



**SCHEDA DI PROGETTO INDIVIDUALIZZATO PER LA SCUOLA
DELL'ABITARE SOCIALE**
(Legge provinciale 10 settembre 2003, n. 8 e ss. mm.)

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Cognome e nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residenza	
Nuovo indirizzo	
Recapito telefonico	
Codice fiscale	

RISORSE FORMALI ED INFORMALI COINVOLTE (inserire anche ADS, familiari)

Servizio - Ente	Professionista	Nome e cognome

CONTESTO ABITATIVO DI PROVENIENZA

- ☐ abitazione familiare
☐ struttura residenziale (deistituzionalizzazione)
☐ altro

CASE MANAGER del progetto (cognome e nome, professionalità, ente di appartenenza)

Servizio Welfare e coesione sociale

Ufficio Inclusione sociale, adulti e disabilità

via Bronzetti, 1 | 38123 Trento

tel. 0461 884477 | fax 0461 884497

servizio.welfare@pec.comune.trento.it

Orario di apertura al pubblico:

lun. mar. mer. 8.³⁰-12.³⁰ | gio. 10.⁰⁰-12.⁰⁰ e 13.³⁰-16.⁰⁰ | ven. 8.³⁰-12.⁰⁰

Comune di Trento

Sede legale: via Belenzani, 19 | 38122 Trento | C.F. e P. IVA: 00355870221 | tel. 0461 884111 | fax 0461 889370 | www.comune.trento.it

**VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE
DEL PROGETTO DI SCUOLA DELL'ABITARE SOCIALE**

ELEMENTO	INDICATORI	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO ATTRIBUITO
Motivazione della persona con disabilità: motivi, desideri e volontà della persona e della sua famiglia	Motivazione da consolidare.	5	
	Pieno consenso, desiderio espresso e forte determinazione di utente e famiglia	10	
	DESCRIZIONE:		
Rischio di istituzionalizzazione: rischio concreto che la persona possa essere inserita in un servizio residenziale socio-assistenziale (presenza di un solo caregivers, condizioni di salute psico/fisica precarie del caregivers, assenza o fragilità di reti sociali di aiuto, inadeguatezza della cura, assenza di alternative gestibili dalla famiglia stessa)	Rete familiare solida, giovane e supportata; situazione stabile	0	
	Rete fragile: un solo caregiver o età dei genitori avanzata (65-75 anni)	5	
	Rete molto fragile: salute precaria dei caregivers o isolamento sociale grave	10	
	Rischio imminente: impossibilità totale di cura a casa, ricovero in struttura prospettato	15	
	DESCRIZIONE:		
Possibili interventi di deistituzionalizzazione	Persona non inserita in contesti residenziali	0	
	Persona già in struttura con progetto di uscita verso l'autonomia/comunità	5	
	DESCRIZIONE:		
Capacità/condizioni minime sufficienti al vivere autonomo: caratteristiche personali, comportamentali, capacità relazionali della	Gravi disturbi comportamentali o assenza totale di autonomie base	0	
	Autonomie base presenti ma necessita di supervisione costante e continua	5	
	Buone autonomie personali/relazionali; necessità di monitoraggio non costante	10	

persona, situazione occupazionale e lo stato di salute. Capacità residue sufficienti al vivere autonomo	Ottima capacità; profilo idoneo a sperimentazioni di vita indipendente	15	
	DESCRIZIONE:		
Bisogni di sostegno rilevati con scheda SIS e/o altri strumenti	DESCRIZIONE:	NO	
Servizi socio-assistenziali o socio-sanitari attivi specificare (SAD, assistenza personale, servizi residenziali, semiresidenziali,, altro)	DESCRIZIONE:	NO	
Risorse personali: breve descrizione delle capacità relazionali, lavorative, artistiche, manuali, ecc. della persona	DESCRIZIONE:	NO	
Risorse familiari e sociali: breve descrizione del contesto familiare e sociale, relazioni interpersonali, altre relazioni significative, sistema delle risorse territoriali, dei servizi, della comunità di riferimento della persona;	DESCRIZIONE:	NO	
Risorse disponibili ai fini della realizzazione del progetto: patrimoniali, economiche, entrate, uscite, disponibilità di risorse economiche della persona e della famiglia	INSERIRE SCREENSHOT SCHEDA BUDGET SCUOLE ABITARE	NO	
TOTALE (minimo 10 punti per accedere)			

DEFINIZIONE DEL PROGETTO DI SCUOLA DELL'ABITARE SOCIALE

ALLOGGIO NEL QUALE SI REALIZZA IL PROGETTO

- ☐ messo a disposizione dall'ente pubblico
☐ messo a disposizione dalla persona con disabilità/famiglia
☐ messo a disposizione dall'ente del terzo settore
☐ altro

TIPOLOGIA DI INTERVENTO

- ☐ percorsi di sperimentazione e di avvicinamento all'abitare in modo autonomo (sviluppo autonomie personali)

TIPOLOGIA DEL PERCORSO SCELTO

Trimestre	Opzione A: Giornata Intera (H24)	Opzione B: Solo Notturno (17-9)
1° Trimestre (Gen-Mar)	N. giornate: [____]	N. giornate: [____]
2° Trimestre (Apr-Giu)	N. giornate: [____]	N. giornate: [____]
3° Trimestre (Lug-Set)	N. giornate: [____]	N. giornate: [____]
4° Trimestre (Ott-Dic)	N. giornate: [____]	N. giornate: [____]
TOTALE ANNUO	Tot. giornate H24: [____]	Tot. giornate Notte: [____]

DURATA DEL PROGETTO:

dal / / al / /

VALUTAZIONE FINALE (spazio per le verifiche annuali)

Luogo e data

FIRMA DEI SOGGETTI COINVOLTI

Beneficiaria/o _____

Eventuale Ads _____

Eventuale Referente attività educativa _____

Assistente Sociale referente _____

Spazio riservato ai membri della commissione valutatrice

ESITO COMMISSIONE

- ☐ **Domanda Accolta**
- ☐ **Domanda non Accolta**

Importo trimestrale del contributo concesso al beneficiario _____, _____ **euro.**

PUNTEGGIO ATTRIBUITO

- SCHEDA DI PROGETTO INDIVIDUALIZZATO _____
- SCHEDA DI ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO DI PRIORITA' _____
- TOTALE PUNTEGGIO: _____

Luogo e data

FIRMA DEI SOGGETTI COINVOLTI

Amministrativa/o referente _____

Coordiantrice Area Adulti e Persone con disabilità _____

Capo Ufficio Inclusione Sociale Adulti e Persone con disabilità _____