



## *Al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali*

**VISTA** la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

**VISTO** l’articolo 24 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante “Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”, che istituisce il Sistema informativo unitario dei servizi sociali (di seguito denominato SIUSS) e, nello specifico:

- il comma 1, che individua le finalità del SIUSS;
- il comma 3, lettera b), che individua, quale articolazione del SIUSS, il Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali;
- il comma 7, il quale prevede che il sistema informativo di cui al punto precedente sia organizzato avendo come unità di rilevazione l’ambito territoriale e assicuri una compiuta conoscenza di tutte le informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione, al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali;
- il comma 8, in base al quale i dati e le informazioni di cui al comma 7 dell’articolo 24 sono raccolti, conservati e gestiti dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e trasmessi dai comuni e dagli ambiti territoriali, anche per il tramite delle regioni e delle province autonome;

**VISTO** il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019, concernente la disciplina delle modalità attuative del Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali (SIOSS) e, in particolare, l’articolo 6, comma 2, in base al quale i moduli di approfondimento del SIOSS sono in ogni caso individuati per quegli interventi e servizi sociali che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni e il successivo comma 6, il quale prevede che l’evoluzione dei moduli di approfondimento ovvero l’individuazione di nuovi moduli, sia adottata *“nelle medesime modalità del presente decreto”*;

**VISTA** la legge 30 dicembre 2021, n. 234 e, in particolare, l’articolo 1, comma 170, che definisce, in sede di prima applicazione, i seguenti livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS): pronto intervento sociale; supervisione del personale dei servizi sociali; servizi sociali per le dimissioni protette; prevenzione dell’allontanamento familiare; servizi per la residenza fittizia; progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente;

**RITENUTO** di dover apportare alcune integrazioni alle tabelle allegate al suddetto decreto n. 103 del 22 agosto 2019, al fine di acquisire una conoscenza più ampia dei bisogni sociali, delle prestazioni erogate e di tutte le informazioni necessarie alla programmazione sociale;

**RITENUTO** altresì di dover acquisire ulteriori informazioni finalizzate al monitoraggio dei LEPS individuati dall’articolo 1, comma 170, della citata legge 30 dicembre 2021, n. 234;

**TENUTO CONTO** delle risultanze cui è pervenuto il gruppo di lavoro tecnico istituito con decreto direttoriale n. 267 del 14 agosto 2023, con il compito di definire criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale ricomprese nei LEPS;

**RILEVATO** che per mero errore materiale, nel citato decreto n. 103 del 22 agosto 2019, agli articoli 3, 4 e 5 si richiama erroneamente l’articolo 2, comma 2, lettera a), del medesimo decreto anziché l’articolo 2, comma 1, lettera a) e che all’articolo 3, comma 1, lettera c), si fa riferimento erroneamente all’articolo 2, comma 3, del medesimo decreto anziché all’articolo 2, comma 2;

**RITENUTO** di dover provvedere anche alla correzione dell’errore materiale innanzi descritto;

**ACQUISITA** l’intesa della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancita nella seduta del 6 marzo 2025;



# *Al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali*

## **DECRETA**

### **Articolo 1**

*(Modifiche e integrazioni ai moduli di approfondimento già presenti sul SIOSS)*

1. Per le finalità indicate in premessa, gli allegati 4, 5 e 6 al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019, che contengono rispettivamente le informazioni relative al servizio sociale professionale, all'affidamento familiare e ai servizi residenziali per minorenni, sono sostituiti dai nuovi allegati 4, 5 e 6 che costituiscono parte integrante del presente decreto.

2. Le modalità e i termini per la messa a disposizione delle informazioni di cui al comma 1 restano quelli già disciplinati dall'articolo 8 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019.

### **Articolo 2**

*(Ulteriori moduli di approfondimento)*

1. Ai fini del monitoraggio dei servizi e degli interventi che costituiscono LEPS ai sensi dell'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sono adottati per consentire la rilevazione delle rispettive informazioni i seguenti moduli di approfondimento:

- a) pronto intervento sociale;
- b) supervisione del personale dei servizi sociali;
- c) servizi sociali per le dimissioni protette;
- d) prevenzione dell'allontanamento familiare;
- e) servizi per la residenza fittizia;
- f) progetti per il dopo di noi;
- g) progetti per la vita indipendente.

2. Le informazioni da rilevare nei moduli di approfondimento di cui al comma 1 sono individuate nell'allegato A, che costituisce parte integrante del presente decreto.

3. In sede di prima applicazione, con successiva circolare del Ministero del lavoro e delle politiche sociali sono indicati i termini e le modalità per la messa a disposizione delle informazioni di cui all'allegato A relative all'anno 2024.

4. Per le successive rilevazioni, le modalità e i termini per la messa a disposizione delle informazioni di cui all'allegato A restano quelli già disciplinati dall'articolo 8 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019.

### **Articolo 3**

*(Modifiche al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019)*

1. Al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) agli articoli 3, 4 e 5 le parole: "articolo 2, comma 2, lettera a)" sono sostituite dalle seguenti: "articolo 2, comma 1, lettera a)";

b) all'articolo 3, comma 1, lettera c), le parole: "articolo 2, comma 3" sono sostituite dalle seguenti: "articolo 2, comma 2".



## *Al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali*

### **Articolo 4**

*(Oneri)*

1. Alle attività di cui al presente decreto, le amministrazioni interessate provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto è pubblicato nella sezione pubblicità legale del sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, previo visto e registrazione della Corte dei conti, e della sua adozione è dato avviso nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma,

28 MAR 2025

Il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

*Marina Elvira Calderone*

### Allegato 4 - Servizio sociale professionale

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...
1. L'ente è soggetto attuatore?	_  SI  _  NO se NO indicare soggetto attuatore  _ _ _ _	_  SI  _  NO se NO indicare soggetto attuatore  _ _ _ _				

#### Da compilare per ogni soggetto attuatore

<b>2. Tipo di gestione</b>	<i>[Diretta/ Esternalizzata]</i>	
<b>3. Il servizio è articolato per aree target (con uo dedicate)</b>	[SI/NO]	
<b>4. Il servizio ha assistenti sociali esclusivamente dedicate ad un'area target?</b>	[SI/NO]	
<b>4.1 se SI, in quale area target?</b>	<b>Famiglia e minori</b>	[SI/NO]
	<b>Anziani autosufficienti</b>	[SI/NO]
	<b>Persone con disabilità</b>	[SI/NO]
	<b>Anziani non autosufficienti</b>	[SI/NO]
	<b>Povertà</b>	[SI/NO]
	<b>Disagio adulti, dipendenze, salute mentale</b>	[SI/NO]
<b>5. Monte ore settimanale svolto complessivamente dagli assistenti sociali dedicati alla funzione</b>	_	
<b>6. Accordi strutturati per il lavoro delle équipes integrate?</b>	[SI/NO]	
<b>7. Accordi strutturati con la rete dei servizi territoriali?</b>	[SI/NO]	
<b>8. Informatizzazione della cartella sociale?</b>	[SI/NO]	
<b>9. La cartella sociale è collegata informaticamente al servizio di segretariato sociale?</b>	[SI/NO]	
<b>10. Presenza di personale amministrativo/tecnico a supporto del lavoro sociale professionale</b>	[SI/NO]	
<b>11. È prevista una figura di coordinamento del lavoro sociale professionale (assistente sociale coordinatore)</b>	[SI/NO]	
<b>12. Monte ore settimanale svolto complessivamente dal personale amministrativo/tecnico a supporto del lavoro sociale professionale</b>	_	



**Neomaggiorenni in carico al servizio sociale professionale (da compilare per ogni soggetto attuatore) (b)**

	(Vedi item 13) di cui N. neomaggiorenni 18 – 20enni in carico al 31 dicembre		di cui con proseguo amministrativo	di cui con proseguo amministrativo allontanati dalla famiglia di origine	N. di neomaggiorenni in carico con disabilità, disturbi psichiatrici, problemi sanitari(c)	
	M	F			M	F
<b>TOTALE</b>						
<b>di cui con cittadinanza straniera (esclusi presi in carico come MSNA)</b>						
<b>di cui presi in carico come MSNA</b>						

**Dimessi nel corso dell'anno (da compilare per ogni soggetto attuatore)**

	N. dimessi
<b>0-17 anni (escluso MSNA)</b>	
<b>di cui con cittadinanza straniera non MSNA</b>	
<b>0-17 anni presi in carico come MSNA</b>	
<b>18-20 anni (esclusi presi in carico come MSNA)</b>	
<b>di cui con cittadinanza straniera non presi in carico come MSNA</b>	
<b>18-20 anni presi in carico come MSNA</b>	

- (a) La presa in carico coincide con l'apertura della cartella sociale del soggetto/nucleo alla quale segue la valutazione della condizione e dei bisogni del soggetto stesso, con conseguente determinazione di un progetto. Non si considerano presi in carico i soggetti per i quali a seguito della prima segnalazione e del primo contatto, il servizio sociale stabilisce di non procedere alla valutazione e all'elaborazione di un progetto individuale.
- (b) La presa in carico coincide con l'apertura della cartella sociale del bambino o della bambina alla quale segue la valutazione della condizione e dei bisogni del soggetto stesso, con conseguente determinazione del progetto individuale. Non si considerano presi in carico i minorenni per i quali a seguito della prima segnalazione e del primo contatto il servizio sociale stabilisce di non procedere alla valutazione e all'elaborazione di un progetto individuale e i bambini per i quali la famiglia riceve contributi economici senza che ciò determini la presa in carico del bambino nei termini sopra espressi.
- (c) Si considerino i bambini che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale, intellettiva o plurima certificata secondo la legge 104/92 oppure Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) (legge 170/2010), Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività (ADHD) (C.M. 2213/2012 (ADHD) MIUR), Deficit del linguaggio, Deficit delle abilità motorie Deficit delle abilità non verbali, Svantaggio socio-economico, linguistico e culturale BES (DSL – Direttiva MIUR del 27/12/12)

## Allegato 5 - Affidamento familiare

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...
1. L'ente è soggetto attuatore?	_  SI  _  NO se NO indicare soggetto attuatore  _ _ _ _	_  SI  _  NO se NO indicare soggetto attuatore  _ _ _ _				

Da compilare per ogni soggetto attuatore

<b>Tipo di gestione</b>	[DIRETTA, ESTERNALIZZATA, MISTA]
<b>Quali attività espleta il servizio?</b>	RISPOSTA MULTIPLA vedi (a)
<b>Il servizio è dedicato esclusivamente all'affidamento familiare, ovvero è un Centro Affidi?</b>	[SI/NO]
<b>Se sì, c'è un regolamento che disciplina l'affidamento familiare nel territorio di pertinenza del Centro Affidi?</b>	[SI/NO]
<b>Il servizio e/o il Centro affidi ha una banca dati informatizzata delle famiglie disponibili all'affidamento familiare e/o degli affidamenti familiari?</b>	[SI/NO]
<b>Modalità di accesso al servizio:</b>	RISPOSTA MULTIPLA vedi (b)
<b>Esiste un'équipe permanente per la gestione dell'affidamento familiare?</b>	[SI/NO]
<b>Oltre all'affidamento residenziale per almeno 5 notti alla settimana, sono promosse altre forme di affidamento?</b>	[SI/NO]
<b>Se sì, quali?</b>	RISPOSTA MULTIPLA vedi (c)
<b>Viene redatto un "progetto quadro" comprensivo degli interventi rivolti al bambino e alla sua famiglia di origine?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (d)
<b>Esistono momenti di monitoraggio e valutazione del progetto quadro?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (e)
<b>In genere la famiglia affidataria sottoscrive un contratto di affidamento familiare col servizio?</b>	[SI/NO]

<b>Esiste una regolamentazione formale del contributo economico dato alle famiglie affidatarie?</b>		[SI/NO]
<b>Se sì, il contributo economico alle famiglie affidatarie è erogato sulla base dell'ISEE?</b>		[SI/NO]
<b>Viene redatto un "progetto educativo individuale"?</b>		RISPOSTA SINGOLA vedi (d)
<b>Esistono momenti di monitoraggio e valutazione del progetto educativo individuale?</b>		RISPOSTA SINGOLA vedi (e)
<b>Ai bambini e ai ragazzi in affidamento familiare i servizi sociali territoriali assicurano altri sostegni?</b>	<b>Rimborso spese per interventi e servizi specifici<sup>(f)</sup></b>	[SI/NO]
	<b>Contributi indiretti (g)</b>	[SI/NO]
	<b>Agevolazioni<sup>(h)</sup></b>	[SI/NO]
<b>Il servizio territoriale promuove progetti post-accoglienza?</b>		[SI/NO]
<b>N. Utenti in carico al 31/12 (Per utenti si intende il numero di persone di minore età).</b>		N°



	<b>N.</b>
<b>Minorenni in affidamento familiare con decreto di affidamento al servizio sociale:</b>	
<b>Minorenni in affidamento familiare dichiarati adottabili dal Tribunale per i minorenni:</b>	

**Neomaggiorenni in affidamento familiare (da compilare per ogni soggetto attuatore)**

	N. neomaggiorenni 18-20enni in affidamento familiare in prosieguo amministrativo in carico al 31/12		N. di neomaggiorenni in affidamento con disabilità, disturbi psichiatrici, problemi sanitari(i)	
	M	F	M	F
<b>TOTALE</b>				
<b>di cui con cittadinanza straniera (esclusi presi in carico come MSNA)</b>				
<b>di cui presi in carico come MSNA</b>				

**Dimessi dall'affidamento familiare nel corso dell'anno (da compilare per ogni soggetto attuatore)**

	N. dimessi per sistemazione alla dimissione dall'affidamento familiare					
	rientro nella famiglia di origine	collocazione in affidamento preadottivo	passati ad altro servizio territoriale	collocazione in struttura residenziale	raggiungimento di una vita autonoma	altro
<b>0-17 anni (escluso MSNA)</b>						
<b>di cui con cittadinanza straniera non MSNA</b>						
<b>0-17 anni presi in carico come MSNA</b>						

<b>18-20 anni (esclusi presi in carico come MSNA)</b>						
<b>di cui con cittadinanza straniera non presi in carico come MSNA</b>						
<b>18-20 anni presi in carico come MSNA</b>						

<b>Dotazioni organiche</b>	Compilare la tabella allegato 7 per lo specifico servizio	Compilare la tabella allegato 7 per lo specifico servizio
----------------------------	--	---

- (a) Colloqui informativi con gli aspiranti affidatari; Azioni di promozione dell'affido; Promozione della messa in rete tra i soggetti pubblici e privati che operano nell'affido; Valutazione dell'idoneità genitoriale del nucleo di origine; Analisi del rischio evolutivo del minore; Analisi e valutazione dei requisiti della famiglia affidataria; Preparazione/formazione/sostegno della famiglia affidataria; Preparazione/sostegno della famiglia di origine; Preparazione/sostegno del minore; Regolamentazione dell'affidamento; Coordinamento e gestione in rete del progetto; Altro (specificare)
- (b) Autorità giudiziaria; Forze dell'ordine; Richiesta della famiglia; Servizi sociali territoriali per applicazione art. 403 c.c.; Servizi sociali territoriali per affidamento consensuale; Servizi sociali territoriali su provvedimento Autorità giudiziaria; Altro
- (c) Diurno; A tempo parziale; Bambini piccoli di 0-24 mesi; In situazioni di emergenza; Adolescenti in prosecuzione oltre i 18 anni; Di particolare complessità (disabilità, disturbi psichiatrici, problemi sanitari); Minorenni stranieri non accompagnati; Accoglienza genitore-bambino; A famiglia affidataria appartenenti ad una rete di famiglie; Affidamento professionale
- (d) Sempre; Spesso; A volte; Raramente; Mai
- (e) Nessuno; Al bisogno; A cadenza prestabilita
- (f) si intende: sanitarie; visite specialistiche e/o urgenti; ortodonzia e/o cure dentali; occhiali da vista; psicoterapia; 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.
- (g) si intende: assicurazione per gli affidati; assicurazione per gli affidatari; 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
- (h) si intende: 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
- (i) Si considerino i bambini che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale, intellettiva o plurima certificata secondo la legge 104/92 oppure Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) (legge 170/2010), Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività (ADHD) (C.M. 2213/2012 (ADHD) MIUR), Deficit del linguaggio, Deficit delle abilità motorie Deficit delle abilità non verbali, Svantaggio socio-economico, linguistico e culturale BES (DSL – Direttiva MIUR del 27/12/12).

## Allegato 6 – Servizi residenziali per minorenni

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...
1. L'ente è soggetto attuatore?	_  SI  _  NO se NO indicare soggetto attuatore	_  SI  _  NO se NO indicare soggetto attuatore				

### Da compilare per ogni soggetto attuatore

<b>Tipo di gestione</b>	[DIRETTA, ESTERNALIZZATA, MISTA]	
<b>Indicare quali e quanti servizi residenziali per minorenni sono presenti nel territorio di competenza</b>	RISPOSTA MULTIPLA vedi (a)	
<b>I servizi residenziali per minorenni presenti sul territorio sono accreditati?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (b)	
<b>Gli enti gestori dei servizi residenziali presenti sul territorio sono dotati di Carta dei Servizi?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (b)	
<b>Modalità di accesso:</b>	RISPOSTA MULTIPLA vedi (c)	
<b>Esiste un'equipe permanente per la gestione del minorente accolto nel servizio residenziale?</b>	[SI/NO]	
<b>Viene redatto un "progetto quadro" comprensivo degli interventi rivolti al bambino e alla sua famiglia di origine?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (d)	
<b>Esistono momenti di monitoraggio e valutazione del progetto quadro?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (e)	
<b>Viene redatto un "progetto educativo individuale"?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (d)	
<b>Esistono momenti di monitoraggio e valutazione del progetto educativo individuale?</b>	RISPOSTA SINGOLA vedi (e)	
<b>Ai bambini e ai ragazzi, i servizi sociali territoriali assicurano altri sostegni?</b>	<b>Rimborso spese per interventi e servizi specifici (f)</b>	[SI/NO]
	<b>Contributi indiretti (g)</b>	[SI/NO]
	<b>Agevolazioni (h)</b>	[SI/NO]
<b>Il servizio territoriale promuove progetti post-accoglienza?</b>	[SI/NO]	
<b>N. Utenti in carico al 31/12 (Per utenti si intende il numero di persone di minore età accolte nei servizi residenziali)</b>	N°	
<b>Degli utenti in carico al 31/12 specificare il N° di quanti sono accolti nei servizi residenziali per minorenni dentro il territorio regionale</b>	N°	

**Minorenni accolti nei servizi residenziali (da compilare per ogni soggetto attuatore)**

Tipologia	N. bambini in carico al 31 dicembre		Tipo di collocamento		Classe di età					Di cui accolti in strutture genitore/bambino	N. di minorenni accolti con disabilità disturbi psichiatrici, problemi sanitari(i)		Durata				Cittadinanza	
	M	F	di cui giudiziale	di cui consensuale	di cui 0-2 anni	di cui 3-5 anni	di cui 6-10 anni	di cui 11-14 anni	di cui 15-17 anni		M	F	meno di 1 anno	Da 1 a 2 anni	Da 2 a 4 anni	Oltre 4 anni	Italiana	Straniera
accolti nei servizi residenziali per minorenni dentro il territorio regionale																		
collocati in servizi residenziali al di fuori della propria regione																		
di cui MSNA (sul totale minorenni accolti in strutture residenziali)																		

	<b>N.</b>
<b>Minorenni in struttura residenziale con decreto di affidamento al servizio sociale:</b>	
<b>Minorenni in struttura residenziale dichiarati adottabili dal Tribunale per i minorenni:</b>	

**Neomaggiorenni accolti nei servizi residenziali (da compilare per ogni soggetto attuatore)**

	N. neomaggiorenni 18–20enni in struttura residenziale con prosieguo amministrativo in carico al 31/12		N. di neomaggiorenni accolti con disabilità, disturbi psichiatrici, problemi sanitari(i)	
	M	F	M	F
<b>TOTALE</b>				
<b>di cui con cittadinanza straniera (esclusi presi in carico come MSNA)</b>				
<b>di cui presi in carico come MSNA</b>				

**Dimessi dai servizi residenziali nel corso dell'anno (da compilare per ogni soggetto attuatore)**

	N. dimessi per sistemazione alla dimissione dalla comunità residenziale					
	rientro nella famiglia di origine	collocazione in affidamento preadottivo	passaggio ad altro servizio territoriale	collocazione in affidamento familiare	raggiungimento di una vita autonoma	altro
<b>0-17 anni (escluso MSNA)</b>						
<b>di cui con cittadinanza straniera non MSNA</b>						
<b>0-17 anni presi in carico come MSNA</b>						
<b>18-20 anni (esclusi presi in carico come MSNA)</b>						
<b>di cui con cittadinanza straniera non presi in carico come MSNA</b>						
<b>18-20 anni presi in carico come MSNA</b>						

(a)

<input type="checkbox"/> Comunità familiare per minori	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Comunità socio-educativa	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alloggio alta autonomia	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accoglienza bambino/genitore	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pronta accoglienza	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Educativo e psicologica	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Multiutenza	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro _____	n° <input type="text"/> , posti letto n° <input type="text"/> di cui pronta accoglienza n° <input type="text"/>

(b) Tutti; Molti; Alcuni; Pochi; Nessuno

(c) Autorità giudiziaria; Forze dell'ordine; Richiesta della famiglia; Servizi sociali territoriali per applicazione art. 403 c.c.; Servizi sociali territoriali per affidamento consensuale; Servizi sociali territoriali su provvedimento Autorità giudiziaria; Altro

(d) Sempre; Spesso; A volte; Raramente; Mai

(e) Nessuno; Al bisogno; A cadenza prestabilita

(f) si intende: 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.

(g) si intende: 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.

(h) si intende: 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.

(i) Si considerino i bambini che hanno una disabilità fisica, psichica, sensoriale, intellettiva o plurima certificata secondo la legge 104/92 oppure Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) (legge 170/2010), Disturbo dell'Attenzione e dell'Iperattività (ADHD) (C.M. 2213/2012 (ADHD) MIUR), Deficit del linguaggio, Deficit delle abilità motorie Deficit delle abilità non verbali, Svantaggio socio-economico, linguistico e culturale BES (DSL – Direttiva MIUR del 27/12/12).

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

**Allegato A1 - Pronto intervento sociale**

		GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA				
		Comune 1	Comune 2	...	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...		
1. L'ente è soggetto attuatore?		SI/NO se NO indicare soggetto attuatore	SI/NO se NO indicare soggetto attuatore						
Da compilare per ogni soggetto attuatore (comune o forma associata)									
2. Tipologia di gestione		[diretta/esternalizzata/mista]							
3. Numero di beneficiari	INDIVIDUI	0-17 M F	18-54 M F	55-64 M F	65-69 M F	70-79 M F	80+ M F		
	Situazioni di abbandono persona non autosufficiente								
	Situazioni di grave povertà								
	Situazioni di emergenza per calamità ed eventi straordinari								
	Situazioni di violenza								
	Di cui: Totale Situazioni di violenza		M	F					
	Tipo di violenza	Maltrattamento su persone vulnerabili (no donne)							
		Violenza di genere							
		Violenza assistita							
		Abuso sessuale							
altro									
NUCLEI		Nuclei con minori	Nuclei con anziani	Nuclei con disabili	Nuclei con due o più delle categorie precedenti	Nuclei non compresi nelle categorie precedenti			
Situazioni di emergenza per calamità ed eventi straordinari									
Situazioni di grave povertà									
4. Professionisti coinvolti		Assistente sociale	Educatore professionale	Mediatore culturale/ Operatore interculturale	Psicologo	Pedagogista	Sociologo	OSS/Ad B/ OTA	
	Dipendenti ente attuatore	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	Personale esternalizzato	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	segue operatori								
			Funzionario amministrativo/ giuridico	Tecnico dell'inserimento dell'integrazione sociale	Altre professionalità sanitarie o socio-sanitarie	Altro			
	Dipendenti ente attuatore	N° di operatori	N°	N°	N°	N°			
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°			
	Personale esternalizzato	N° di operatori	N°	N°	N°	N°			
Monte ore settimanale		N°	N°	N°	N°				

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

segue Allegato A1 - Pronto intervento sociale

5. Organizzazione servizio	Centrale operativa e Unità territoriali/Unità di strada	[SI/NO]		
	Reperibilità telefonica direttamente gestita da assistenti sociali ed educatori professionali del servizio di pronto intervento sociale	[SI/NO]		
	Altro	[SI/NO]	specificare	
6. Tipologia di interventi		<b>Servizio garantito sul territorio</b>	<b>N°beneficiari</b>	
			<b>M</b>	<b>F</b>
	Ricezione e gestione segnalazioni	[SI/NO]		
	Valutazione dei bisogni rilevati nella situazione di emergenza (anche in evoluzione durante la fase acuta)	[SI/NO]		
	Presa in carico (delle situazioni su cui si interviene per la sola durata degli interventi in emergenza, ovvero solo per la fase acuta, per un arco temporale breve)	[SI/NO]		
	Risposta urgente sul posto: attivazione Unità territoriale/Unità di strada (UDS) per assistenza immediata (valutazione sul posto, predisposizione progetto aiuto urgente con gli interventi necessari)	[SI/NO]		
	Segnalazione ai servizi competenti per la continuità della presa in carico	[SI/NO]		
	Segnalazione alle Autorità Giudiziarie	[SI/NO]		
	Messa a disposizione di prestazioni ed interventi necessari ed inderogabili di sostegno, protezione e accoglienza per periodi brevi (sola fase acuta), in attesa dell'orientamento e accesso ai servizi: Fornitura di beni di prima necessità	[SI/NO]		
	Messa a disposizione di prestazioni ed interventi necessari ed inderogabili di sostegno, protezione e accoglienza per periodi brevi (sola fase acuta), in attesa dell'orientamento e accesso ai servizi: Prima accoglienza in strutture dedicate	[SI/NO]		
	Attivazione e gestione di attività di aggancio, ascolto e lettura del bisogno attraverso UDS/Unità territoriali per le persone non in grado di rivolgersi ai servizi	[SI/NO]		
	Tracciamento delle azioni svolte nel sistema informativo sociale in uso nel territorio	[SI/NO]		
	Interventi di housing first/led attivabili a favore delle persone senza dimora o in situazione di grave marginalità (Almeno nei comuni con più di 50.000 abitanti e nei capoluoghi di provincia)	[SI/NO]		
	Numero verde	[SI/NO]		
	Attivazione di équipe integrate	[SI/NO]	se si	indicare numero
Attivazione di PAI**	[SI/NO]	se si	indicare numero	
Altro, specificare	[SI/NO]	specificare		
7. Tipologia di processi attivati		<b>Processo attivato sul territorio</b>		
	Protocolli integrati con FF.OO., Polizia locale	[SI/NO]		
	Protocolli con VV.FF.	[SI/NO]		
	Protocolli con Protezione Civile	[SI/NO]		
	Protocolli con Autorità giudiziaria minorile o Procura adulti	[SI/NO]		
	Protocolli con privato sociale (strutture di accoglienza, ecc.)	[SI/NO]		
	Protocolli integrati sociale-sanitario (integrazione con Pronto Soccorso, ospedali, CSM, SERD, SUEM, ecc.)	[SI/NO]		
8. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali	Nome fondo 1	importo	
		Nome fondo2	importo	
		.....	importo	
	Regionali	Nome fondo1	importo	
		Nome fondo2	importo	
		.....	importo	
	Locali	Nome fondo1	importo	
Nome fondo2		importo		
		.....	importo	

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

**Allegato A2 - Supervisione del personale dei servizi sociali**

		GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
		Comune 1	Comune 2	....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	....
1. L'ente è soggetto attuatore?		_   SI   _   NO se NO indicare soggetto attuatore  _____	_   SI   _   NO se NO indicare soggetto attuatore  _____	....			
<b>Da compilare per ogni soggetto attuatore (comune o forma associata)</b>							
2. Organico	Assistenti sociali in servizio	N°					
	di cui con funzioni di coordinamento	N°					
	A tempo indeterminato	N°					
	A tempo determinato	N°					
	Dipendente da ente del terzo settore	N°					
	Altra tipologia contrattuale	N°					
3. beneficiari			Assistenti sociali			Classi di età	
		M	F	Totale	18-29	30-54	55 e oltre
	Azione A1 – Supervisione	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	di cui con funzioni di coordinamento	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	Azione A2 - Supervisione	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	di cui con funzioni di coordinamento	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	Azione A3 - Supervisione	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	di cui con funzioni di coordinamento	N°	N°	N°	N°	N°	N°
			Altre figure professionali				
		Educatore professionale	Psicologo	Pedagogista	Altro		
	Azione A3	N°	N°	N°	N°	N°	
							specificare
3.1 beneficiari per tipologia contratto		Azione A1	Azione A2	Azione A3			
	A tempo indeterminato	N°	N°	N°			
	A tempo determinato	N°	N°	N°			
	Dipendente da ente del terzo settore	N°	N°	N°			
	Altra tipologia contrattuale	N°	N°	N°	specificare		
4. Attività svolte	AZIONE A1 - SUPERVISIONE DI		Gruppi organizzati durante l'anno		N°		
			Totale ore realizzate nell'anno		N°		
	AZIONE A2 -		Totale ore realizzate nell'anno		N°		
	AZIONE A3 - SUPERVISIONE		Gruppi organizzati durante l'anno		N°		
			Totale ore realizzate nell'anno		N°		
5. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali	Nome fondo 1				importo	
		Nome fondo 2				importo	
		.....				.....	
	Regionali	Nome fondo 1				importo	
		Nome fondo 2				importo	
		.....				.....	
	Locali	Nome fondo 1				importo	
		Nome fondo 2				importo	
		.....				.....	

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

Allegato A3.1 - Dimissioni protette a domicilio

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	.....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	.....
1. L'ente è soggetto attuatore?	_   SI   _   NO se NO indicare soggetto attuatore	_   SI   _   NO se NO indicare soggetto attuatore				

Da compilare per ogni soggetto attuatore (comune o forma associata)

2. Tipologia di gestione		[diretta/esternalizzata/mista]												
		0-17		18-54		55-64		65-69		70-79		80+		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
3. Numero di beneficiari	Persone infra-sessantacinquenni non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità sociale e/o clinica													
	Anziani in condizioni di fragilità sociale*													
	Anziani non autosufficienti													
	Anziani non autosufficienti e in condizioni di fragilità sociale e/o clinica													
		TOTALE												
		Tipo patologia												
		oncologica												
		ortopedica												
		neurologica												
		altro												
4. Professionisti coinvolti	Dipendenti ente attuatore			Assistente sociale	Educatore	OSS	OSA	Altro						
		N° di operatori												
		Monte ore settimanale												
	Personale esternalizzato	N° di operatori												
		Monte ore settimanale												
5. Tipologia di interventi		Servizio garantito sul territorio	N°beneficiari											
	Cura e igiene personale a domicilio	[SI/NO]	/N°/											
	Spesa e preparazioni pasti a domicilio	[SI/NO]	/N°/											
	Cura e igiene della casa	[SI/NO]	/N°/											
	Pratiche Amministrative	[SI/NO]	/N°/											
	Telesoccorso	[SI/NO]	/N°/											
	Confezionamento esterno e	[SI/NO]	/N°/											
	Altro, specificare	[SI/NO]	/N°/		se sì		specificare							
		N° medio di ore settimanali garantite per beneficiario	N° medio di settimane garantite per beneficiario	N° medio di interventi a settimana garantiti per beneficiario		N° medio settimanale di pasti garantiti per beneficiario								
	Assistenza domiciliare (Cura e igiene personale a domicilio, Spesa e preparazioni pasti a domicilio, Cura e igiene della casa, ecc...)	/N°/		/N°/		/N°/								
	Confezionamento esterno e consegna pasti							/N°/						
6. Tipologia di processi attivati	Protocolli integrati sociale-sanitario	[SI/NO]												
	Attivazione di équipe integrate	[SI/NO]		se sì		/N°/								
	Attivazione di PAI	[SI/NO]		se sì		/N°/								
7. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali			Nome fondo1		/importo/								
				Nome fondo2		/importo/								
				.....		.....								
	Regionali			Nome fondo1		/importo/								
				Nome fondo2		/importo/								
				.....		.....								
Locali			Nome fondo1		/importo/									
			Nome fondo2		/importo/									
			.....		.....									

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

**Allegato A3.2 - Dimissioni protette in residenza**

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	...	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...
1. L'ente è soggetto attuatore?	_   SI  _   NO	_   SI  _   NO				
	se NO indicare	se NO indicare				
	soggetto attuatore	soggetto attuatore				

Da compilare per ogni soggetto attuatore (Comune o forma associata)

2. Tipologia di gestione	[diretta/esternalizzata/mista]													
3. Numero di beneficiari			0-17		18-54		55-64		65-69		70-79		80+	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	Senza dimora													
	In condizione di precarietà abitativa													
			TOTALE											
PROVENIENZA	Pronto soccorso													
	Ricovero ospedaliero													
4. Professionisti coinvolti			Assistente sociale		Educatore		Psicologo		OSS		OSA		Altro	
	Dipendenti ente attuatore	N° di operatori	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
		Monte ore settimanale	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
	Personale esternalizzato	N° di operatori	N°		N°		N°		N°		N°		N°	
Monte ore settimanale		N°		N°		N°		N°		N°		N°		
5. Tipologia di interventi			Servizio garantito sul territorio		Numero di beneficiari									
	Vitto		[SI/NO]		N°									
	Alloggio		[SI/NO]		N°									
	Lavanderia		[SI/NO]		N°									
	Cura e igiene personale		[SI/NO]		N°									
	Interventi socio-rieducativi		[SI/NO]		N°									
	Pratiche Amministrative		[SI/NO]		N°									
	Altro (specificare)		[SI/NO]		N°		se sì		specificare					
Permanenza in struttura di accoglienza		N° medio di giorni per beneficiario		indicare numero										
6. Tipologia di processi attivati	Protocolli integrati sociale-sanitario		[SI/NO]											
	Attivazione di équipe integrate		[SI/NO]		se sì		N°							
	Attivazione di PAI		[SI/NO]		se sì		N°							
7. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali		Nome fondo1									importo		
			Nome fondo2									importo		
	Regionali		Nome fondo1									importo		
			Nome fondo2									importo		
	Locali		Nome fondo1									importo		
			Nome fondo2									importo		
			.....									.....		
			.....									.....		

**Allegato A4 - Prevenzione dell'allontanamento familiare**

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	...	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...
1. L'ente è soggetto attuatore?	_   SI  _   NO se NO indicare soggetto attuatore	_   SI  _   NO se NO indicare soggetto attuatore				

Da compilare per ogni soggetto attuatore (Comune o forma associata)

2. Tipologia di gestione		[diretta/esternalizzata/mista]														
		Da compilare per ogni soggetto attuatore (Comune o forma associata)														
3. Numero di beneficiari		0-6		7-17		totale										
		M	F	M	F	M		F								
						Cittadinanza		Cittadinanza								
						[italiana   altro]		[italiana   altro]								
3.1 Numero di nuclei familiari		/N°		di cui durata >= 18 mesi		/N°		di cui durata < 18 mesi								
		/N°														
4. Professionisti coinvolti	di cui	<i>Assistent e sociale</i>		<i>Educatore professionale sociopedagogico</i>		<i>Psicologo</i>		<i>Insegnant e/Educat ore nidi</i>		<i>Pedagogis ta</i>		<i>Professionis ti di area sanitaria</i>		<i>Altro</i>		
		Dipendenti ente attuatore		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
		Personale esternalizzato		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
		Personale di altri enti (scuola, santità, nidi. Etc.)		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
		dirigente		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
		coordinatore/referente		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
		posizione organizzativa		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
		funzionario		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		
operatore		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°				
Altro		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°		/N°				
5. Tipologia di dispositivi attivati			Servizio di Educativa Domiciliare e/o Territoriale										/N°			
			Vicinanza solidale										/N°			
			Gruppi con i genitori										/N°			
			Gruppi con i bambini										/N°			
			Partenariato con i servizi educativi e la scuola										/N°			
			Sostegno economico										/N°			
			Altri dispositivi/servizi										/N°			
6. Tipologia di processi attivati			Analisi preliminare										[SI/NO]			
			Attivazione di équipe multidisciplinare										[SI/NO]			
			Definizione Progetto quadro										1) sez. anagrafica		[SI/NO]	
													2) almeno 3 assessment qualitativi		[SI/NO]	
												3) almeno 2 micro-progettazioni		[SI/NO]		
7. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali	Nome fondo 1										importo				
		Nome fondo 2										importo				
		.....										.....				
	Regionali	Nome fondo 1										importo				
		Nome fondo 2										importo				
		.....										.....				
Locali	Nome fondo 1										importo					
	Nome fondo 2										importo					
	.....										.....					

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

**Allegato A5 - Residenza fittizia**

1. L'ente è soggetto attuatore?	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	.....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	.....
	_  SI  _  NO	_  SI  _  NO				
	se NO indicare soggetto attuatore	se NO indicare soggetto attuatore				

Da compilare per ogni soggetto attuatore (Comune o forma associata)

2. Tipologia di gestione	[diretta/esternalizzata/mista]															
3. Numero di beneficiari			0-17		18-54		55-64		65-69		70-79		80+			
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Senza dimora **																
4. Professionisti coinvolti			Assistente sociale	Educatore	Psicologo	Funzionario amministrativo / giuridico	Tecnico del reinserimento e dell'integrazione sociale		Altro							
	Dipendenti ente attuatore	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°						
	Personale esternalizzato	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°						
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°						
5. Tipologia di interventi			Servizio garantito sul territorio	Numero di beneficiari												
				M F												
	Attivazione di indirizzi dedicati o fittizi		[SI/NO]													
	Verifiche posizioni anagrafiche		[SI/NO]													
	Raccolta di documentazione e relazioni di presentazione da parte di ETS/servizi sociali professionali/servizi sanitari di base che hanno in carico i percorsi individuali		[SI/NO]													
	Servizi per la reperibilità: accompagnamento per la ricezione, conservazione e gestione della posta		[SI/NO]													
	Attività di orientamento ai servizi socio-assistenziali e sanitari		[SI/NO]													
	Supporto giuridico-legale per le pratiche di residenza		[SI/NO]													
	Servizio di accompagnamento per il riconoscimento dell'identità digitale, attraverso il sistema pubblico di identità digitale		[SI/NO]													
Altro (specificare)		[SI/NO]				specificare										
6. Tipologia di processi attivati	Protocolli integrati anagrafe-sociale		[SI/NO]													
	Protocolli integrati anagrafe sociale-sanitario		[SI/NO]													
	Attivazione di équipe integrate		[SI/NO]		se si		Indicare numero									
7. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali		Nome fondo1				importo									
			Nome fondo2				importo									
	Regionali		Nome fondo1				importo									
			Nome fondo2				importo									
	Locali		Nome fondo1				importo									
			Nome fondo2				importo									

\* Persone aventi i requisiti previsti dalla L. 1228/1954 art. 2 e dal DPR 223/1989, stabilmente presenti sul territorio del Comune, per i quali sia accertabile la sussistenza di un domicilio ovvero sia documentabile l'esistenza di una relazione continuativa con il territorio in termini di interessi, relazioni e affetti, che esprimano la volontà e l'intenzione di permanere nel Comune.

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

Allegato A6 - Progetto dopo di noi

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	.....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	.....
1. L'ente è soggetto attuatore?	_   SI   _   NO	_   SI   _   NO				
	se NO indicare	se NO indicare				
	soggetto attuatore	soggetto attuatore				

Da compilare per ogni soggetto attuatore (Comune o forma associata)

2. Tipologia di gestione e istituto giuridico	Istituzione di TRUST	[SI/NO]							
	Soggetto pubblico	[SI/NO]	se sì	[diretta/esternalizzata/mista]					
	Soggetto privato	[SI/NO]							
3. Numero di beneficiari		18-35		35-54		55-64		65+	
		M	F	M	F	M	F	M	F
TOTALE									
4. Professionisti coinvolti			Assistente sociale	Educatore	Psicologo	OSS	OSA	Altro	
	Dipendenti ente attuatore	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°	
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°	N°	N°	
	Personale esternalizzato	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°	
Monte ore settimanale		N°	N°	N°	N°	N°	N°		
5. Tipologia di interventi	Servizio garantito		N°beneficiari						
	Percorsi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare (D.M. 23.11.2016 art. 3 co.2)		[SI/NO]	N°					
	Percorsi di de-istituzionalizzazione e Ricerca condizioni e soluzioni abitative che riproducano l'ambiente familiare (art. 3 co. 2 e 3)		[SI/NO]	N°					
	Interventi di supporto alla domiciliarità per soluzioni abitative di cui all'art.3 co. 4)		[SI/NO]	N°					
	Interventi di domotica (art.3 co. 4)		[SI/NO]	N°					
	Interventi di realizzazione di soluzioni alloggiative innovative (art. 3 co. 4)		[SI/NO]	N°					
	Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze (art. 3 co. 5)		[SI/NO]	N°					
	Inserimento in programmi di politiche attive del lavoro anche con tirocini per l'inclusione sociale e per la riabilitazione (art. 3 co. 6)		[SI/NO]	N°					
	Interventi di permanenza temporanea in soluzioni abitative extra-familiari (art. 3. co. 7)		[SI/NO]	N°					
Altro (specificare)		[SI/NO]	se sì	specificare					
6. Tipologia di processi attivati	Protocolli integrati sociale-sanitario		[SI/NO]						
	Attivazione di équipe integrate		[SI/NO]	se sì	N°				
	Attivazione di PAI		[SI/NO]	se sì	N°				
7. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali		Nome fondo1					importo	
			Nome fondo2					importo	
	Regionali		.....					.....	
			Nome fondo1					importo	
	Locali		Nome fondo2					importo	
			.....					.....	
		Nome fondo1					importo		
		Nome fondo2					importo		
		.....					.....		

Allegato A – Moduli approfondimento LEPS

Allegato A7 - Vita indipendente

	GESTIONI IN FORMA SINGOLA			GESTIONI IN FORMA ASSOCIATA		
	Comune 1	Comune 2	....	Soggetto attuatore 1	Soggetto attuatore 2	...
1. L'ente è soggetto attuatore?	_   SI  _   NO se NO indicare soggetto attuatore  _____	_   SI  _   NO se NO indicare soggetto attuatore  _____				

Da compilare per ogni soggetto attuatore (Comune o forma associata)

2. Tipologia di gestione e istituto giuridico	Istituzione di TRUST		[SI/NO]					
	Soggetto pubblico		[SI/NO]	se sì	[diretta/esternalizzata/mista]			
	Soggetto privato		[SI/NO]					
3. Numero di beneficiari				18-35	35-54	55-64	65+	
	TOTALE			M F	M F	M F	M F	
4. Professionisti coinvolti			Assistente sociale	Educatore	Psicologo	OSS	OSA	Altro
	Dipendenti ente attuatore	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°	N°	N°
	Personale esternalizzato	N° di operatori	N°	N°	N°	N°	N°	N°
		Monte ore settimanale	N°	N°	N°	N°	N°	N°
5. Tipologia di interventi			Servizio garantito sul territorio	Numero di beneficiari				
	Assistente personale		[SI/NO]	N°				
	Housing sociale		[SI/NO]	N°				
	Soluzioni alloggiative di co-housing		[SI/NO]	N°				
	Programmi per inclusione sociale e relazionale		[SI/NO]	N°				
	Trasporto sociale		[SI/NO]	N°				
	Interventi di domotica		[SI/NO]	N°				
	Formazione beneficiari e familiari		[SI/NO]	N°				
	Formazione assistenti personali		[SI/NO]	N°				
Altro (specificare)		[SI/NO]	N°	se sì	specificare			
6. Tipologia di processi attivati	Protocolli integrati sociale-sanitario		[SI/NO]					
	Attivazione di équipe integrate		[SI/NO]	se sì	N°			
	Attivazione di PAI		[SI/NO]	se sì	N°			
7. Fonti di finanziamento (specificare importo)	Nazionali		Nome fondo1				importo	
			Nome fondo2				importo	
			.....				importo	
	Regionali		Nome fondo1				importo	
			Nome fondo2				importo	
			.....				importo	
	Locali		Nome fondo1				importo	
Nome fondo2				importo				
		.....				importo		