**SCHEDA DI RILEVAZIONE**

**delle**

**STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PER MINORI**

**previste dall'art. 21, comma 1. lett. i)**

**della LEGGE REGIONALE 41/2005,**

**e relativo REGOLAMENTO 15/R del 2008,**

**e dagli articoli 15 e 16**

**della RISOLUZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE del 20 marzo 1990**

**ANNO DI RILEVAZIONE: 2015**

|  |
| --- |
|  |
| Il presente questionario è stato realizzato dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza nell'ambito delle attività svolte per la Regione Toscana, ai sensi della LR 31/2000 (www.minoritoscana.it). Le informazioni fornite verranno trattate nel rispetto della D.Lgs. 196/03 sulla Tutela della Privacy.Il questionario è organizzato nelle seguenti sezioni:SEZIONE A: Informazioni sulla struttura semiresidenziale **(dati aggiornati al momento della compilazione)** SEZIONE B: Informazioni sui servizi (**dati annualità 2015)** SEZIONE C: Informazioni sull’utenza della struttura semiresidenziale **(dati dell’anno 2015)**SEZIONE D: Progetti educativi individualizzati **(dati aggiornati all’annualità 2015)**Note per la compilazione **Il questionario deve essere compilato on line. La versione cartacea è a solo scopo illustrativo dei dati necessari per favorire le operazioni di raccolta delle informazioni.** **Prima di iniziare la compilazione, è opportuno:****1. Prendere visione del testo completo del questionario (versione cartacea) che vi è stato fornito e raccogliere tutte le informazioni necessarie.** **2. Conservare la mail di invito con l’identificativo personalizzato**Per procedere con la compilazione è necessario collegarsi via internet al link disponibile sul sito [www.minoritoscana.it](http://www.minoritoscana.it) alla sezione “Dati e ricerche/sistemi informativi e di monitoraggio”, voce “I servizi per l’accoglienza semiresidenziale”. Inserire l’identificativo comunicato nella mail e seguire le indicazioni.Il questionario è **parzialmente precompilato (SEZIONE A)**: si invita a verificare i dati già inseriti ed eventualmente correggerli. Quindi proseguire con la compilazione delle altre parti.Conservando memoria delle domande a cui è già stata fornita risposta, il sistema permette di riempire il questionario in momenti diversi. La compilazione può quindi essere interrotta in un qualsiasi punto selezionando il tasto **“salvare i dati inseriti**” e **successivamente si può riprendere** dallo stesso punto, attraverso il medesimo accesso attraverso il sito [www.minoritoscana.it](http://www.minoritoscana.it)Il tasto “**Invia” che appare al termine del questionario on line conclude la compilazione** del questionario e avvia la trasmissione dei dati. Premendo il tasto “Invia” non sarà possibile accedere nuovamente al questionario. In caso di errore contattare l’assistenza tecnica.Se NON si vogliono salvare o inviare le risposte, premere il tasto "uscire e ripulire l'indagine", in qualunque momento. Sarà così possibile rientrare e inserire tutti i dati ex novo.Al termine dell’inserimento, è possibile salvare e stampare le risposte.Per informazioni tecniche sulla compilazione, fare riferimento a:Cristina Mattiuzzomattiuzzo@istitutodeglinnocenti.it – tel. 055 20 37 304 |

**SEZIONE A : Informazioni sulla struttura semiresidenziale**

**(TUTTA LA SEZIONE A E’ PRECOMPILATA)**

**A.1. Dati della struttura**

Denominazione della struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A.2.** **Tipologia della struttura**:

□ Semiconvitto, servizio semiresidenziale ai sensi dell’art. 16 della Risoluzione del Consiglio regionale del 20 marzo 1990

□ Centro diurno, servizio semiresidenziale ai sensi dell’art. 15 della Risoluzione del Consiglio regionale del 20 marzo 1990

□ Struttura semiresidenziale ai sensi dell’art. 21, comma 1, lett. i) della LR 41/2005 e del relativo Regolamento di attuazione, 15/R del 2008

**A.3. Referente della struttura**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A.4. Dati del soggetto titolare.** Indicare la natura giuridica dell’ente titolare e la denominazione.

**Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Natura giuridica del soggetto titolare:**

1. □ Comune 7. □ Associazione

2. □ Consorzio/Associazione di comuni 8. □ Ente religioso

3. □ Società della salute 9. □ Fondazione

4. □ Comunità montana 10. □ Cooperativa

5. □ Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) 11. □ Cooperativa sociale

6. □ Azienda di servizi alla persona (A.S.P.) 12. □ Altro (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**A.5. Da chi è gestita la struttura?**

1.□ Dal soggetto titolare 2. □ Da altro soggetto 3.□ Da più soggetti in gestione mista

**A.6. Se è gestita da soggetto diverso dal titolare o da più soggetti in gestione mista, specificare la natura giuridica del soggetto gestore o dei soggetti in gestione mista e la relativa denominazione** *(sono possibili più risposte)*

 **Denominazione dell’ente gestore**

1. □ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. □ Consorzio/Associazione di comuni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. □ Società della salute \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. □ Comunità montana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. □ Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. □ Azienda di servizi alla persona (A.S.P.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. □ Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. □ Ente religioso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. □ Fondazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. □ Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. □ Cooperativa sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. □ Altro (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEZIONE B: Informazioni sui servizi**

**B.1. Indicare la tipologia di retta media giornaliera per bambino/adolescente:**

1.1 □ Unica *(vai alla domanda B.1.1.)*

1.2. □ Differenziata *(vai alla domanda B.1.2.)*

1.3. □ Retta non prevista *(vai alla domanda B.1.3.)*

**B.1.1. Se è presente una retta unica, indicare l’importo della retta media giornaliera per bambino/adolescente:**

Retta Unica |\_\_|\_\_|\_\_| €

**B.1.2. Se è presente una retta differenziata, , indicare l’importo minimo e massimo della retta:**

Retta minima |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|€

Retta massima |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|€

**B.1.2.1. Indicare le eventuali quote aggiuntive alla retta base e cosa comprendono (es. pranzo, cena, trasporto, supporto educativo individuale, etc..)**

Quota aggiuntiva 1 |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quota aggiuntiva 2 |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quota aggiuntiva 3 |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quota aggiuntiva 4 |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_|€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B.1.3. Se non è presente una retta giornaliera, indicare importo e tipologia del contribuito ricevuto e con quale cadenza temporale:**

Tipo di contributo ……………………………………………………………

Importo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| €

**B.1.3.1. Se non è presente una retta giornaliera, indicare la cadenza temporale del contributo ricevuto:**

Cadenza temporale □ Settimanale

□ Mensile

□ Annuale

□ Una tantum

□ Altro (specificare ……………………………….)

**B.2. Quale è l’area PREVALENTE di intervento in cui opera la struttura ?**

*(Attenzione: è possibile* ***indicare una sola area prevalente*** *di intervento)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prevalente |
| 1. Sostegno al bambino/adolescente nell’apprendimento scolastico | □ |
| 2. Sostegno ai processi di autonomia e responsabilizzazione del bambino/adolescente | □ |
| 3. Promozione della socializzazione e scambio con altri bambini/adolescenti | □ |
| 4. Supporto alle relazioni bambino/adolescente - famiglia  | □ |
| 5. Monitoraggio della situazione familiare del bambino/adolescente | □ |
| 9. Altro (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | □ |

**B.2.1. Quali sono le aree SECONDARIE di intervento in cui opera la struttura ?**

*(Attenzione: è possibile indicare fino a un massimo di 3 aree secondarie)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Secondaria |
| 1. Sostegno al bambino/adolescente nell’apprendimento scolastico | **□** |
| 2. Sostegno ai processi di autonomia e responsabilizzazione del bambino/adolescente | □ |
| 3. Promozione della socializzazione e scambio con altri bambini/adolescenti | □ |
| 4. Supporto alle relazioni bambino/adolescente - famiglia | □ |
| 5. Sostegno alla genitorialità | □ |
| 6. Osservazione | □ |
| 7. Monitoraggio della situazione familiare del bambino/adolescente | □ |
| 8. Sostegno all’orientamento e inserimento lavorativo | □ |
| 9. Altro (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | □ |

**B.3**. **La struttura ha posti riservati in convenzione?** □ Si □ No

**B.3.1**. **Se si, quanti sono i posti in convenzione?** N° posti |\_\_\_\_|

**B.3.2. Se si, con chi è stipulata la convenzione?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEZIONE C: Informazioni sull’utenza della struttura semiresidenziale**

**C.1. Bambini e adolescenti iscritti alla struttura al 31/12/2015**

**C.1.0. Bambini e adolescenti iscritti alla struttura semiresidenziale al 31/12/2015** (Indicare il numero complessivo di maschi e femmine iscritti secondo la cittadinanza italiana, straniera)

*Avvertenza: "Totali italiani" e "Totali stranieri" devono corrispondere alle prime due righe della domanda successiva C.1.1.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Maschi | Femmine | Totale |
| Totale italiani | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| Totale stranieri | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| Totale |  |  | n° |\_\_\_\_| |

**C.1.1. Bambini e adolescenti iscritti alla struttura semiresidenziale al 31/12/2015 per classi di età, genere e cittadinanza** (italiani, stranieri, e di questi, i minori stranieri non accompagnati – MSNA) *(indicare il numero)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Classi di età | TOT |
|  | N. maschi  | N. femmine |
|  | 0-5 anni | 6-10 anni | 11-14 anni | 15-17 anni | 18 anni e oltre | 0-5 anni | 6-10 anni | 11-14 anni | 15-17 anni | 18 anni e oltre |  |
| Italiani |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Stranieri |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(di cui MSNA)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C.1.2. Del totale dei bambini/adolescenti indicati al punto C.1.1. iscritti alla struttura semiresidenziale al 31/12/2015, indicare i bambini con Bisogni Educativi Speciali (BES Direttiva MIUR 27/12/2012), comprensivi di disabilità, disturbi evolutivi specifici, svantaggio socio-economico, linguistico, culturale** *(Indicare il numero).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N. bambini (italiani e stranieri) | *(di cui stranieri)* |
| Totale bambini e adolescenti con BES | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| *di cui con disabilità certificata (solo legge 104/1992)* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* |

**C.1.2.1. Dei bambini con BES sopra indicati, indicare la tipologia o le tipologie di disabilità, difficoltà o svantaggio certificati o diagnosticati dalla U.O. NPIA, NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza** o (solo per lo svantaggio economico sociale) "segnalati" dai servizi sociali.

*(N.B.: uno stesso bambino può essere portatore di più problematiche: indicare tutti i problemi diagnosticati. La somma totale dei problemi può essere maggiore del numero di bambini con BES indicati al precedente punto C.1.2.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N. bambini (italiani e stranieri) | *(di cui stranieri)* |
| **Disabilità (legge 104/1992) certificate dalla U.O. NPIA** |
| disabilità sensoriali | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| disabilità motorie | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| disabilità intellettive | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| disabilità psichiche | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| **Difficoltà/disturbi evolutivi specifici diagnosticati dalla U.O. NPIA** |
| Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) (legge 170/2010) | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività (ADHD) (C.M. 2213/2012 (ADHD) MIUR) | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Deficit del linguaggio (DSL – Direttiva MIUR del 27/12/12)  | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Deficit delle abilità motorie (Direttiva MIUR del 27/12/12) | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Deficit delle abilità non verbali (Direttiva MIUR del 27/12/12) | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| **Svantaggio socio-economico, linguistico e culturale** |
| Svantaggio socio-economico, linguistico e culturale (su indicazione dei servizi sociali Dir. MIUR 27/12/12) | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |

**C.1.3. Dei bambini e adolescenti iscritti al 31/12/2015, quanti hanno iniziato a frequentare il servizio già nelle annualità precedenti?** (Indicare il numero complessivo di maschi e femmine già frequentanti, secondo la cittadinanza):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Maschi | Femmine | Totale |
| Totale italiani | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| Totale stranieri | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| *(di cui MSNA)* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* |

**C.2. Bambini che hanno terminato la frequenza al servizio prima del termine del progetto nell’annualità 2015.**

**C.2.1. Dei bambini frequentanti il servizio nel corso dell’anno 2015, ci sono bambini che hanno interrotto la frequenza prima del termine del loro progetto individuale?**

Si □ No □

**C.2.2. Se sì, indicare il numero complessivo di maschi e femmine che hanno terminato la frequenza secondo la cittadinanza** (italiani, stranieri, e di questi, i minori stranieri non accompagnati MSNA):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Maschi | Femmine | Totale |
| Totale italiani | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| Totale stranieri | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| *(di cui MSNA)* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* |

**C.2.3. Dei bambini e adolescenti sopra indicati, che hanno terminato la frequenza al servizio, prima del termine del progetto, riportare il periodo di permanenza nella struttura semiresidenziale** *(indicare il numero)*

*Avvertenza: la somma delle diverse specifiche di permanenza deve essere uguale al totale dei minori - italiani e stranieri - usciti dal servizio indicati al punto C.2.2*

|  |  |
| --- | --- |
| Meno di 3 mesi | n° |\_\_\_\_| |
| Da 3 a 6 mesi | n° |\_\_\_\_| |
| Da oltre 7 a 12 mesi | n° |\_\_\_\_| |
| Da 13 a 24 mesi | n° |\_\_\_\_| |
| Da 25 a 36 mesi | n° |\_\_\_\_| |
| Da oltre 36 mesi | n° |\_\_\_\_| |
| Totale | n° |\_\_\_\_| |

**C.2.4. Dei bambini e adolescenti indicati ai punti precedenti, che hanno interrotto la frequenza, precisare il motivo prevalente che ha condotto all’uscita dal servizio *(indicare il numero)***

*Avvertenza: la somma del totale bambini (italiani e stranieri) deve essere uguale al totale dei minori usciti dal servizio indicati al punto C.2.3. e al punto C.2.2.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Totale bambini (italiani e stranieri) | *di cui stranieri**(n. bambini / adolescenti)* |
| Raggiungimento maggiore età | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Trasferimento in altro Comune/Regione/Nazione | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Interruzione del progetto da parte della famiglia | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Interruzione del progetto da parte dei servizi con permanenza del bambino/ragazzo in famiglia | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Interruzione del progetto per inserimento del minore in struttura residenziale o affidamento | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Difficoltà di inserimento del ragazzo/bambino | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Comportamenti del bambino/ragazzo che provocavano comprovate situazioni di pregiudizio ai danni degli altri ospiti | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Rifiuto del bambino / ragazzo di frequentare il servizio | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Malattia | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| Altro (*specificare)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |
| TOTALE | n° |\_\_\_\_| | *n° |\_\_\_\_|* |

**C.2.5.** **Nel corso dell’anno 2015, vi sono state richieste di accesso non accolte?**

□ No

□ Si, per non disponibilità di posti

□ Si, per altro motivo (*specificare* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**C.3. Apertura estiva - Estate 2015**

**C.3.1. Nell’estate 2015, nel periodo di chiusura della scuola, il servizio è stato aperto?**

Si □ No □

**C.3.2. Se sì, indicare quanti bambini nel periodo estivo 2015 di chiusura della scuola, hanno frequentato il servizio, specificando genere e cittadinanza:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Maschi | Femmine | Totale |
| Totale italiani | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| Totale stranieri | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| | n° |\_\_\_\_| |
| *(di cui MSNA)* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* | *n° |\_\_\_\_|* |

**SEZIONE D: Progetti educativi individualizzati 2015**

**D.1. Del totale dei bambini/adolescenti complessivamente iscritti al 31/12/2015, per quanti è stato elaborato un progetto educativo individualizzato?***(indicare il numero)*

Bambini/adolescenti iscritti al 31/12/2015 n. |\_\_\_\_|

Bambini/adolescenti con P.E.I. n. |\_\_\_\_|

**D.2. Nei casi indicati al punto D.1., quali sono i servizi/soggetti che hanno verificato il progetto educativo individualizzato (P.E.I.)?** *(sono possibili più risposte)*

□ Struttura semiresidenziale □ Servizi sociali territoriali

□ Servizi di neuropsichiatria infantile □ Altri servizi dell’Asl

□ Scuola □ Altro (*specificare*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**D.3.** **Con quale frequenza sono stati mediamente verificati i progetti educativi individualizzati nell’annualità 2015?**

□ Mensile □ Trimestrale

□ Quadrimestrale □ Semestrale

□ Annuale □ Altro (*specificare*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**D.4. Quali sono state le aree più ricorrenti degli obiettivi dei PEI nell’annualità 2015?** *(E’ possibile indicare al massimo 2 risposte)*

□ Area della cura, crescita e sviluppo del sé

□ Area dell’acquisizione di autonomia / responsabilizzazione

□ Area affettivo-relazionale (relazioni coi pari)

□ Area delle relazioni nell’ambiente esterno (quartiere, servizi, associazioni sportive, etc.)

□ Area delle relazioni famigliari

□ Area dell’apprendimento e dello sviluppo cognitivo-comunicativo

□ Area delle relazioni nella scuola (con compagni e insegnanti)

**Riferimenti della persona che ha compilato la presente scheda di rilevazione:**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funzione nella struttura/Ente di appartenenza **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**