

Studio “Valutazione dell’offerta e dell’esito dei trattamenti in Comunità Terapeutiche” (VOECT)

Ministero della Salute - Ricerca finalizzata es. fin. 2006

CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE

Da compilarsi a cura del Responsabile al momento dell’arruolamento della Struttura

Data di compilazione: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Regione: |_|_| Codice Struttura: |_|_|

1. Ente di appartenenza: _____

2. Forma giuridica dell’Ente:

- ☐ Associazione
- ☐ Cooperativa
- ☐ Ente Morale
- ☐ Congregazione religiosa
- ☐ Fondazione
- ☐ Altro (Specificare: _____)

3. Nel caso in cui l’Ente abbia più sedi operative, indicarne la dislocazione territoriale:

- ☐ Tutte nello stesso comune
- ☐ Tutte nella stessa azienda sanitaria locale
- ☐ Tutte nella stessa provincia
- ☐ Tutte nella stessa regione
- ☐ In diverse regioni

4. Coordinamento o federazione di appartenenza:

CNCA ☐ **FICT** ☐ **Altro:** (specificare _____)

5. Nome della struttura residenziale: _____

6. Sede struttura

Regione _____

Provincia _____

Comune _____

7. Anno di inizio attività della struttura: |__|__|__|__|

8. La struttura è:

- ☐ Autorizzata al funzionamento
- ☐ Accreditata provvisoriamente/transitoriamente
- ☐ Accreditata

9. La struttura è iscritta all'Albo regionale Enti Ausiliari?

- ☐ SI
- ☐ No

10. Tipologia della struttura residenziale o modulo specifico.

- ☐ Comunità terapeutica
- ☐ Comunità terapeutica con modulo specialistico
Indicare quale: _____
- ☐ Comunità pedagogica
- ☐ Comunità di prima accoglienza
- ☐ Centro Crisi/Centro Osservazione e Diagnosi
- ☐ Comunità specialistica per doppia diagnosi
- ☐ Comunità specialistica per madri con bambini
- ☐ Comunità specialistica per coppie
- ☐ Comunità terapeutica per alcol dipendenti e/o policonsumatori
- ☐ Altro (specificare: _____)

11. Ricettività

11.a Numero posti letto autorizzati: |__|__|__|

11.b Numero posti letto accreditati: |__|__|__|

11.c Persone in trattamento presenti nella struttura al momento della compilazione del questionario:

N. Totale*	__ __ __	Di cui:	Maschi*	__ __ __
			Femmine*	__ __ __
			Transgender*	__ __ __

*Non sono da considerare i minori presenti al seguito dei genitori

12. Personale della struttura addetto al trattamento

(Per ogni qualifica professionale presente indicare il numero totale e le ore complessive di impegno settimanale)

	Totale persone.	Ore complessive settimanali
Direttore/Coordinatore	_ _	_ _ _
Personale amministrativo	_ _	_ _ _
Psichiatri, specialisti	_ _	_ _ _
Infermieri	_ _	_ _ _
Terapisti riabilitazione	_ _	_ _ _
Ausiliari socio-sanitari	_ _	_ _ _
Psicologi	_ _	_ _ _
Sociologi	_ _	_ _ _
Assistenti sociali	_ _	_ _ _
Educatori	_ _	_ _ _
Animatori	_ _	_ _ _
Insegnanti/Formatori	_ _	_ _ _
Senza qualifica specifica	_ _	_ _ _
Operatori pari	_ _	_ _ _
Altro	_ _	_ _ _

13. Modelli e strumenti di lavoro

13.a Modelli teorici di riferimento (sono possibili più risposte)

- ☐ Analitico transazionale
- ☐ Cognitivo comportamentista
- ☐ Umanista Rogersiano
- ☐ Psicodinamico
- ☐ Stadi motivazionali
- ☐ Multidimensionale (specificare: _____)
- ☐ Educativo
- ☐ Sistemico – relazionale
- ☐ Altro (Specificare: _____)

13.b Cartella individuale

- ☐ Esiste
- ☐ Non Esiste

13.c Case manager (responsabile del caso/operatore di riferimento)

- ☐ Esiste
- ☐ Non esiste

13.d Modalità con cui gli utenti sono seguiti dal servizio inviante (possibili più risposte)

- ☐ Incontri periodici con assistito ed equipe inviante
- ☐ Programmazione degli interventi
- ☐ Programmazione delle dimissioni
- ☐ Non è previsto alcun incontro con il servizio inviante
- ☐ Altro (Specificare: _____)

13.e Riunione di equipe

- ☐ Prevista con periodicità definita
- ☐ Prevista con periodicità non definita
- ☐ Non prevista

13.f Supervisione

- ☐ Prevista con periodicità definita
- ☐ Prevista con periodicità non definita
- ☐ Non prevista

14. Tipologia degli interventi offerti dalla struttura (possibili più risposte)

- ☐ Colloqui periodici (counselling) di tipo educativo
- ☐ Colloqui periodici (counselling) di tipo sanitario
- ☐ Sostegno psicologico
- ☐ Consulenza psichiatrica
- ☐ Trattamento psichiatrico
- ☐ Psicoterapia individuale
- ☐ Psicoterapia di gruppo
- ☐ Psicoterapia familiare
- ☐ Gruppi tematici
- ☐ Gruppi di comunità
- ☐ Somministrazione terapia farmacologia prescritta dal medico
- ☐ Terapia riabilitativa fisica
- ☐ Laboratorio di psicomotricità
- ☐ Studio/Recupero scolastico
- ☐ Formazione professionale
- ☐ Attività culturali
- ☐ Attività sportive
- ☐ Attività ricreative
- ☐ Attività di laboratorio artigianale
- ☐ Attività di laboratorio artistico
- ☐ Attività di laboratorio orto-vivaistico
- ☐ Attività di laboratorio professionale
- ☐ Orientamento lavorativo
- ☐ Inserimento lavorativo esterno alla struttura
- ☐ Consulenza legale
- ☐ Altro (Specificare: _____)

15. Situazioni che determinano l'espulsione dalla struttura (possibili più risposte)

- ☐ Uso di sostanze
- ☐ Violenza
- ☐ Rapporti sessuali all'interno della struttura
- ☐ Problemi comportamentali diversi dalla violenza
- ☐ Altro (Specificare: _____)

16. Persona che compila il questionario:

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____