

UNIONE DEI COMUNI MONTANI
“ALTA VAL D’ARDA”
Provincia di Piacenza

.....

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA

.....

**OGGETTO: OGGETTO: LINEE GUIDA PER ATTUAZIONE PROGETTI RIABILITATIVI
RISOCIALIZZANTI INDIVIDUALI - APPROVAZIONE**

L’anno **Duemilasedici** questo giorno **Undici** del mese di **Febbraio** alle ore **18,30** convocata nei modi prescritti, la Giunta dell’Unione si è riunita nella Sala delle adunanze.

SONO PRESENTI I SIGNORI:

ROCCHETTA	IVANO	SINDACO DI CASTELL’ARQUATO
PAPAMARENGHI	JONATHAN	SINDACO DI LUGAGNANO VAL D’ARDA
CALESTANI	PAOLO	SINDACO DI MORFASSO
SIDOLI	GIUSEPPE	SINDACO DI VERNASCA

SONO ASSENTI I SIGNORI:

=====

Partecipa il Segretario dell’Unione **Dr. ssa Laura Ravecchi**

Il geom. Ivano Rocchetta, nella sua qualità di **Presidente dell’Unione**, assume la Presidenza e constatata la legalità della adunanza invita i convenuti a deliberare sull’argomento sopra indicato.

LA GIUNTA DELL'UNIONE

VISTA la deliberazione del Consiglio dell'Unione dei Comuni "Alta Val d'Arda" n. 15 del 30.11.2015 avente per oggetto "Preso d'atto del conferimento all'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" delle funzioni di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali";

RICHIAMATA la Legge Regionale 17/2005 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro";

VISTA la propria deliberazione n. 5 adottata in questa stessa seduta in materia di tirocini formativi;

RITENUTO

-di garantire pari opportunità anche a soggetti che non risultano essere in possesso dei requisiti minimi per l'accesso ai tirocini formativi come previsto dalla L.R. 17/2005 (titolo di studio e iscrizione presso il centro dell'impiego), approvando le Linee guida per l'attuazione di progetti riabilitativi risocializzanti individuali;

-di dare continuità a tutti quei progetti riabilitativi risocializzanti individuali già avviati in precedenza dall'Az. Usl in quanto oggetto di materia delegata;

VISTE le Linee guida per l'attuazione di progetti riabilitativi risocializzanti individuali, di seguito allegate per farne parte integrante e sostanziale;

Acquisito il parere favorevole di regolarità tecnica del Segretario Comunale ed il parere di regolarità contabile del Responsabile del settore ragioneria, in conformità all'art. 49 TUEL;

Con voti unanimi e favorevoli espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) Di approvare per le motivazioni esposte in premessa le Linee guida per l'attuazione di progetti riabilitativi risocializzanti individuali, di seguito allegata per farne parte integrante e sostanziale;
- 2) Di dare atto che gli oneri relativi alla copertura assicurativa per la responsabilità civile sono a carico dell'Unione dei Comuni Montani Alta Val d'Arda, quale soggetto promotore;
- 3) Di demandare il Responsabile del Servizio sociale dell'Unione il perfezionamento degli atti conseguenti alla presente deliberazione;
- 4) Di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, data l'urgenza, ai sensi dell'art.134-IV comma del D.Lgs. n. 267 del 18.8.2000.



COMUNE DI
CASTELL'ARQUATO



COMUNE DI
LUGAGNANO VAL
D'ARDA



COMUNE DI MORFASSO



COMUNE DI VERNASCA

UNIONE DEI COMUNI MONTANI
"ALTA VAL D'ARDA"
Provincia di Piacenza

LINEE GUIDA PER
ATTUAZIONE DI
PROGETTI RIABILITATIVI
RISOCIALIZZANTI
INDIVIDUALI

Art. 1 - Ambito di applicazione.

Il presente documento definisce gli aspetti organizzativi e funzionali per l'applicazione di Progetti Riabilitativi Risocializzanti Individuali (di seguito PRRI), per i Comuni che costituiscono l'Unione Montana "Alta Val d'Arda" – Provincia di Piacenza, ovvero il Comune di Castell'Arquato, il Comune di Lugagnano Val d'Arda, il Comune di Morfasso ed il Comune di Vernasca.

Art. 2 – Finalità.

I progetti di cui all'art. 1 sono servizi finalizzati all'integrazione di soggetti disabili e/o con fragilità fisica/mentale sul territorio attraverso inserimenti socio-occupazionali.

I PRRI possono essere a titolo gratuito o prevedere un riconoscimento economico e possono essere effettuati presso associazioni di volontariato individuate tramite la Convenzione tra l'Unione Alta Val d'Arda e gli Enti che sono provvisti del Registro del Volontario come previsto dalla normativa regionale (DGR 521/1998 e s.m.i.).

Art. 3 – Destinatari

I destinatari dei PRRI sono persone disabili e/o con fragilità fisica/mentale che presentino le seguenti caratteristiche:

1. Assenza dei requisiti minimi per l'accesso ai tirocini formativi di tipo C e D, come previsto dalla L.R. n. 17 del 1 agosto 2005 agli artt. 24 e 26 e s.m.i. e dalla L.R. n. 14 del 30 luglio 2015 (assenza del titolo di studio - impossibilità all'iscrizione presso il Centro per l'Impiego ecc.);
2. Età compresa tra i 18 ed i 65 anni (fino a 67 anni per gli ex-lavoratori autonomi);
3. Residenza nel territorio a cui afferisce l'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" per progetti con (o senza) riconoscimento economico;
4. Valore dell'ISEE ordinario, calcolato in base a quanto previsto dal DPCM del 5 dicembre 2013 n. 159, non superiore ad €. 10.000

Art. 4 – Ammissione

La richiesta di ammissione viene formulata dall'assistente sociale referente per ambito d'intervento (soggetto proponente) e dall'educatore professionale di riferimento (Mod.A), contestualmente alla stesura di un Progetto Formativo Individualizzato (Mod. B) e alla presentazione dell'assicurazione da parte del soggetto promotore.

Tale documentazione viene inoltrata al Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" per la valutazione delle richieste.

I progetti potranno essere attivati fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

L'esito della valutazione viene comunicato per iscritto, a firma del Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda", all'interessato o suo tutore, e al soggetto ospitante (Mod.C) contestualmente al Progetto Formativo Individuale sottoscritto.

Art.5 – Assenze

In caso di assenza (per malattia, vacanze, ecc), il beneficiario o suo tutore avvisa l'educatore di riferimento nominato dal soggetto erogatore del servizio che ne darà comunicazione al soggetto ospitante.

Art.6– Rinnovo

L'assistente sociale e l'educatore professionale, entro il 31 Dicembre di ogni anno, richiederanno al Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" il rinnovo del progetto, indicando eventuali variazioni rispetto all'esistente.

Art.7 - Sospensioni e ri-orientamento

Qualora i soggetti coinvolti nel progetto valutino che non sussistano le condizioni per la sua continuazione, il progetto viene sospeso.

L'assistente sociale referente per ambito d'intervento o l'educatore professionale comunicano tale sospensione al Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" e al soggetto ospitante (Mod. D). Gli operatori di riferimento valutano la possibilità di un nuovo progetto.

Art. 8 – Verifica

L'assistente sociale, in stretto collegamento con l'educatore, promuove momenti di verifica e di confronto con la famiglia e con i contesti individuati come ambiti socio-occupazionali e aggregativi. Oltre agli incontri sopraccitati, si prevedono almeno due incontri annuali tra gli operatori di riferimento ed il Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda", finalizzati al monitoraggio dei casi.

Art. 9 - Rapporti con le famiglie

Alle famiglie degli utenti sono offerti:

- Colloqui informativi e conoscitivi.

- Colloqui con diversi operatori (assistente sociale ed educatore di riferimento) finalizzati alla condivisione del progetto individualizzato relativo al proprio familiare.

Art. 10 - Riconoscimento economico

I PRRI, essendo progetti con finalità socio-educative e socio-occupazionali, prevedono una forma di riconoscimento economico simbolico variabile:

- La proposta dell'equipe referente di un riconoscimento economico mensile di euro 100,00 nel caso in cui l'utente presti regolarmente impegno fino a 10 ore settimanali, comprovato da firma di presenza (Mod. E);

- La proposta dell'equipe referente di un riconoscimento economico mensile di euro 200,00 nel caso in cui l'utente presti regolarmente impegno per un minimo di 11 ore settimanali, comprovato da firma di presenza.



COMUNE DI
CASTELL'ARQUATO



COMUNE DI LUGAGNANO
VAL D'ARDA



COMUNE DI MORFASSO



COMUNE DI VERNASCA

**UNIONE DEI COMUNI MONTANI
"ALTA VAL D'ARDA"
Provincia di Piacenza**

Mod. A

**PROPOSTA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DI PROGETTI RIABILITATIVI
RISOCIALIZZANTI INDIVIDUALIZZATI**

SOGGETTO RICHIEDENTE: COGNOME: _____ NOME: _____
 NATO/A IL _____ A _____ SESSO M [] F [] NAZIONALITA' _____
 CODICE FISCALE: _____
 RESIDENTE A: _____
 TELEFONO: _____
 INCARICO A: DISABILI SOCIALE [] SER.T SOCIALE LEVANTE [] CSM LEVANTE []

TIPOLOGIA DI INTERVENTO:
 SOCIALIZZAZIONE / RISOCIALIZZAZIONE
 PERIODO DI OSSERVAZIONE / CONOSCENZA PROPEDEUTICO ALL'INSERIMENTO IN PROGETTI

 Contributo mensile € _____ dal _____ al _____

totale: _____

LIQUIDARE A :
 COGNOME: _____ NOME: _____
 NATO/A IL _____ A _____ SESSO M [] F [] NAZIONALITA' _____
 CODICE FISCALE: _____
 RESIDENTE A: _____
 TELEFONO: _____

Data _____

Assistente Sociale Responsabile del Caso

 Educatore Professionale

Approvato

Approvato alle seguenti condizioni: _____

non approvato per le seguenti motivazioni: _____

Data _____

**Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei
Comuni Montani "Alta Val d'Arda**



COMUNE DI
CASTELL'ARQUATO



COMUNE DI
LUGAGNANO VAL
D'ARDA



COMUNE DI MORFASSO



COMUNE DI VERNASCA

**UNIONE DEI COMUNI MONTANI
“ALTA VAL D’ARDA”
Provincia di Piacenza**

Mod. B

PROGETTO RIABILITATIVO RISOCIALIZZANTE INDIVIDUALIZZATO

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

IN CARICO A _____

OPERATORI REFERENTI _____

DATI ANAGRAFICI

LUOGO DI NASCITA : _____

RESIDENZA (VIA, N°): _____

COMUNE DI RESIDENZA: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO PERSONALE: _____

TELEFONO CASA: _____

INVALIDITA' CIVILE SI [] % _____ NO []

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO SI [] NO []

TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

Nome e Cognome _____

Telefono _____

SITUAZIONE FAMILIARE e ABITATIVA

NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	TIPO DI REDDITO _____ IMPORTO	CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

Permanenza c/o: a) Famiglia d'origine
 b) in Struttura
 c) abitazione di residenza
 d) altro

Durata e tempi

L'intervento avrà durata dal _____ al _____

La presenza del sig./ra _____ per lo svolgimento delle attività del progetto presso il soggetto ospitante sono previste nei seguenti orari: dalle ore _____ alle ore _____
dal _____ al _____

Descrizione attività:

- Contributo proposto: SI NO

Periodicità di erogazione: mensile € _____ dal _____ al _____

una tantum € _____ unica soluzione

una tantum € _____

periodo _____ dal _____ al _____

MONITORAGGIO

★ Operatore di riferimento Servizio
inviante _____ tel _____

Soggetto
ospitante _____ tel _____

Modalità _____ di _____ realizzazione _____ del

monitoraggio: _____

Periodicità _____ delle _____ attività _____ di
monitoraggio: _____

★ Verifica in itinere

Data _____ Luogo _____

Note (osservazioni, modifiche, punti di forza, di debolezza ecc....)

★ Verifica finale:

Data _____ Luogo _____

Note (osservazioni, modifiche, punti di forza, di debolezza ecc....)

★ Esito

FIRMA

UTENTE

PER

ACCETTAZIONE

FIRMA OPERATORE RESPONSABILE DEL CASO

DATA _____

VISTO:

SI

AUTORIZZA

DATA _____



COMUNE DI
CASTELL'ARQUATO



COMUNE DI
LUGAGNANO VAL
D'ARDA



COMUNE DI MORFASSO



COMUNE DI VERNASCA

**UNIONE DEI COMUNI MONTANI
"ALTA VAL D'ARDA"
Provincia di Piacenza**

Mod. C

Al Beneficiario/Tutore

Sig./ra _____

Al Rappresentante Legale

Del Soggetto Ospitante (Ditta/Ente/Azienda)

Al Comune di Residenza

Oggetto: Attivazione di un Progetto Riabilitativo Risocializzante Individualizzato

In riferimento alla richiesta di attivazione di un Progetto Riabilitativo Risocializzante Individualizzato (PRRI) presentata per il/la sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ si comunica che il Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" ha espresso parere favorevole circa l'inserimento presso la struttura _____, attivando un Progetto Riabilitativo Risocializzante Individualizzato di cui si trasmette copia in allegato, come definito dal "Regolamento Progetti Riabilitativi Risocializzanti Individualizzati" approvato dal Consiglio dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda" in data _____ con deliberazione n. ____.

Si richiede inoltre al Soggetto Ospitante/Soggetto proponente di provvedere alla copertura assicurativa del/la Sig./ra _____.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono Distinti saluti.

**Responsabile del Servizio Sociale Territoriale dell'Unione
dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda"**



COMUNE DI
CASTELL'ARQUATO



COMUNE DI
LUGAGNANO VAL
D'ARDA



COMUNE DI MORFASSO



COMUNE DI VERNASCA

**UNIONE DEI COMUNI MONTANI
"ALTA VAL D'ARDA"
Provincia di Piacenza**

Mod. D

**Al Responsabile del Servizio Sociale Territoriale
dell'Unione dei Comuni Montani "Alta Val d'Arda"**

**Al Rappresentante Legale
Del Soggetto Ospitante (Ditta/Ente/Azienda)**

Oggetto: Sospensione dal PRRI e contestuale cessazione copertura assicurativa INAIL

Con la presente si informa che il Progetto Riabilitativo e Risocializzante Individualizzato, attivato in data _____ in favore del/la signor/a _____

Nato/a a _____ il _____, inserito/a presso l'Azienda/Ente (soggetto ospitante) _____ di _____ è stato sospeso in data _____.

Pertanto, con decorrenza immediata, si invitano le parti a volere sospendere il pagamento dell'assicurazione INAIL in corso.

Distinti saluti

Data _____

L'Operatore referente



COMUNE DI
CASTELL'ARQUATO



COMUNE DI
LUGAGNANO VAL
D'ARDA



COMUNE DI MORFASSO



COMUNE DI VERNASCA

UNIONE DEI COMUNI MONTANI "ALTA VAL D'ARDA"
Provincia di Piacenza

FOGLIO PRESENZE TIROCINIO FORMATIVO

Cognome e Nome.....

Tirocinio formativo presso:.....

MESE DI

Indicare con una FIRMA le giornate di presenza

1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
		31	

	GIORNI DI PRESENZA PREVISTI NEL MESE		GIORNI DI PRESENZA EFFETTIVA NEL MESE
--	---	--	--

FIRMA DEL TIROCINANTE

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE ENTE OSPITANTE

FIRMA DEL TUTOR DI TIROCINIO ENTE PROMOTORE.....

**OGGETTO: OGGETTO: LINEE GUIDA PER ATTUAZIONE PROGETTI RIABILITATIVI
RISOCIALIZZANTI INDIVIDUALI - APPROVAZIONE**

PARERE FAVOREVOLE DI REGOLARITA' TECNICA AI SENSI DELL'ART. 49 DEL
DECRETO LEGISLATIVO 18.08.2000, N. 267:

CASTELL'ARQUATO, 11.02.2016

IL SEGRETARIO DELL'UNIONE
DR.SSA LAURA RAVECCHI

PARERE FAVOREVOLE DI REGOLARITA' CONTABILE AI SENSI DELL'ART. 49 DEL
DECRETO LEGISLATIVO 18.08.2000, N. 267:

CASTELL'ARQUATO, 11.02.2016

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
FINANZIARIO
RAG. CARLA CANTARELLI

**UNIONE DEI COMUNI MONTANI ALTA VAL D'ARDA
PROVINCIA DI PIACENZA**

Deliberazione G.U. n. 5 del 11.02.2016

IL PRESIDENTE
GEOM. IVANO ROCCHETTA

IL SEGRETARIO
DR.SSA LAURA RAVECCHI

REFERTO DI PUBBLICAZIONE
(art. 124 comma 2 del D.Lgs. 267/2000)

Si certifica che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio Informatico del Comune di Castell'Arquato, visibile sul sito www.comune.castellarquato.pc.it – Sezione "Albo Pretorio On-Line" di Gazzetta Amministrativa - per 15 giorni consecutivi, a decorrere dal: **17.04.2016**

Addi **16.04.2016**

L'addetto al servizio
Istruttore Direttivo del Comune di
Castell'Arquato
- Marzia Antonioni -

ATTESTAZIONE DI ESECUTIVITA'
(art. 134 comma 3° D.Lgs. 267/2000)

La sottoscritta, visti gli atti d'ufficio,

ATTESTA

che la presente deliberazione diverrà **ESECUTIVA** decorsi 10 giorni dalla pubblicazione.

Addi **16.04.2016**

L'addetto al servizio
Istruttore Direttivo del Comune di
Castell'Arquato
- Marzia Antonioni -
