



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILIA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

ALLEGATO SUB A

Piano di Zona 2018/2019 – azione relativa ad “INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE “NUOVE POVERTA’” - LINEE GUIDA

1 – SCOPO ED OGGETTO DELL’AZIONE

Il progetto relativo agli interventi a sostegno delle “Nuove Povertà” si inserisce fra le azioni previste all’interno del cd. 4° Piano di Zona (annualità 2018/2019), approvato con atto di congruità n. 23/2020 della Regione Sicilia

Tale progetto si propone di sostenere i soggetti che vivono situazioni familiari e/o personali problematiche, a seguito del verificarsi di eventi imprevisti che determinano momentanea e importante difficoltà economica, tale da ingenerare un significativo cambiamento nello stile di vita, (Crisi coniugale e separazione/ Tracollo finanziario/Fuoriuscita circuiti penale e di dipendenza a vario titolo quali droga, alcool, ludopatia e simili). Nei confronti di tali soggetti ci si propone di intervenire in un percorso di accompagnamento e sostegno attraverso la predisposizione di strumenti di presa in carico sociale ed interventi per il raggiungimento di un maggior grado di autonomia ed autosufficienza

La misura prevede una fase iniziale di presa in carico del soggetto destinatario dell’intervento, da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza, che provvederà alla predisposizione di un Piano Personalizzato volto al superamento della situazione emergenziale e al reinserimento sociale e/o lavorativo. A tal fine si evidenzia che non rileva primariamente lo stato di indigenza economica, quanto la situazione di emergenza determinatasi a seguito di eventi imprevisti .

Il Servizio Sociale, supportato eventualmente dal Servizio Sanitario e/o dall’equipe multidisciplinare del distretto socio sanitario 19, riscontrata la presenza di una situazione emergenziale come quella prima descritta, o perché rilevata direttamente dal Servizio Sociale o su richiesta dell’interessato, in presenza degli ulteriori requisiti di cui al successivo punto 2, potrà procedere a:

a- individuare una soluzione abitativa adeguata alle necessità e alle possibilità della persona derivanti dalla sua condizione economica, facendo scegliere l’utente da una long list di enti del terzo settore che si sono dichiarati disponibili a gestire la tipologia di intervento in argomento (confronta la nostra determina n. 241/2020);

b – individuare per il soggetto destinatario dell’intervento, gli ulteriori interventi di carattere sociale che possano favorirne l’integrazione sociale, anche avvalendosi di eventuali misure facenti parte di altri piani di intervento, qualora il beneficiario abbia le caratteristiche per accedervi (ad esempio attivazione di Tirocini



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

di Inclusione sociale se il soggetto è beneficiario REI o RDC, inserimento in corsi di formazione professionale finanziati con i fondi di cui al PON Inclusione Avviso 1/2019 se il soggetto è beneficiario di RDC, servizio civico ecc);

c – individuare per il soggetto destinatario dell'intervento gli ulteriori interventi volti al superamento del disagio personale (psicologo, psicoterapeuta, ecc.) anche avvalendosi di eventuali misure facenti parte di altri piani di intervento, qualora il beneficiario abbia le caratteristiche per accedervi.

Pertanto, individuate le misure di sostegno attivabili, il Servizio Sociale professionale si raccorderà con l'Ente del Terzo Settore scelto dall'utente, per la realizzazione delle azioni previste all'interno del piano personalizzato.

Data la natura emergenziale, l'azione si configura a carattere temporaneo e si prevede che ogni progetto avrà la durata massima di mesi 6, prorogabile in casi particolarmente gravi e/o complessi a seguito di valutazione dell'equipe multi professionale di riferimento per il caso trattato

Rilevata la natura innovativa e sperimentale dell'azione, l'obiettivo generale del progetto è la promozione di una rete sociale di sostegno al soggetto in un'ottica di inclusione, volta a favorire processi di aggregazione autonoma e contatto con le realtà associative presenti sul territorio, con l'obiettivo di facilitare il passaggio verso l'autonomia attraverso:

- Individuazione di una soluzione abitativa adeguata alle necessità ed alle possibilità della persona derivanti dalla sua condizione economica, quale ricovero emergenziale in vista di una sistemazione stabile ;
- Miglioramento della situazione socio-economica dei soggetti destinatari dell'azione, al fine di creare le condizioni per superare lo stato di momentanea povertà, attraverso politiche attive di ricerca di una attività lavorativa e/o strumenti volti al superamento del gap economico;
- Miglioramento della situazione psicologia in un'ottica di analisi del comportamento e di approccio positivo e propositivo rispetto alla situazione emergenziale, attraverso l'accesso a strumenti di sostegno alla personalità, anche con l'ausilio dell'ASP;

2 – DESTINATARI

Dato atto della non esaustività dell'elenco che segue, lasciando alla valutazione del Servizio Sociale il riconoscimento dello stato di bisogno in relazione alla reale casistica di riferimento, si riporta l'elenco dei soggetti aventi diritto ad accedere alla misura:

1) Padri/madri che, a seguito di sentenza di separazione e/o divorzio o a seguito di temporanei provvedimenti del Presidente del Tribunale, si trovino a vivere un periodo di disagio economico che non consenta loro di mantenere un livello di vita dignitoso (sono esclusi da tale progettualità i nuclei familiari composti anche da due persone, da avviare eventualmente ad altre misure)

2) Soggetti provenienti da tracollo economico



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

- 3) Ex detenuti in cerca di reinserimento socio/lavorativo
- 4) Ex tossicodipendenti, ludopatici, alcolisti in cerca di reinserimento socio/lavorativo
- 5) Soggetti che hanno perso il lavoro
- 6) Ogni altro soggetto che si trovi in situazione di forte disagio economico e sociale secondo i canoni in premessa indicati

3 – CRITERI DI INDIVIDUAZIONE

Al fine di determinare lo stato di bisogno del soggetto, oltre all'appartenenza ad una delle categorie sopra elencate, occorrerà altresì accertare che:

- 1) mancanza di dimora disponibile, da rilevarsi secondo le dichiarazioni rese dal soggetto richiedente e dalle risultanze catastali o da altra documentazione che comprovi tale indisponibilità (ad es. sentenza del giudice che assegna la casa al coniuge)
- 2) mancanza di soggetti/familiari in grado di supportare il soggetto. Si specifica che la mancanza è equiparata alla impossibilità a fornire supporto /sostegno, quindi potrebbero esserci parenti ma non essere in grado di sostenere economicamente il beneficiario.
- 3) comprova dell'esistenza di una o più delle cause di vulnerabilità economica per eventi di tipo economico/sociale quale separazione, perdita del posto di lavoro, fine pena detentiva, ecc documentate o comunque rilevate in sede di prese in carico del soggetto anche per misure diverse da quella in esame (emersione incidentale del bisogno)

4. DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E DELLE RISORSE

Al fine di realizzare il progetto di recupero sociale, occorrerà garantire l'interazione fra i servizi sociali del comune di residenza e l'ente del terzo settore che avrà in carico la gestione del soggetto beneficiario. Qualora ritenuto necessario sarà possibile l'intervento di altri attori del territorio, da coinvolgere di volta in volta, al fine di realizzare una progettazione personalizzata quanto più è possibile aderente alle esigenze del beneficiario. In tale ambito saranno evidenziate sia misure di carattere pratico come inserimento in gruppi appartamento, previsione delle spese per cure mediche, sostegno di carattere alimentare, inserimento in liste di collocamento, ausilio per la ricerca di lavoro, inserimento in corsi di formazione professionale o in inserimento in liste di collocamento, ausilio per la ricerca di lavoro, inserimento in corsi di formazione professionale, ecc, oltre che misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari.

L'immobile, il personale e le attrezzature necessarie alla realizzazione del progetto dovranno essere garantite dall'Ente terzo, che avrà specificamente aderito alla manifestazione di interesse emanata dal Distretto socio sanitario 19.

La soluzione alloggiativa dovrà garantire una dignitosa sistemazione al beneficiario/a, la possibilità di fruire sia di spazi privati che di spazi comuni, dovrà essere dotata di cucina e servizi, dovranno essere altresì garantire le utenze di luce ed acqua.



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Si prevede di attivare n.20 progetti nell'arco di un anno per complessivi 40 progetti nel biennio. Per ogni progetto, della durata di mesi sei, si prevede un contributo di € 500,00, CHE VERRA' GESTITO DAL CASE MANAGER PER CONTO DELL'ENTE GESTORE, a cui aggiungere il 20% a copertura delle spese di gestione a favore dell'Ente terzo e l'IVA al 5% se dovuta.

5 – PRIORITA'

L'attivazione risente del limite annuo di finanziamento assegnato per un massimo di 20 progetti. Qualora, a causa delle ristrettezze del budget fosse necessario definire delle priorità rispetto a soggetti aventi pari diritto, si determinano le seguenti priorità:

1- soggetti affetti da particolari patologie che li rendano ulteriormente vulnerabili (da dimostrare con certificazione medica ed aventi carattere non estemporaneo)

2 – soggetti che dimostrano al colloquio con il Servizio Sociale Professionale/Equipe multidisciplinare particolare disagio psicologico tale da rendersi necessario un sostegno esterno

3 –soggetti con età maggiore e quindi con maggiore rischio di esclusione sociale

6 – MODALITA' OPERATIVE

la Gestione del servizio avverrà con istituzione di una long list specifica di Enti accreditati, per il contrasto della grave marginalità, e con erogazione di voucher di servizio a seguito di libera scelta dell'utente dell'Ente di riferimento

L'individuazione dei soggetti, in fase di prima attivazione del progetto, verrà effettuata o su autonoma segnalazione del servizio sociale professionale comunale o con istanza del soggetto, successivamente alla formulazione, da parte del Distretto, di avviso pubblico distrettuale in forma aperta, per informare gli utenti dell'attivazione e dei termini della misura. Le istanze saranno presentate presso i comuni di residenza, e si provvederà ad una successiva ed eventuale graduatoria distrettuale a cura dell'UAS qualora fosse necessario applicare i criteri di priorità sopra richiamati.

Più nello specifico le modalità operative prevedono i seguenti passaggi e le seguenti incombenze a carico degli attori del progetto:

a - LONG LIST AZIENDE: con avviso a manifeste interesse, il Distretto Socio Sanitario 19 procederà alla costituzione di una lista di Enti/Aziende che, nel rispetto dei doveri e dei limiti del progetto come sopra individuato, vorranno dare la loro disponibilità a esercitare il ruolo di Ente Gestore a favore del soggetto beneficiario del progetto.

b – AVVISO DISTRETTUALE: il Distretto Socio Sanitario 19, acquisita la disponibilità degli Enti/Aziende, emanerà un avviso informativo alla cittadinanza dei comuni del Distretto socio sanitario, indicando i termini del progetto e i requisiti per accedere alla misura. L'avviso resterà aperto per tutta la durata del progetto e comunque sino ad esaurimento del relativo budget.



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

c – I COMUNI, per il tramite del proprio Servizio Sociale Professionale, anche avvalendosi della collaborazione della Equipe Multidisciplinare costituita presso il distretto, degli altri attori sociali e dell'ASP, procederanno alla presa in carico del soggetto, individueranno gli obiettivi specifici da raggiungere, e li sottoporranno la scelta degli Enti gestori per la realizzazione dell'intervento. Di seguito, unitamente all'Ente Gestore, redigeranno una integrazione al progetto personalizzato contenente le specifiche di attuazione del progetto contenente il luogo di dimora, i servizi offerti, la proposta operativa del gestore del progetto. Tale progetto integrativo andrà condiviso con il beneficiario. Tutta la documentazione progettuale andrà trasmessa informaticamente al Distretto socio sanitario 19. I comuni provvederanno altresì al monitoraggio bimestrale del singolo progetto tramite colloqui con il beneficiario, eventualmente supportati dall'equipe multidisciplinare, al fine di verificare l'evoluzione e il conseguimento di obiettivi specifici individuati in sede progettuale. L'esito del monitoraggio, così come la relazione finale, a chiusura del progetto andranno trasmessi al distretto socio sanitario 19 a corredo della pratica e per gli adempimenti finali (liquidazione)

d – IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO, per il tramite dell'Ufficio Piano di Zona, provvede a predisporre l'avviso a manifestare l'interesse per la costituzione della long list di enti gestori, redige e rende pubblica tale lista. Predisporre e rende pubblico l'avviso relativo alla attivazione del servizio. Riceve i singoli progetti operativi disposti dal Servizio Sociale professionale e predisporre il relativo voucher. Nei casi necessari applica i criteri di priorità e determina la graduatoria distrettuale. Verifica l'andamento dei monitoraggi bimestrali. Controlla la completezza e correttezza della documentazione al fine della relativa liquidazione. Liquidava i voucher a favore dell'Ente gestore, anche con cadenza bimestrale. Funge da raccordo e coordinamento per tutte le questioni attinenti la gestione del progetto nel suo complesso e, in casi particolarmente ardui, anche con riferimento al singolo piano personalizzato, con riferimento all'individuazione degli strumenti di intervento più idonei.

e – GLI ENTI GESTORI

1 - Collaborano con i Servizi Sociali per l'integrazione del progetto personalizzato, per la individuazione della proposta operativa pratica volta alla realizzazione del progetto.

2 - Si impegnano ad attuare le misure concordate, a rilevare le eventuali anomalie o scostamenti e a segnalarli tempestivamente al Servizio Sociale Professionale.

3 - Relazionano bimestralmente sull'andamento del progetto e redigono, alla fine dello stesso, apposita relazione di chiusura ove rilevare gli obiettivi raggiunti.

4 - Aderiscono alla long list a seguito di avviso predisposto dal Distretto e aderiscono alle presenti linee guida per la regolamentazione dei rapporti.

5 - Forniscono al Distretto socio sanitario la documentazione, anche contabile, necessaria alla liquidazione dei voucher di servizio.

6 - Si impegnano a comunicare tempestivamente qualsiasi situazione possa pregiudicare la permanenza della loro iscrizione alla pre richiamata long list



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
 PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
 Tel 095/7447121

A scopo enucleativo, si riporta l'elenco delle attività da porre in essere in ordine cronologico:

ATTIVITA'	ENTE COMPETENTE
Predisposizione linee guida per i Servizi Sociali Comunali	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Predisposizione documentazione a corredo	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Predisposizione Avviso per enti Terzo settore	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Pubblicazione avviso	Servizi sociali comuni del DSS19
Creazione long list degli enti del Terzo settore	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Predisposizione avviso agli utenti di attivazione del servizio	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Pubblicazione avviso	Servizi sociali comuni del DSS19
Presa in carico del beneficiario	Servizi sociali comunali + Equipe Multidisciplinare
Redazione Piano Personalizzato	Servizi sociali comunali + Equipe Multidisciplinare
Redazione integrazione Piano Personalizzato/progetto operativo	Servizi sociali comunali + Ente Gestore + Altri attori del territorio
Verifica per eventuale priorità	Servizio sociale comunale + Distretto SS19-Ufficio di Piano
Emissione voucher per attività Ente Gestore	Distretto socio sanitario 19 – Ufficio di Piano
Monitoraggio bimestrale andamento progetto e relazione al distretto	Servizi sociali comunali + Equipe Multidisciplinare
Attività connesse con la realizzazione del Piano Personalizzato	Servizi sociali comunali + Ente Gestore + Altri attori del territorio
Liquidazione bimestrale voucher	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Modifiche al Piano Personalizzato	Servizi sociali comunali + Equipe Multidisciplinare – Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano
Relazione finale	Servizi sociali comunali + Equipe Multidisciplinare
Liquidazione finale	Distretto socio sanitario 19 – Ufficio di Piano
Relazione progetto alla Regione	Distretto socio sanitario 19 – Ufficio di Piano

Si raccomanda il rispetto delle superiori linee guida per la migliore riuscita della progettualità che, avendo natura sperimentale, è soggetta a revisioni e modifiche. Si rappresenta che questo ufficio resta a disposizione sia in funzione di coordinamento che di consulenza per quanto di propria competenza

Responsabile Unico del Procedimento

d.ssa M. Carrubba

Responsabile UAS Piano di Zona



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

d.ssa G. Scalia

Le presenti linee guida, in allegato alla richiesta di iscrizione alla long list degli Enti del Terzo Settore interessati alla partecipazione ai progetti di superamento delle cd "Nuove Povertà", costituiscono atto di regolamentazione dei rapporti fra l'Ente del Terzo Settore, il Distretto Socio Sanitario ed il Servizio Sociale del Comune che ha in carico il beneficiario del progetto.

La sottoscrizione delle stesse costituisce atto di adesione e accettazione a quanto ivi statuito

Rappresentante Ente Terzo Settore

Responsabile UAS Piano di Zona

d.ssa G. Scalia



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Comune di _____

PIANO PERSONALIZZATO
Interventi a sostegno nuove povertà

La sottoscritta _____ Assistente Sociale in servizio Presso il Comune di _____, unitamente a (specificare se ci si avvale di Equipe multidisciplinare, ecc.), ha provveduto alla presa in carico del/la sig./ra _____ Nato/a _____ il _____ residente in: _____ Via _____ n. _____, Cod Fisc _____ Cell: _____ mail/pec _____

Dal colloquio è emersa l'esistenza, in capo al soggetto, di una esigenza di sostegno al fine di superare situazione problematica scaturita da eventi imprevisti e determinanti una momentanea ed importante difficoltà economica tale da ritenere opportuna l'attivazione di un progetto personalizzato di sostegno.

In via preliminare si specifica che le misure da attivarsi essendo determinate da una situazione emergenziale, hanno carattere temporaneo. In tale contesto si conviene che la dura massima del progetto è pari a mesi sei.

Pertanto, al fine della corretta presa in carico e per la definizione degli interventi più appropriati si rileva quanto segue:

TIPOLOGIA DI DESTINATARIO*

Padri/madri che, a seguito di sentenza di separazione e/o divorzio o a seguito di temporanei provvedimenti del Presidente del Tribunale, si trovino a vivere un periodo di disagio economico che non consenta loro di mantenere un livello di vita dignitoso (sono esclusi da tale progettualità i nuclei familiari composti anche da due persone, da avviare eventualmente ad altre misure)	
Soggetti provenienti da tracollo economico	
Ex detenuti in cerca di reinserimento socio/lavorativo	
Ex tossicodipendenti, ludopatici, alcolisti in cerca di reinserimento socio/lavorativo	
Soggetti che hanno perso il lavoro	



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
 PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
 Tel 095/7447121

Ogni altro soggetto che si trovi in situazione di forte disagio economico e sociale secondo i canoni di cui alla _____ linee guida _____ allegate _____ (specificare _____ la _____ fattispecie rilevata _____)

* segnare con una x a destra l'ipotesi ricorrente

CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLO STATO DI BISOGNO*

CRITERIO	DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO PRODOTTA
Mancanza di dimora disponibile , da rilevarsi secondo le dichiarazioni rese dal soggetto richiedente e dalle risultanze catastali o da altra documentazione che comprovi tale indisponibilità (ad es. sentenza del giudice che assegna la casa al coniuge)	
Mancanza di soggetti/familiari in grado di supportare il soggetto. Si specifica che la mancanza è equiparata alla impossibilità a fornire supporto /sostegno, quindi potrebbero esserci parenti ma non essere in grado di sostenere economicamente il beneficiario	
comprova dell'esistenza di una o più delle cause di vulnerabilità economica per eventi di tipo economico/sociale quale separazione, perdita del posto di lavoro, fine pena detentiva, ecc documentate o comunque rilevate in sede di prese in carico del soggetto anche per misure diverse da quella in esame (emersione incidentale del bisogno)	

* occorre la presenza delle tre condizioni;

PRIORITA' (eventuale)*

<u>ELEMENTO DI PRIORITA'</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
soggetti affetti da particolari patologie che li rendano ulteriormente vulnerabili (da dimostrare con certificazione medica ed aventi carattere non estemporaneo)		
soggetti che dimostrano al colloquio con il Servizio Sociale Professionale/Equipe multidisciplinare particolare disagio psicologico tale da rendersi necessario un sostegno esterno		
soggetti con età maggiore e quindi con maggiore rischio di esclusione sociale		

* segnare con x l'ipotesi ricorrente

Dall'analisi dei dati sopra riportati e dal colloquio con il richiedente, tenuto conto del parere espresso dall'Equipe Multidisciplinare si è addivenuti alla scelta di attivare a favore del



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

sig./ra _____ le misure previste dal progetto di sostegno alle nuove povertà ed in particolare:

MISURE SI SOSTEGNO INDIVIDUATE

TIPOLOGIA	SI	NO	DESCRIZIONE INTERVENTO
Individuazione di una soluzione abitativa adeguata alle necessità ed alle possibilità della persona derivanti dalla sua condizione economica, quale ricovero emergenziale in vista di una sistemazione stabile (TALE TIPOLOGIA DEVE ESSERE SEMPRE PREVISTA ED E' PROPEDEUTICA A TUTTE LE ALTRE)			
interventi volti a favorire integrazione sociale (es corsi formazione, tirocini inclusione sociale, inserimento in percorsi di auto imprenditorialità, ecc.) (di competenza comunale e/o ente Gestore e/o altri attori)			
Interventi volti a integrare le esigenze di vita del beneficiario (spese mediche, supporto alimentare) (di competenza comunale)			
Interventi volti a superari il disagio personale (psicologo, psicoterapeuta, sostegno religioso, ecc.) (di competenza Comunale e/o Ente Gestore e/o altri attori)			
Varie (specificare) (di competenza Comunale e/o Ente gestore e/o altri attori)			

OBIETTIVI DA CONSEGUIRE

(specificare il target da raggiungere per considerare superata la situazione emergenziale, es: sistemazione definitiva in situazione alloggiativa, reperimento posto di lavoro, ecc.)

In riferimento alle misure sopra riportate, al Beneficiario è stata presentata la long list distrettuale degli Enti Gestori che hanno manifestato la propria disponibilità a fornire la propria opera per gli interventi a sostegno delle nuove povertà.



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILIA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
 PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
 Tel 095/7447121

Dalla long list distrettuale il beneficiario sceglie di avvalersi del supporto del seguente Ente: _____

Con sede in _____ via _____

In fede _____

Data _____

Assistente Sociale Comunale dr./ssa _____

Referente Equipe multidisciplinare dr./ssa _____

Beneficiario sig./ra _____

**INTEGRAZIONE AL PIANO PERSONALIZZATO
SPECIFICHE OPERATIVE**

Con riferimento al Piano Personalizzato redatto a favore del sig./ra _____ nato/a _____ il _____

Relativo agli interventi volti al superamento dello stato di disagio sociale come sopra rappresentato, con la presenza del rappresentate dell'Ente del Terzo Settore che, per libera scelta dell'utente, gestirà le misure di pertinenza individuate nel piano personalizzato, si integra lo stesso con le seguenti specifiche operative da rendersi per un massimo di mesi 6.

L'Ente Gestore del progetto comunica che la soluzione alloggiativa individuata per il beneficiario ha sede in _____ via _____ n _____;

La soluzione alloggiativa dovrà garantire una dignitosa sistemazione al beneficiario/a, la possibilità di fruire sia di spazi privati che di spazi comuni, dovrà essere dotata di cucina e servizi, dovranno essere altresì garantire le utenze di luce ed acqua.

Inoltre, con riferimento alle ulteriori tipologie di intervento prima individuate, l'Ente Gestore e/o il rappresentate di altro Attore del territorio (specificare quale) _____ nella persona del sig./ra _____ dichiara la propria disponibilità a fornire supporto ed assistenza con riferimento alla seguente tipologia:

TIPOLOGIA	SI	NO	DESCRIZIONE INTERVENTO	APPORTO DEL GESTORE
interventi volti a favorire integrazione sociale (es corsi formazione, tirocini inclusione sociale, inserimento in percorsi di auto imprenditorialità, ecc.) (di				



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

competenza comunale e/o ente Gestore e/o altro attore)				
Interventi volti a superare il disagio personale (psicologo, psicoterapeuta, sostegno religioso, ecc.) (di competenza Comunale e/o Ente Gestore e/o altro attore)				
Varie (specificare) (di competenza Comunale e/o Ente gestore e/o altro attore)				

Si conviene l'avvio del progetto dal _____ (massimo 7 gg dalla firma della presente)

Data _____

Assistente Sociale Comunale _____

Rappresentante Ente Gestore _____

Altro Attore _____

Beneficiario _____



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
 PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
 Tel 095/7447121

Comune di _____

VERIFICA BIMESTRALE
Interventi a sostegno nuove povertà

La sottoscritta Assistente Sociale _____ in servizio presso il Comune di _____, con riferimento alle specifiche di cui alle linee guida relative al progetto di sostegno alle "Nuove Povertà", attivato a favore del sig./ra _____ nato a _____ il _____, avviato il _____ Ente Gestore _____, ha effettuato colloquio con il beneficiario/a al fine di verificare l'andamento progettuale in esito agli obiettivi da raggiungere secondo quanto individuato nel relativo Piano personalizzato del _____, assistita dall'equipe multidisciplinare nella persona del dr./ssa _____, dal quale è emerso quanto segue: _____

Per quanto sopra espresso si ritiene :

UTILE ED OPPORTUNA LA PROSECUZIONE DEL PIANO SECONDO LA FORMULAZIONE ORIGINARIA si rimanda al prossimo incontro fissato per il _____	
NECESSARIO PROCEDERE ALLA MODIFICA DEL PIANO PERSONALIZZATO SECONDO QUANTO SOTTO RIPORTATO _____	

* segnare con una x l'ipotesi che ricorre

* si specifica che in caso di modifica occorrerà procedere alla compilazione di un nuovo piano personalizzato e del relativo progetto operativo.

Assistente Sociale Comunale _____



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Referente Equipe Multidisciplinare _____

Beneficiario _____

Ente gestore _____