

## 4 - INIZIATIVE DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE

### DATI DI CONSUNTIVO 2017 - STATO DI AVANZAMENTO

#### 1 IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE

1.1 Denominazione.....

Via..... n.....

Tel.....fax.....

E-mail.....

Comune.....CAP..... Prov.....

Codice fiscale.....

#### 1.2 Natura Giuridica Ente Gestore:

<u>PUBBLICA</u>	1	Comune	.....
	2	ASL	.....
	3	Comunità Montana	.....
	4	Consorzio Comuni	.....
	5	Associazione di Comuni	.....
	6	IPAB	.....

Modalità di gestione

1) DIRETTA .....

2) TRAMITE CONVENZIONE/ .....  
APPALTO CON ALTRO SOGGETTO

per l'erogazione di  
tutte le prestazioni .....

3) ALTRO (specificare).....

parte delle prestazioni....

Nel caso di convenzione:

Denominazione dell'Ente con cui esiste convenzione:

.....

PRIVATA

- 1) Ente Religioso .....
- 2) Fondazione .....
- 3) Associazione .....
- 4) Associazione Volontariato .....
- 5) Cooperativa .....
- 6) Cooperativa Sociale .....
- 7) Societa' Commerciale .....
- 8) Ipab Depublicizzata .....
- 9) Altro (specificare) .....

## 2 MODALITA' DI FUNZIONAMENTO

2.1 Allegare **relazione** relativa agli sviluppi intervenuti rispetto alla progettazione iniziale ed il grado di avvicinamento all'obiettivo finale. Tale relazione deve precisare :

1. declinazione degli obiettivi che sono stati raggiunti nel corso dell'anno
2. descrizione della programmazione individualizzata e grado di condivisione da parte della persona disabile, nonché eventuale ridefinizione per il conseguimento degli obiettivi
3. eventuale rideterminazione delle attività a seguito riassetto dei programmi individualizzati
4. esplicitazione degli eventuali nodi critici incontrati nel perseguimento degli obiettivi
5. descrizione puntuale delle strategie messe in atto per realizzare l'integrazione sociale

2.2 - n. giorni funzionamento nell'anno

- Apertura settimanale:
- n. giorni funzionamento settimanale
- orario di funzionamento giornaliero      dalle      alle  
   dalle      alle

### 3. MODALITA' DI AMMISSIONE

3.1 Chi propone l'ammissione delle persone disabili al servizio:

Nucleo dipartimentale A.S.S.T.

Servizio Disabili dell'A.S.S.T.

Equipe specialistica dell'A.S.S.T.  dell'Ente gestore

Singole figure specialistiche dell'A.S.S.T.  dell'Ente gestore

(precisare quali \_\_\_\_\_)

Responsabili e Operatori del servizio

3.2 Chi predispose il programma personalizzato e mirato per ogni persona disabile:

Nucleo dipartimentale A.S.S.T.

Servizio Disabili dell'A.S.S.T.

Equipe specialistica dell'A.S.S.T.  dell'Ente gestore

Singole figure specialistiche dell'A.S.S.T.  dell'Ente gestore

(precisare quali \_\_\_\_\_)

Responsabili e Operatori del servizio

3.3 Alla famiglia viene chiesta la condivisione del progetto individuale SI NO

3.4 La famiglia viene coinvolta nella realizzazione del servizio SI NO

(se SI specificare come \_\_\_\_\_)

3.5 n. nuovi ingressi nel corso del 2017

3.6 n. dimissioni effettuate nel corso del 2017

3.7 n. domande giacenti, in lista d'attesa, alla data del 31.12.2017



## 5. MODALITA' DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO

NUMERO PROGRESSIVO (1)	FREQUENZA SFA		MONITORAGGIO		PROBLEMI INTERVENUTI DURANTE IL PERCORSO	DIMINUIZIONE DELLA PRESA IN CARICO (3)	CESSAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DURANTE O ALLA FINE
	T.P. (2)	P.T. (2)	COSTANTE ORE OPERATORE	SALTUARIO ORE OPERATORE			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							

(1) Il numero progressivo, corrispondente ad ogni utente, è uguale a quello identificativo riportato nella scheda 4

(2) indicare se trattasi di tempo pieno, tempo parziale oppure frequenza per alcune ore.

(3) precisare se a seguito di raggiungimento di obiettivi intermedi rispetto al processo di acquisizione di autonomia, oppure per utilizzo di part-time di altri servizi, ovvero per altre motivazioni



## 6. RIEPILOGO DEL PERSONALE (1)

FIGURE PROFESSIONALI	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
	DIPENDENTE	CONVENZIONATI	LIBERO PROF.	VOLONTARI	OBIETTORI
RESPONSABILE					
TECNICI LAUREATI					
ASSISTENTI SOCIALI					
PERSONALE EDUCATIVO					
A.S.A.					
PERSONALE SANITARIO					
ALTRO PERSONALE					
TOTALE					

**Nota (1)** Riportare il personale i cui oneri sono a carico del Gestore, indicando le sole prestazioni rese nel servizio rendicontato.

CODICI DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI DA UTILIZZARE PER LA RENDICONTAZIONE ANALITICA DI CUI ALLE PAGINE SUCCESSIVE

<b>PERSONALE SANITARIO</b>	<b>NEUROPSICHIATRA</b>	<b>2.3</b>
	<b>PSICHIATRA</b>	<b>2.4</b>
	<b>PSICOLOGO</b>	<b>2.8</b>
	<b>ALTRO SPECIALISTA</b>	<b>2.10</b>
	<b>INFERMIERE</b>	<b>8.1</b>

<b>TECNICI LAUREATI</b>	<b>PEDAGOGISTA</b>	<b>9.1</b>
	<b>PSICOPEDAGOGISTA</b>	<b>9.2</b>
	<b>SOCIOLOGO</b>	<b>9.3</b>

<b>ASSISTENTE SOCIALE</b>	<b>4.4</b>
---------------------------	------------

<b>PERSONALE EDUCATIVO 4.1</b>	<b>ANIMATORE SOCIALE</b>	
	<b>EDUCATORE PROF.</b>	<b>4.2</b>

<b>A.S.A.</b>	<b>7.1</b>
---------------	------------

**PERSONALE EDUCATIVO**

<b>Cognome Nome</b>	<b>cod. figura. Profess.</b>	<b>in possesto di qualifica specifica</b>		<b>Orario di lavoro settimanale</b>	<b>Durata del rapporto di lavoro (settimane)</b>	<b>ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO</b>				
		<b>SI</b>	<b>No</b>			<b>dipendenti</b>	<b>convenzionati</b>	<b>rapp.libero profess.</b>	<b>Volontari</b>	<b>Obiettori</b>
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
15										
<b>20</b>										
<b>Totali</b>				<b>XXXXX</b>	<b>XXXXX</b>					

*ALTRO PERSONALE*

<b>Cognome Nome</b>	<b>Cod. figura Profess.</b>	<b>Orario di lavoro settimanale</b>	<b>Durata del rapporto di lavoro (settimane)</b>	<b>ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO</b>				
				<b>dipendenti</b>	<b>convenzionati</b>	<b>libero profess</b>	<b>Volontari</b>	<b>Obiettori</b>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
<b>Totali</b>								

<b><i>ENTRATE CORRENTI</i></b>	(in Euro)
Rette a carico dei Comuni	-----
Rette a carico degli utenti	-----
Rendite patrimoniali	-----
Contributo da privato	-----
Fondo Sociale	-----
Altre entrate	-----
.....	-----
.....	-----
.....	-----
<b>TOTALE ENTRATE CORRENTI</b>	

## 8) USCITE CORRENTI ANNO 2017

Personale (in Euro)		Altre spese (in Euro)	
<i>Responsabile</i>		Affitto e spese amministrative	
Tecnici Laureati		Telefonia e cancelleria	
Assistenti sociali		Gas	
Personale Educativo		pulizie	
A.s.a		*trasporti e acquisto mezzi	
Altro personale		materiali per attività	
<b>Sub-totale</b>		infrastrutture e uscite	
Personale sanitario		Assicurazioni	
		Cancelleria e materiale di uso e consumo	
<b>Totale spese personale</b>		<b>Totale altre spese</b>	

\*nella voce trasporti e acquisto mezzi sono comprese le spese di acquisto del mezzo di trasporto, la manutenzione, il carburante e i rimborsi chilometrici dei mezzi degli operatori, le Assicurazioni.

TOTALE GENERALE

Compilatore: Sig .....

Qualifica .....

Tel ..... e mail.....