indicare il numero di persone retribuite che operano nel servizio secondo la qualifica professionale e l'orario di lavoro (per personale retribuito si intende il personale con contratto in essere al 31/12/2016 anche se temporaneamente assente per maternità, malattia o altri motivi. Nel definire la percentuale di lavoro occorre fare riferimento, per ogni figura professionale, al monte ore standard previsto dal contratto Collettivo Nazionale):

	Full time	Part-time
Direttore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetto alla segreteria e affari generali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico generico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialista in terapie mediche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insegnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animatore culturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediatore interculturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tecnico riabilitazione psichiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operatore sociosanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetto all'assistenza personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetto alla preparazione e distribuzione cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addetto ai servizi generali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.20 Nel servizio lavorano operatori:

- Residenti Turnanti Entrambi

1.21 Importo medio retta giornaliera:

Unica |_|_|_|€

Differenziata: importo minimo |_|_|_|€ importo massimo |_|_|_|€

Se differenziata specificarne criterio.....

1.22 Nel corso del 2016 il servizio ha ricevuto visite di verifica da parte di organi competenti alla vigilanza dei servizi residenziali? (una sola risposta)

- Sì, una volta Sì, da 2 a 5 volte Sì, più di 5 volte No, nessuna

1.22.1 Se sì specificare se sono state erogate sanzioni: Sì No

1.23. Indicare le funzioni/interventi del servizio residenziale (risposta multipla):

- Attività espressive di supporto (musicoterapia, laboratori, ecc.)
- Presa in carico terapeutica della famiglia del bambino
- Interventi psicoeducativi con il coinvolgimento del bambino e della famiglia
- Gestione dei rapporti con le istituzioni, i servizi territoriali, le ASUR ed i distretti socio-sanitari e gli ambiti territoriali.
- Collaborazione e azioni di rete con il privato sociale, gli altri attori locali e la cittadinanza attiva dell'ambito socio-assistenziale e del territorio.
- Attività formative e progetti di formazione professionale
- Recupero scolastico
- Inserimento lavorativo in attività produttive della cooperativa e in imprese locali
- Accompagnamento/orientamento al lavoro.
- Realizzazione di un progetto di passaggio tra il ricovero ospedaliero ed il trattamento ambulatoriale.
- Interventi farmacologici
- Presa in carico del bambino per valutazione
- Accompagnamento del bambino nella vita quotidiana, interna ed esterna alla Comunità, con condivisione delle attività e dei diversi momenti della giornata.
- Riabilitazione fisica
- Psicoterapia individuale o di gruppo
- Trattamento psichiatrico individuale o di gruppo
- Altro specificare _____

1.24. Agli accolti dal servizio residenziale, con quale frequenza i servizi territoriali garantiscono la possibilità di usufruire dei seguenti supporti:

1.24.1 Rimborso delle spese

	Sempre	Talvolta	Mai
spese sanitarie			
visite specialistiche e/o urgenti			
ortodonzia e/o cure dentali			
occhiali da vista			
ausili o protesi non fornite né rimborsate dal S.S.			
soggiorni, cure climatiche e/o termali			
libri di testo e materiale scolastico			
recupero scolastico			
rimborso chilometrico (in caso di accompagnamenti frequenti e/o residenza in altro Comune)			
attività sportive e/o associativa			
trasporto scolastico			
corredo d'ingresso			
altro (specificare) _____			

1.24.2 Contributi indiretti

	Sempre	Talvolta	Mai
assicurazione per gli accolti			
esenzione ticket sanitari			
frequenza gratuita asili nido pubblici			
esenzione pagamento mensa scolastica			
riduzione retta asili nido o mensa scolastica			
tessere gratuite trasporto urbano			
esenzione quota trasporto scolastico			
interventi educativi domiciliari			
altro (specificare) _____			

1.24.3 Agevolazioni:

	Sempre	Talvolta	Mai
priorità iscrizione asili nido e scuole materne comunali/statali			
cure ortodontiche e/o dentali gratuite grazie a protocolli con associazioni			
attività sportive gratuite grazie a protocolli			
altro (specificare) _____			

1.24.4 Interventi di assistenza:

	Sempre	Talvolta	Mai
sostegno terapeutico individuale pubblico			
sostegno terapeutico individuale privato			
affiancamento di volontari			
altro (specificare) _____			

2. INFORMAZIONI SUI BAMBINI E SUI RAGAZZI (0-17 anni) PRESENTI, ENTRATI, DIMESSI DAL SERVIZIO RESIDENZIALE (*escludere dal conteggio i maggiorenni e i bambini accolti con genitori maggiorenni*)

2.1 Quali sono le tipologie prevalenti di utenza del servizio residenziale? (massimo tre scelte)

Bambini e ragazzi

2.1.1 Se si specificare, la classe di età:

0-2 anni; 3-5 anni; 6-10 anni; 11-14 anni; 15-17 anni

minorenni stranieri non accompagnati

adulti

neo maggiorenni (18 -21 anni)

madri maggiorenni con figli

madri minorenni con figli

altro specificare _____

2.2 Quali sono le caratteristiche prevalenti dell'utenza? (massimo tre scelte)

Caratteristiche	Adulti	Minorenni
disabilità fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità psichica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cittadinanza straniera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tossicodipendenza/alcoldipendenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vittime di maltrattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minorenni autori di reato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vittime di tratta/sfruttamento sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nessuna caratteristica specifica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. In riferimento agli accolti nel servizio indicare il numero di:

	presenti 31.12.2016	entrati dal 01.01.2016 al 31.12.2016	dimessi dal 01.01.2016 al 31.12.2016
Bambini e ragazzi 0-17 anni			
<i>di cui di cittadinanza straniera</i>			
<i>di cui di minori stranieri non accompagnati</i>			
Ragazzi di 18-21 anni già in carico nella minore età			
<i>di cui di cittadinanza straniera</i>			

N.B. Non devono essere conteggiati bambini e ragazzi accolti assieme ad un genitore maggiorenne.

2.4. Nel caso di servizio di accoglienza bambino/genitore indicare:

	presenti 31.12.2016	entrati dal 01.01.2016 al 31.12.2016	dimessi dal 01.01.2016 al 31.12.2016
Bambini e ragazzi (0-17 anni) accolti con genitori maggiorenni			
<i>di cui di cittadinanza straniera</i>			

Questionario compilato da:

Nome Cognome _____

Ruolo/funzione _____

Tel _____

E-mail _____

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” – art. 2 (finalità), art. 4 (definizioni), artt. 7-10 (diritti dell’interessato), art. 13 (informativa), artt. 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici” (all. A. 4 del Codice in materia di protezione dei dati personali – Provvedimento del Garante n. 2 del 16 giugno 2004, Gazzetta Ufficiale 14 agosto 2004, n. 190).