



A.S.L. CN1
Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano



IL SEGRETARIO COMUNALE
Dacchetta dott. Carmelo Mario

Sede legale ASL CN1

Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)
P.IVA 01128930045
T. 0171.450111 - F. 0171.1865270
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

COMUNTA COMUNALE N. 73 del

Protocollo d'Intesa tra

e

S.C. Psichiatria SPDC - Savigliano

Direttore: Dr. Carlo Milordini

Centro di Salute Mentale

Via Ospedali n. 14 - SAVIGLIANO

COMUNE DI MONASTEROLO

Progetto approvato con Determina n.303 del 18.06.2010

Tipologia del Progetto Riabilitativo Inserimento socializzante

Nominativo del beneficiario MURA GABRIELE

Nato a RIVOLI II 07.04.1977

Codice Fiscale M R U G R L 7 7 D 0 7 H 3 5 5 A

Residente SAVIGLIANO VIA MADONNETTA 1

Azienda ospitante COMUNE DI MONASTEROLO DI SAVIGLIANO

Codice Fiscale e Partita IVA 00489010041

Sede MONASTEROLO P.ZA CASTELLO n.6

Mansione individuata AIUTO OPERAIO

Tale mansione si realizza attraverso le seguenti operazioni OPERAZIONI DI SEMPLICE MANUTENZIONE

Orario 20 ORE SETTIMANALI

Durata del progetto Mesi 12
data di avvio 08.01.2018 data di scadenza 31.12.2018

Operatore di riferimento della S.C. di Psichiatria con funzione di Tutor	SORDELLA MARCO Recapito tel. 0172/719430	Qualifica EDUCATORE PROF.LE Sede SAVIGLIANO C.S.M.
Operatore della sede ospitante con funzione di Tutor Aziendale	CAVALLERA ENRICO Recapito ☎	Qualifica RESPONSABILE SERV. TECNICO Sede MONASTEROLO

Obiettivi e modalità del progetto Il progetto è finalizzato al mantenimento della condizione clinica e psicosociale di compenso, ad un buon funzionamento e ad una qualità di vita soggettivamente soddisfacente.

Obblighi del beneficiario:

- Seguire le indicazioni dei Tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo (orario) od altre evenienza (timbratura, compilazione foglio presenze..)
- Il foglio presenze deve essere tenuto nella sede del progetto socializzante, fatto firmare dal Tutor aziendale a fine mese e consegnato all'operatore che lo ritira.
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del progetto.
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.
- Qualsiasi tipo di assenza deve essere comunicato entro il primo giorno da parte del beneficiario all'operatore di riferimento e al tutor aziendale.

Obblighi del tutore aziendale:

- Fornire assistenza dal punto di vista formativo del beneficiario.
- Confrontarsi periodicamente con gli operatori del D.S.M.
- Rispettare gli obblighi di riservatezza in merito alla persona inserita.
- In caso di infortunio, accompagnare la persona al Pronto Soccorso, effettuare la prima denuncia di infortunio, secondo le consuete modalità e avvisare il Servizio di Salute Mentale di riferimento.

Obblighi del Tutor e della S.C. di Psichiatria

- Monitoraggio periodico e verifiche dell'inserimento riabilitativo-socializzante con l'azienda, per individuare soluzioni alle situazioni di criticità che si potrebbero presentare in itinere.
- Incontri di verifica tra il soggetto inserito e il Tutor della S.C. di Psichiatria al fine di valutare l'andamento del percorso riabilitativo.
- Incontro di équipe con il medico titolare del progetto.
- Copertura assicurativa RCT e INAIL a carico dell'ASL:
- la polizza RCT copre il soggetto da responsabilità indirette (danni causati involontariamente) che possono verificarsi durante lo svolgimento delle mansioni affidate.
- Corresponsione di un sostegno al reddito al soggetto inserito.
- Gestione degli aspetti burocratici amministrativi.

Si precisa inoltre che:

- Il progetto riabilitativo-socializzante non è configurabile come subordinato in quanto non ne esistono i presupposti, quindi non costituisce a nessun effetto sostituzione di un rapporto di lavoro. Gli orari potranno subire delle variazioni a discrezione dell'Ente coinvolto nel progetto dell'inserimento riabilitativo- socializzante, in comune accordo con il soggetto inserito e gli Enti proponenti. L'indennità economica erogata non riveste altro significato che quello di incentivo alla partecipazione al progetto da parte dell'utente, il quale non acquisisce alcun diritto nei confronti della sede lavorativa individuata, sebbene la finalità del progetto sia la costruzione dei prerequisiti all'effettivo suo ingresso nel mercato del lavoro, in base alle sue competenze, agli orientamenti legislativi e alle risorse del territorio.
- Nessun onere finanziario o previdenziale è a carico dell'Ente ospitante.
- E' stata predisposta la seguente copertura assicurativa:
Polizza assicurativa INAIL posizione n° 92426080/73
Polizza RCT/O posizione n° 1858949
La copertura assicurativa ha efficacia esclusivamente negli orari pattuiti e indicati in questo documento.
- Una eventuale proroga potrà essere concordata al termine del periodo stabilito.
- Qualora non sussistessero più le condizioni per la prosecuzione del progetto, a tutela sia del soggetto inserito che dell'Ente/Azienda ospitante, il progetto stesso verrà sospeso.
- "Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. le parti che sottoscrivono il presente protocollo attestano di essersi fornite le informazioni di cui all'art. 13 del citato D.Lgs 196/2003. In particolare, confermano di essersi reciprocamente informate che i dati personali acquisiti verranno utilizzati, in formato cartaceo ed informatico, esclusivamente per la gestione del presente protocollo e che potranno ottenere ulteriori

informazioni, nonché esercitare i diritti, da Loro conosciuti, previsti dall'art. 7 D.Lgs 196/2003 scrivendo al Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL CN1 (inserire e-mail e/o indirizzo e/o num di telefono) o al tutor dell'azienda ospitante".

Letto, approvato e sottoscritto:

Il beneficiario

.....
[Handwritten signature]

Il Medico Responsabile del progetto

.....

Il Tutor del C.S.M.

.....
[Handwritten signature]

VISTO: il Responsabile dell'Ente/Azienda

.....
[Handwritten signature]

VISTO: il Direttore della SC di Psichiatria

.....
[Handwritten signature]

Savigliano, li

