



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

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

A FAR PARTE DI UNA LONG LIST DI ENTI DEL TERZO SETTORE DISPONIBILI A REALIZZARE PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD "NUOVE POVERTA'"

Il Distretto Socio Sanitario 19, fra le azioni individuate all'interno del Piano di Zona 2018/2019, ha previsto la realizzazione di interventi a favore di 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

I progetti, della durata di mesi sei, prevedono la scelta dell'Ente Gestore del Progetto da parte del beneficiario e l'emissione di voucher di servizio a copertura delle spese di realizzazione del progetto pari ad € 500.00 più il 20% per gli oneri di gestione e IVA al 5% se dovuta. Per ogni progetto semestrale sarà, pertanto, emesso un voucher dell'importo complessivo, IVA inclusa, di € 3780.00.

Nei confronti dei beneficiari si propone di attivare dei percorsi di tutoring, volti al superamento della difficoltà attraverso:

- * la risoluzione dell'emergenza abitativa per 6 mesi rinnovabile in caso di estrema necessità in gruppi appartamento
- * la presa in carico in sistemi di rete sociale che favoriscano l'inserimento lavorativo e/o la riqualificazione professionale,
- * il sostegno morale/psicologico e l'ausilio per le esigenze fondamentali di vita (sostegno alimentare, farmaceutico, ecc.)

In riferimento al progetto di cui sopra, il Distretto Socio Sanitario 19 intende costituire una long list di Enti del Terzo Settore che si pongano come ENTI GESTORI del Progetto personalizzato sviluppato a favore del beneficiario.

Gli Enti Gestori assumono a loro carico misure di carattere pratico come inserimento in gruppi appartamento, eventuale 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 percorsi di recupero scolastico, ecc, oltre che misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari.

L'immobile, arredi, ed attrezzature necessarie alla realizzazione del progetto dovranno essere garantite dall'Ente terzo, iscritto alla long list.

Il contributo è, secondo un elenco non esaustivo, volto a sostenere in quota parte le spese DI AFFITTO, SPESE DI UTENZA, SPESE PER ACQUISTO DI BENI DI PRIMA NECESSITA' (VESTITARIO, ALIMENTI ETC), SPESE DI CURA, rimborsi quali acquisto titoli di viaggio, buoni benzina etc..

Gli Enti del Terzo Settore interessati a fare parte della progettualità sopra descritta e pertanto ad essere iscritti alla relativa long list, dovranno fare pervenire al Distretto Socio Sanitario 19, a mezzo pec: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it, LA propria manifestazione di interesse ad essere iscritti alla long list e



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 partecipare alle progettualità a favore delle cd “Nuove Povertà”, compilando ed inviando la relativa istanza unitamente agli allegati ivi indicati.

Per l’iscrizione alla predetta long list occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

- 1) Iscrizione alla Camera di Commercio
- 2) Iscrizione all’albo del Terzo Settore o equivalente
- 3) assenza delle cause di incompatibilità di cui all’articolo 80 del d.lgs 50/2016
- 4) regolarità della posizione previdenziale ed assicurativa

Si da atto che tale avviso ha carattere aperto e sarà, pertanto possibile accedere all’iscrizione alle Long List anche dopo la scadenza prima prevista, a fronte della presentazione della documentazione richiesta

Il Distretto Socio Sanitario 19, verificata la sussistenza dei requisiti richiesti, provvederà, dopo la sottoscrizione per accettazione delle linee guida redatte da questo distretto a supporto del progetto, all’inserimento dell’Ente Richiedente nella relativa Long List.

L’iscrizione alla Long List non fa sorgere in capo all’Ente del Terzo Settore alcun diritto in esito all’affidamento di servizi da parte del Distretto Socio Sanitario 19, in quanto la presente procedura si realizza per il tramite dell’emissione di voucher di servizio a seguito di libera scelta dell’Ente Gestore da parte del beneficiario del progetto.

SONO DA CONSIDERARSI ALLEGATI ALLA PRESENTE LO SCHEMA DI ISTANZA, L’AUTOCERTIFICAZIONE DA RENDERSI IN RIFERIMENTO AL POSSESSO DEI REQUISITI RICHIESTI, LE LINEE GUIDA EMANATE DAL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19.

Responsabile Unico del Procedimento
d.ssa M. Carrubba

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

**ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST DI ENTI DISPONIBILI
A REALIZZARE PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD "NUOVE POVERTA'"**

Soggetto Proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N. d'iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

Si dichiara disponibile a realizzare progetti di sostegno a favore delle cd "nuove povertà", come meglio definite nelle linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19, e a tal fine

CHIEDE

L'iscrizione alla long list degli Enti Gestori dei progetti a favore delle cd "Nuove Povertà", di cui al Piano di Zona 2018/2019

A tal fine dichiara che:

può assicurare ai beneficiari la fruizione di idonea soluzione alloggiativa, anche in gruppi appartamento, comprensiva di utenze di luce ed acqua, in strutture che garantiscono 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. In particolare comunica che la/le struttura/e abitative da mettere a disposizione sono le seguenti:

1) Tipologia (gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) _____ -



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

Indirizzo: Via _____ n. _____ Comune di _____

N° POSTI LETTO DISPONIBILI _____, N° STANZE _____ N° SERVIZI COMUNI _____

N° SERVIZI IGIENICI _____.

2) Tipologia(gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) _____ -

Indirizzo: Via _____ n. _____ Comune di _____

N° POSTI LETTO DISPONIBILI _____, N° STANZE _____ N° SERVIZI COMUNI _____

N° SERVIZI IGIENICI _____.....

E' altresì disponibile ad attivare tali ulteriori servizi a favore del beneficiario, sempre nel limite del valore del voucher riconosciuto, nei seguenti ambiti:

TIPOLOGIA DI INTEVENTO	SI	NO
politiche attive di ricerca di una attività lavorativa		
strumenti volti al superamento del gap economico		
inserimento in liste di collocamento		
inserimento in corsi di formazione professionale		
spese per cure mediche		
sostegno alimentare		
riqualificazione professionale		
misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari		
Spese trasporto (biglietti mezzi pubblici/ buoni benzina, ecc.)		
Altro (specificare)		

A tal fine dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Gravina di Catania tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Dichiara altresì di prestare specifico consenso al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, nei limiti dell'oggetto della presente procedura



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 allegano alla presente certificazione sul possesso dei requisiti e documento di identità del legale rappresentante

Luogo Data _____

Timbro e Firma _____



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

PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD “NUOVE POVERTA’
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ (Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre
2000, n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____, Cap _____, in qualità di legale rappresentante
de _____

Con sede legale in _____,
via _____, P. IVA _____ al fine
di poter essere iscritto alla long list degli Enti Gestori chiamati a gestire progetti di sostegno a favore
delle cd “nuove povertà”, come da Piano di Zona 2018/2019 del Distretto Socio Sanitario 19

**Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di
dichiarazioni non veritiere**

DICHIARA

1. Di essere in regola con la normativa sulla salute e sulla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui art D. Lgs.n. 81/2008 e successive modifiche,
2. Di essere in regola con la normativa di cui alla l. 68/99 e successive modifiche;
3. Che l’azienda risulta regolarmente iscritta presso C.C.I.A.A al n _____.
4. Che l’azienda si trova nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e non si trova in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione attività;
5. Di essere in regola con l’applicazione del CCNL;
6. Di non essere destinataria di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l’applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 giugno 2001, n. 23;
7. Di essere in possesso dei requisiti di cui all’art. 80 D.Lgs. 50/2016;
8. Di essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC);
9. Di garantire che l’attività del tirocinante sia coerente con il piano formativo;



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

L'Azienda esprime il consenso previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003. N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento dei dati che la riguardano per le finalità istituzionali.

L'azienda dichiara inoltre di aver preso visione ed accettato le linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19 a regolamentazione della materia.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

N. B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Nel caso di delega, unire all'atto di delega, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante.



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

Oggetto: 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

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 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,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.



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

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, 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

Obiettivo generale del progetto, che per il Distretto Socio Sanitario 19 ha natura innovativa e sperimentale, 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, 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
- 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



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

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.

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:



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

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 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,con presentazione delle istanze presso i comuni di residenza, e successiva redazione di 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.

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. Tutte 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



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

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 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. Liquidare 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

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	Distretto socio sanitario 19 –Ufficio di Piano



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

Terzo settore	
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

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, 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	
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 _____ _____ _____ _____ _____	



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

_____)	
---------	--

* 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)*

ELEMENTO DI PRIORITA'	<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 sig./ra _____ le misure previste dal progetto di sostegno alle nuove povertà ed in particolare:



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

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 superare 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.

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

Con sede in _____ via _____

Data _____

In fede

Assistente Sociale Comunale dr./ssa _____

Referente Equipe multidisciplinare dr./ssa _____

Beneficiario sig./ra _____



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

**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 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)



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

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 _____

Referente Equipe Multidisciplinare _____

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