



Regione Liguria – Giunta Regionale

Oggetto	Approvazione modulistica per i percorsi di inclusione sociale di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 283/2017 e n. 513/2024
Tipo Atto	Decreto del Dirigente
Struttura Proponente	Settore Politiche sociali, terzo settore, immigrazione e pari opportunità
Dipartimento Competente	Direzione generale di area Salute e servizi sociali
Soggetto Emanante	Maria Luisa GALLINOTTI
Responsabile Procedimento	Fabrizia FOIS
Dirigente Responsabile	Maria Luisa GALLINOTTI

Atto rientrante nei provvedimenti di cui alla lett.E punto 1 dell'allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 1166/2023

Elementi di corredo all'Atto:

- Allegati, che ne sono parte integrante e necessaria
-

IL DIRIGENTE

Richiamati:

- la legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);
- la legge 24 maggio 2006, n.12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari);
- l'accordo tra Governo e Regioni 22 gennaio 2015 (Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione");
- la deliberazione del Consiglio Regionale 21 febbraio 2024, n.7 (Piano Sociale Integrato Regionale 2024-2026, ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 24 maggio 2006, n.12 (promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari);
- la deliberazione della Giunta Regionale 7 aprile 2017, n.283 (Approvazione "Linee di indirizzo regionali per i percorsi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione");
- la deliberazione della Giunta Regionale 23 maggio 2024, n.513 (Approvazione indicazioni operative inerenti i percorsi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione di cui alle linee di indirizzo regionali approvate con dgr 283/2017);
- il decreto del Dirigente 20 aprile 2017, n.1810 (Approvazione modulistica progetto personalizzato individuale e convenzione di cui alle "Linee di indirizzo regionali per i percorsi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione"- Dgr 283/2017);

Vista in particolare la richiamata Dgr 513/2024 con la quale si è provveduto, tra l'altro, a:

- approvare l'allegato 1 – quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento – contenente le indicazioni operative sui temi delle Comunicazioni Obbligatorie e sulle modalità di collaborazione tra i servizi pubblici e i soggetti del Terzo Settore nella presa in carico dei destinatari dei percorsi di inclusione;
- integrare, conseguentemente dalla data di approvazione del presente provvedimento, l'allegato A della citata Deliberazione della Giunta Regionale n. 283/2017 – i cui contenuti sono da considerarsi tuttora vigenti – con l'allegato 1 di cui al punto precedente, al fine di rendere uniformi per tutto il territorio regionale la compilazione delle Comunicazioni Obbligatorie e le procedure previste dall'art.6 della sopracitata deliberazione n. 283/2017;
- rinviare a successivo provvedimento del Dirigente l'aggiornamento della modulistica – approvata con Decreto del Dirigente n. 1810/2017 – relativa al progetto personalizzato individuale e alla convenzione previsti rispettivamente dagli articoli 12 e 13 delle sopracitate linee di indirizzo ex D.G.R. n. 283/2017 anche alla luce delle indicazioni operative di cui all'allegato 1 al presente provvedimento;

Valutato, pertanto, necessario aggiornare la modulistica – approvata con Decreto del Dirigente n. 1810/2017 – relativa al progetto personalizzato individuale e alla convenzione previsti rispettivamente dagli articoli 12 e 13 delle sopracitate linee di indirizzo ex D.G.R. n. 283/2017 anche alla luce delle indicazioni operative di cui all'allegato 1 al presente provvedimento;

Ritenuto conseguentemente necessario:

- approvare la “Modulistica” di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- disporre che il presente decreto e l'unito allegato 1) sostituiscano integralmente il proprio decreto n. 1810/2017 e gli allegati A) e B) dello stesso a far data dall'approvazione del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non derivano oneri per il bilancio regionale;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che si intendono integralmente richiamate

1. **di approvare** la “Modulistica” di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di disporre** che il presente decreto e l'unito allegato 1) sostituiscano integralmente il proprio decreto n. 1810/2017 e gli allegati A) e B) dello stesso a far data dall'approvazione del presente provvedimento;
3. **di dare atto** dal presente provvedimento non derivano oneri per il bilancio regionale;
4. **di dare atto** che il presente provvedimento verrà pubblicato sul sito www.regione.liguria.it;

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale per la Liguria entro 60 giorni o, alternativamente, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla sua notifica, comunicazione o pubblicazione.

Carta intestata del soggetto pubblico deputato alla presa in carico

Percorsi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione

Progetto personalizzato individuale di cui alla convenzione n. ____ del _____

Anagrafica:

Destinatario

Nome _____ Cognome _____ (M/F) nato a _____ il _____, residente a _____ (____) in Via/Piazza _____ n. _____, Domicilio ¹ _____ Codice fiscale _____ Telefono _____ E-mail _____ Permesso di soggiorno n. ² _____ data rilascio _____ data scadenza _____ Eventuale richiesta di rinnovo _____ Motivazione ³ _____ Iscritto alle liste di cui alla L. 68/99 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ⁴ <i>Eventuale contatto di riferimento:</i> Nome e Cognome _____ in qualità di _____ Recapiti _____
--

Soggetto pubblico deputato alla presa in carico:

Denominazione _____ con sede in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____, rappresentato da _____ in qualità di _____ <i>Operatore referente:</i> Nome e cognome _____ telefono _____ email _____ <i>Eventuale altro soggetto che collabora con il soggetto pubblico</i> Denominazione _____ con sede in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____, rappresentato da _____ in qualità di _____
--

¹ *Compilare solo se il domicilio è differente dalla residenza*

² *Compilare solo in caso di cittadini non appartenenti all'Unione Europea regolarmente soggiornanti in Italia*

³ *In tal caso, appena disponibile il permesso regolarizzato dovrà essere presentato in copia sia al soggetto promotore che al soggetto ospitante.*

⁴ *Compilare solo se utile alla definizione del progetto*

Operatore referente:

Nome e cognome _____ telefono _____
e-mail _____

Soggetto promotore⁵:

Denominazione _____ con sede
in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____,
Codice fiscale/P.IVA _____
rappresentato da _____ in qualità di _____

Soggetto ospitante:

Denominazione _____ con sede
in _____ (____) Via/Piazza _____ n. _____,
Codice fiscale/P.IVA _____
rappresentato da _____ in qualità di _____

Tutor individuato dal soggetto ospitante:

Nome e cognome _____ telefono _____
e-mail _____
Numero dipendenti ⁶ _____

Elementi descrittivi del percorso:

Tipologia di percorso⁷:

- percorso integrato di inclusione socio-lavorativa;
- percorso integrato di formazione in situazione;
- percorso integrato di socializzazione;
- percorso di inclusione sociale attiva.

Settore di attività economica del soggetto ospitante ([codice ATECO](#)) _____

Area professionale di riferimento dell'attività ([codice CP ISTAT](#)) _____

Mansione (come definita dal DVR - Documento Valutazione Rischi del soggetto ospitante)

Sorveglianza sanitaria prevista dal DVR per la mansione specifica

Sede prevalente di svolgimento dell'attività: _____

Eventuale altra sede di svolgimento dell'attività⁸ _____

Estremi delle polizze assicurative:

⁵ *Compilare solo se il Soggetto Promotore non coincide con il Soggetto pubblico deputato alla presa in carico*

⁶ *Indicare il numero di addetti in servizio al momento dell'attivazione del percorso, calcolato ai sensi dell'art. 27 del d.lgs. 81/2015*

⁷ *Selezionare una sola tipologia*

⁸ *Compilare solo laddove ne ricorre il caso*

INAIL _____
RCT _____

Durata del percorso e articolazione settimanale della presenza:

Data di inizio: _____ Data di fine: _____

Giorni e orari di presenza:⁹ _____

Ammontare del sussidio mensile erogato alla persona destinataria del progetto: _____

Eventuali rimborsi spese: _____

Note:¹⁰ _____

Modalità di svolgimento della formazione sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (indicare periodo di svolgimento e soggetto che lo attiva):

corso generale: _____;(allegare attestato)

corso specifico¹¹ _____;(allegare attestato)

Prescrizioni sull'utilizzo di eventuali Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) legate alla mansione definite dal DVR¹²

In caso di infortunio o malattia professionale occorre dare immediata comunicazione a _____ tramite _____

Specifiche del progetto personalizzato¹³:

Motivi dell'attivazione del percorso in relazione ai bisogni del destinatario:

Obiettivi del percorso:

Competenze da acquisire in riferimento agli obiettivi di inclusione sociale, autonomia della persona e riabilitazione:

⁹ Dettagliare il più possibile le fasce di presenza al fine di agevolare le attività di vigilanza e monitoraggio. Eventuali sostanziali modifiche a tale articolazione che dovessero intervenire successivamente all'attivazione del percorso dovranno essere concordate e condivise da tutti i soggetti interessati e sottoscritte e allegate al presente Progetto personalizzato con un documento integrativo.

¹⁰ Laddove necessario specificare modalità e natura dell'erogazione del sussidio ovvero dei rimborsi spese.

¹¹ A cura del soggetto ospitante

¹² Compilare solo laddove ne ricorre il caso

¹³ Nel caso di percorsi di lunga durata prestare la massima cura nella compilazione delle seguenti voci

Competenze di base e trasversali da acquisire:

Competenze tecnico professionali con eventuale indicazione della figura professionale di riferimento (repertorio regionale o nazionale):

Attività da svolgere:

Diritti e doveri dei soggetti coinvolti:¹⁴

Modalità e i tempi di verifica del percorso:

Letto, approvato e sottoscritto in data _____

<i>Destinatario percorso *</i>		<i>Eventuale tutore o amministratore di sostegno</i>	
<i>Soggetto promotore *</i>			
<i>Soggetto pubblico deputato alla presa in carico *</i>		<i>Operatore di riferimento *</i>	
<i>Soggetto ospitante *</i>		<i>Tutor aziendale *</i>	
<i>Eventuale altro Soggetto che collabora con il soggetto pubblico</i>			

** le firme contrassegnate dall'asterisco sono obbligatorie*

Aggiungere specifico modello privacy in uso presso il soggetto deputato alla presa in carico da allegare al presente documento

¹⁴ *Laddove ritenuto opportuno è facoltà del Soggetto deputato alla presa in carico dettagliare tali diritti e doveri in apposito documento da allegare al presente Progetto personalizzato cui in questa voce si farà specifico riferimento.*

PROROGA DEL PROGETTO
(ove prevista)

Data di inizio: _____ Data di fine: _____

Motivi della proroga del progetto:

Obiettivi:

Variazioni rispetto al progetto precedente¹⁵ _____

Letto, approvato e sottoscritto in data _____

<i>Destinatario percorso *</i>		<i>Eventuale tutore o amministratore di sostegno</i>	
<i>Soggetto promotore *</i>			
<i>Soggetto pubblico deputato alla presa in carico *</i>		<i>Operatore di riferimento *</i>	
<i>Soggetto ospitante *</i>		<i>Tutor aziendale *</i>	
<i>Eventuale altro Soggetto che collabora con il soggetto pubblico</i>			

¹⁵ Indicare eventuali variazioni delle voci "Elementi descrittivi del percorso" e "Specifiche del progetto personalizzato"

Carta intestata del soggetto promotore

Percorsi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione

Convenzione n. _____ del _____

(Indirizzo) _____ (Telefono) _____

In qualità di soggetto promotore

Rappresentato da _____

(Indirizzo) _____ (Telefono) _____

In qualità di soggetto pubblico deputato alla presa in carico

Rappresentato da _____

In qualità di _____

¹⁶Laddove il soggetto pubblico deputato alla presa in carico si avvalga della collaborazione di enti di Terzo Settore per queste specifiche funzioni indicare anche:

(Eventuale altro Soggetto che collabora con il soggetto pubblico)

Indirizzo _____ Telefono _____

Rappresentato da _____

In qualità di _____

e

Ragione sociale: _____

Codice Fiscale/P.IVA: _____

Sede legale (indirizzo, telefono, fax, e-mail) _____

In qualità di soggetto ospitante

Rappresentato da _____

In qualità di _____

- vista la Legge Regionale n. 12/2006 "Promozione del Sistema Integrato dei Servizi Sociali e Socio Sanitari";
- visto il Piano Sociale Integrato Regionale 2024/2026 (PSIR), approvato con Deliberazione di Consiglio Regionale n.7 del 2024,
- viste le linee guida nazionali in materia di "Tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione", approvate con l'accordo Stato Regioni del 22/01/2015 e recepite dalla Regione Liguria con dgr 895 del 07/08/2015;

¹⁶ Compilare solo laddove ne ricorre il caso

- vista la d.G.R. 283 del 07/04/2017 ad oggetto “Approvazione Linee di indirizzo regionali per i percorsi finalizzati all’inclusione sociale, all’autonomia delle persone e alla riabilitazione”;

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

1. Modalità di attuazione del/dei progetto/i personalizzato/i individuale/i

Il soggetto ospitante fornisce la propria disponibilità ad ospitare presso la/le sede/i operative di _____ fino ad un massimo di n. _____ percorsi di recupero di cui alla d.G.R. n. 283/2017 fra le seguenti tipologie:

- percorsi integrati di inclusione socio-lavorativa;
- percorsi integrati di formazione in situazione;
- percorsi integrati di socializzazione;
- percorsi di inclusione sociale attiva.

I suddetti percorsi si svolgeranno nel rispetto di progetti personalizzati, predisposti dal soggetto deputato alla presa in carico in collaborazione con il soggetto ospitante, che definiscono le modalità specifiche di inserimento dei singoli destinatari e sono condivisi e controfirmati da tutte le parti interessate.

I percorsi di cui alla presente convenzione non si configurano come rapporti di lavoro subordinato.

L’area di inserimento, le attività svolte, l’orario e la durata effettiva specificati nei progetti personalizzati potranno essere modificati solo previa decisione concorde delle parti, in relazione alle verifiche sull’andamento del percorso. Ogni modifica rilevante al progetto (es. sede, mansione, monte ore) dovrà essere sottoscritta dai soggetti coinvolti.

2. Obblighi delle parti

Il soggetto ospitante si impegna a:

- accogliere presso le proprie strutture la persona, mettendo a disposizione le risorse necessarie alla realizzazione del percorso con le modalità e i termini stabiliti nel/nei Progetto/i Individual/i, allegato/i alla presente convenzione;
- designare un tutor (di cui saranno indicati nei progetti individuali nominativo e recapiti) con funzioni di affiancamento, che condivide il progetto e affianca la persona ospitata all’interno del contesto operativo, dando tempestiva comunicazione all’operatore di riferimento in caso di eventuali criticità;
- dare tempestiva comunicazione all’operatore di riferimento in caso di eventuali infortuni occorsi al destinatario;
- garantire il supporto necessario per la realizzazione del progetto, assicurando condizioni di benessere e sicurezza;
- non apportare modifiche al progetto, se non preventivamente concordate con il soggetto deputato alla presa in carico;
- non corrispondere alcun valore in denaro o in natura al destinatario dell’intervento, neppure su richiesta di questi;
- dare preventiva comunicazione all’operatore di riferimento rispetto all’eventuale corresponsione di donativi di modico valore, comunque non correlati all’attività svolta, affinché sia verificata la compatibilità con il progetto individuale.

- attivare copertura assicurativa INAIL e curare le relative comunicazioni ed adempimenti;*
- attivare copertura assicurativa R.C.T. e curare le relative comunicazioni ed adempimenti;*

- effettuare le comunicazioni obbligatorie di avvio, proroga e cessazione previste dalla vigente normativa;*
- garantire la formazione di base ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro attraverso _____;*
- garantire la formazione specialistica ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro attraverso _____;*
- garantire la fornitura di eventuali dispositivi di protezione individuale previsti;*
- garantire ai sensi del D. Lgs.81/08, l'effettuazione della sorveglianza sanitaria prevista dal DVR;*
- garantire l'erogazione di un eventuale sussidio all'interessato secondo quanto previsto nel progetto personalizzato (solo se soggetto pubblico)*

Il soggetto pubblico deputato alla presa in carico si impegna a: *(nel caso di collaborazione con altro soggetto specificare quali funzioni saranno svolte da quest'ultimo, che dovrà essere incluso tra i firmatari della convenzione)*

- predisporre il progetto personalizzato individuale in collaborazione con gli altri soggetti coinvolti;
- designare un operatore di riferimento (di cui saranno indicati nei progetti individuali nominativo e recapiti) per ogni singolo percorso, che svolge le seguenti funzioni:
 - garantire i rapporti e la comunicazione tra le parti;
 - coordinare l'organizzazione del percorso e il monitoraggio dello stesso;
 - condividere con il soggetto ospitante il progetto personalizzato;
 - individuare le modalità più idonee per assicurare condizioni di benessere e sicurezza nello svolgimento del progetto, compatibilmente con le caratteristiche ed i bisogni del destinatario del percorso risultanti dalla valutazione sociale e/o sociosanitaria, in relazione con il contesto ambientale;
 - favorire l'eventuale raccordo con il Centro per l'Impiego laddove al termine del progetto personalizzato si prevedano percorsi occupazionali.

- garantire l'erogazione di un eventuale sussidio all'interessato secondo quanto previsto nel progetto personalizzato*
- garantire la formazione di base ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro attraverso _____;*

Il soggetto promotore si impegna a:

- contribuire al monitoraggio dei percorsi.
- effettuare le comunicazioni obbligatorie di avvio, proroga e cessazione previste dalla vigente normativa (su delega del soggetto ospitante)*
- attivare copertura assicurativa INAIL e curare le relative comunicazioni ed adempimenti;*
- attivare copertura assicurativa R.C.T. e curare le relative comunicazioni ed adempimenti;*
- garantire la formazione di base ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro attraverso _____*
- garantire la formazione specialistica ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro attraverso _____*
- garantire l'erogazione di un eventuale sussidio all'interessato secondo quanto previsto nel progetto personalizzato*
- garantire la fornitura di eventuali dispositivi di protezione individuale previsti*

Le Parti si impegnano a non divulgare all'esterno dati, notizie, informazioni di carattere riservato eventualmente acquisite a seguito e in relazione alle attività oggetto della Convenzione.

3. Fonti di finanziamento

Gli oneri economici derivanti dalla presente convenzione sono così ripartiti:

	<i>Soggetto promotore</i>	<i>Soggetto pubblico deputato alla presa in carico</i>	<i>Eventuale altro soggetto che collabora con il soggetto pubblico</i>	<i>Soggetto ospitante</i>
<i>Spese copertura assicurativa INAIL</i>				
<i>Spese copertura assicurativa R.C.T.</i>				
<i>Spese per la formazione di base ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro</i>				
<i>Spese per la formazione specialistica ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza sul lavoro</i>				
<i>Spese per il sussidio economico all'interessato</i>				
<i>Spese per fornitura di eventuali dispositivi di protezione individuale previsti</i>				
<i>Altre spese</i>				

4. Durata

La presente convenzione ha validità dal _____ al _____ e può essere disdetta anticipatamente, previa comunicazione formale tra le parti interessate, nell'eventualità in cui non vengano rispettati gli impegni previsti o vengano a mancare le condizioni necessarie a svolgere le attività oggetto della stessa.

Letto, approvato e sottoscritto in data _____

<i>Soggetto promotore</i>	
<i>Soggetto pubblico deputato alla presa in carico</i>	

<i>Eventuale altro Soggetto che collabora con il soggetto pubblico¹⁷</i>	
<i>Soggetto ospitante</i>	

¹⁷ Solo laddove ricorre il caso

Identificativo atto: 2024-AM-3890

Area tematica: Salute, Sociale, Sicurezza e Pari Opportunità > Politiche Sociali e Servizi alla Persona ,

Iter di approvazione del decreto

Compito	Assegnatario	Note	In sostituzione di	Data di completamento
*Approvazione soggetto emanante (regolarità amministrativa, tecnica)	Maria Luisa GALLINOTTI		-	29-05-2024 10:04
*Approvazione Dirigente (regolarità amministrativa, tecnica e contabile)	Maria Luisa GALLINOTTI		-	29-05-2024 10:04
*Validazione Responsabile procedimento (Istruttoria)	Fabrizia FOIS		-	28-05-2024 15:00

L'apposizione dei precedenti visti attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile dell'atto sotto il profilo della legittimità nell'ambito delle rispettive competenze

Trasmissione provvedimento:

Sito web della Regione Liguria