**SCHEDA PROPOSTA PROGETTUALE**

**PRESENTAZIONE**

**TITOLO DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
|  |

**Ente GESTORE PROPONENTE o capofila del progetto**

|  |
| --- |
|  |

**RESPONSABILE ATTUAZIONE DEL PROGETTO**

*Descrivere nominativo e contatto telefonico e indirizzo mail.*

**COMPOSIZIONE E CARATTERISTICHE DELLA RETE DI ALTRI ENTI PUBBLICI/PRIVATI**

*Elencare i soggetti coinvolti nella rete, documentare le caratteristiche della rete, evidenziare le motivazioni che giustificano la scelta dei soggetti, i ruoli di ciascun ente e la modalità di gestione delle attività del progetto.*

*Descrivere la rappresentatività di ogni soggetto, in particolare con riferimento all’esperienza pregressa nell’ambito dell’area progettuale, e la complementarità ed integrazione delle competenze ed esperienze offerte dalla rete nel suo complesso.*

*Esplicitare gli strumenti di formalizzazione adottati (da allegare)*

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO** |

**IDENTIFICAZIONE DELL’AREA PROGETTUALE E DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
| *Identificazione dell’area progettuale e descrizione sintetica del progetto con esplicitazione degli elementi di tipo organizzativo, metodologico, gestionale, tecnologico e di presa in carico.*  *Eventuale riferimento a linee guida nazionali ed internazionali.* |

**LUOGO DI REALIZZAZIONE DELL’INTERVENTO**

|  |
| --- |
| *Identificazione del luogo in cui verranno realizzati gli interventi e dei giorni e orari di apertura.*  *Descrizione sintetica degli elementi strutturali e tecnologici significativi per la realizzazione del progetto, nonché eventuali azioni migliorative e/o protesizzazione degli ambienti.* |

**ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI SIGNIFICATIVI**

*Descrizione sintetica degli aspetti organizzativi e gestionali significativi per la realizzazione del progetto.*

**DEFINIZIONE DEI REQUISITI PREVISTI PER LA TIPOLOGIA DI UNITA’ D’OFFERTA NELLA QUALE VERRANNO REALIZZATI GLI INTERVENTI**

*Descrizione dei requisiti strutturali, organizzativi, gestionali e tecnologici che verranno garantiti nel corso della sperimentazione per l’erogazione dei servizi, garantendo il rispetto delle normative generali di sicurezza.*

**ANALISI DEL BISOGNO TERRITORIALE**

*Descrizione dei bisogni ai quali si vuole rispondere con riferimento al contesto del territorio di ATS Insubria.*

**DESTINATARI DEGLI INTERVENTI**

*Descrizione dei destinatari degli interventi progettuali e modalità di eleggibilità.*

*Numero dei possibili destinatari degli interventi.*

*Fascia di età*

**OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI**

*Descrizione degli obiettivi generali e specifici della proposta progettuale*

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE AZIONI E DEGLI INTERVENTI PREVISTI**

*Azione 1 (titolo)*

*Descrizione dettagliata delle attività e degli interventi previsti*

*Tempistica delle azioni*

*Esplicitare a quale LEA del DPCM 2017 si riconducono gli interventi*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*Tipologia e numero destinatari*

*Azione 2 (titolo)*

*Descrizione dettagliata delle attività e degli interventi previsti*

*Tempistica delle azioni*

*Esplicitare a quale LEA del DPCM 2017 si riconducono gli interventi*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*Tipologia e numero destinatari*

*………………*

**CRONOPROGRAMMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *mesi* | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| **Azione 1 (titolo)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Azione 2 (titolo)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **………..** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DURATA DEL PROGETTO**

*Descrivere la data di avvio e di conclusione*

**CARATTERE INNOVATIVO DELLA PROPOSTA PROGETTUALE**

*Descrivere il carattere innovativo degli interventi dal punto di vista organizzativo, metodologico, gestionale, tecnologico e di presa in carico.*

**REPLICABILITA’ DEGLI INTERVENTI**

*Descrivere gli eventuali protocolli operativi, le metodologie standardizzate e gli strumenti di assesment che consentono la replicabilità del modello di intervento*

**DESCRIZIONE DELLA TARIFFA RICHIESTA/CONTRIBUTO**

*Descrivere la tariffa o contributo richiesto, presentando uno studio dei costi da sostenere che giustifichino la richiesta.*

**DESCRIZIONE DELLA RETTA DI COMPARTECIPAZIONE RICHIESTA AI DESTINATARI DEGLI INTERVENTI**

*Descrivere l’eventuale retta di compartecipazione e i servizi compresi.*

**MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

**INDICATORI**

*Descrivere gli indicatori qualitativi e quantitativi utilizzati per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi*

**STRUMENTI DI VALUTAZIONE, COORDINAMENTO E MONITORAGGIO**

*Descrivere le modalità di valutazione e di monitoraggio previsti, specificando gli strumenti che si intendono utilizzare, la tempistica, le risorse impiegate.*

**PERSONALE IMPIEGATO PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI**

*Descrivere il personale impiegato per gli interventi, specificando le qualifiche e le funzioni all’interno del progetto e l’integrazione tra le diverse figure professionali.*

*Identificare eventuale personale volontario.*

*Descrivere modalità di formazione, aggiornamento e supervisione degli operatori coinvolti nelle azioni, evidenziando se specifici al progetto.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PERSONALE COINVOLTO E STIMA COSTI*** | | | | |
| *PERSONALE INTERNO ENTE PROPONENTE/CAPOFILA*  *(Si considera il personale già operante all’interno dell’ente proponente/capofila. Compilare per ogni soggetto che si intende coinvolgere nel progetto)* | | | | |
| *Professione* | *Ruolo nel progetto* | *Monte ore complessivo dedicato* | *Tariffa oraria* | *Totale costo personale interno* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | *TOTALE* |  |
| *PERSONALE ESTERNO E PERSONALE INTERNO DIPENDENTE DEGLI ENTI PARTNERS PARTECIPANTI E FINANZIATI*  *(Compilare per ogni soggetto che si intende coinvolgere nel progetto)* | | | | |
| *Professione* | *Ruolo nel progetto* | *Monte ore complessivo dedicato* | *Tariffa oraria* | *Totale costo personale esterno* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | *TOTALE* |  |

**PIANO DEI COSTI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VOCI DI SPESA |  | ATTIVITA’ DI ASSISTENZA\* | ATTIVITA’ DI SUPPORTO\* | ATTIVITA’ ALBERGHIERA\* |  |  |  |
| 1. Personale addetto all’assistenza |  | | | | Totale ore | Costo unitario | Costo totale |
|  | *Elencare in ogni riga per tipologia di professione* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE PERSONALE** | | | | | | |  |
| B) Beni |  | | | | | | |
|  | *Elencare in ogni riga i beni utilizzati per il progetto* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE BENI** | | | | | | |  |
| C) Servizi |  | | | | | | |
|  | *Elencare in ogni riga i servizi utilizzati per il progetto* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE SERVIZI** | | | | | | |  |
| **TOTALE COSTI (A+B+C)** | | | | | | |  |

*\*barrare se la tipologia di costo si riferisce ad attività di assistenza, attività di supporto o attività alberghiera.*

|  |
| --- |
| Il Legale Rappresentante |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |