***SCHEDA PROGETTUALE***

**PARTE A**

**PRESENTAZIONE COMPLESSIVA DEGLI INTERVENTI E DEL PARTENARIATO**

**(DA COMPILARE A CURA DELL’ ENTE)**

**TITOLO DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
|  |

* È un progetto in continuità

**TITOLO DEL PROGETTO**

**Ente capofila del progetto CHE SVOLGERA’ IL RUOLO DI HUB**

|  |
| --- |
|  |

# ESPERIENZA DEL SOGGETTO CAPOFILA (allegare carta dei servizi se presente e/o curriculum ente)

|  |
| --- |
|  |

**RESPONSABILE DELL’ATTUAZIONE DEL PROGETTO**

|  |
| --- |
| Nome e Cognome:  Indirizzo e-mail:  Telefono: |

**DESCRIZIONE DELL’ASSETTO ORGANIZZATIVO**

*Descrivere la governance multilivello secondo il modello Hub e Spoke previsto dalla DGR n. 4431 del 26/05/2025evidenziando ruoli, compiti, modalità di raccordo e dislocazione territoriale dei soggetti della rete con l’indicazione degli orari di apertura considerando le 18 ore settimanali indicate in DGR.* ***Nel caso l’apertura sia coperta a livello di rete, indicare la modalità organizzativa.***

# DURATA DEL PROGETTO

|  |
| --- |
| Data di avvio *gg/mm/aa* e data di conclusione *gg/mm/aa* |

**PARTE B**

# PROPOSTA PROGETTUALE

**ANALISI DEL TERRITORIO E DEL FABBISOGNO DELLE FAMIGLIE RILEVATO**

|  |
| --- |
|  |

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL’ASSETTO GESTIONALE E DEI SERVIZI OFFERTI**

*Descrivere gli interventi previsti dalla rete distinguendo il ruolo dell’Hub e di tutti gli Spoke evidenziando e descrivendo le modalità attuative per i servizi di base e per quelli integrativi. Descrivere, inoltre,* *le metodologie di intervento e l’organizzazione delle attività (es. orari di apertura, numero e tipologia di personale impiegato, struttura, …) secondo le indicazioni della DGR 4431/2025. In particolare, nella descrizione dei servizi integrativi, si chiede di indicare la tipologia ed il numero di destinatari a cui ci si rivolge. Si chiede di dettagliare anche le azioni che prevedono un coinvolgimento attivo delle famiglie. Indicare se si prevede di richiedere ai destinatari delle attività una compartecipazione economica.*

**Attività dell’Hub**: descrivere gli interventi dell’Hub con particolare attenzione ai servizi base, al ruolo di coordinamento gestionale, alla gestione amministrativa e all’attività di formazione rivolta ai soggetti della rete. Indicare se svolge servizi integrativi e quali secondo lo schema sotto indicato. Esplicitare, inoltre, se sono presenti il coordinatore e il responsabile della funzione amministrativa con le caratteristiche previste dalla DGR. Precisare se è già presente una carta dei servizi e/o se è in corso di redazione.

**Attività degli Spoke**: per ogni Spoke presente si dovranno descrivere i servizi base svolti e i servizi integrativi e le attività ulteriori esplicitando le esigenze peculiari a cui si intende rispondere. Dovrà inoltre essere indicato il personale impiegato per lo svolgimento delle attività e se le attività prevedono collaborazioni strutturate con soggetti non in rete.

**Tipologia di attività**

* alfabetizzazione mediatica e digitale (art. 2 Riparto Fondo Famiglia 2024)
* prevenzione sostanze psicotrope (art. 2 Riparto Fondo Famiglia 2024)
* invecchiamento attivo (art. 2 Riparto Fondo Famiglia 2024)
* Informazione orientamento alle famiglie, ascolto di bisogni
* Competenze genitoriali (es. problemi educativo-relazionali con i figli, scolastici, di salute)
* Fasi di transizione vita familiare contrasti familiari e generazionali; lutti; separazioni conflittuali; vulnerabilità genitoriale
* Disagio minori, comportamenti a rischio, bullismo
* Supporto delle famiglie che vivono la problematica Hikikomori
* Conciliazione vita-lavoro
* Cittadinanza attiva/Empowerment
* Caregiver familiare ai sensi lr 23/22
* Povertà educativa
* Formazione aggiornamento operatori rete/insegnati
* Violenza maschile contro le donne
* Accesso alle misure di sostegno alle famiglie promosse da RL (es. Accanto)

**Tipologia di servizio**

* consulenza psico-pedagogica/homevisiting
* eventi formativi/informativi/per la cittadinanza
* incontri gruppo/auto mutuo aiuto/ascolto
* incontri intergenerazionali
* laboratorio
* parent coaching
* spazio accoglienza/socializzazione
* sportello informativo/orientamento/promozione/coordinamento

HUB o SPOKE (indicare quale dei due):

servizi base:

*Descrizione attività*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

Servizi integrativi:

*1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (titolo) – Codice identificativo*

*Descrizione attività (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

…………………

HUB o SPOKE (indicare quale dei due):

servizi base:

*Descrizione attività*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

Servizi integrativi:

*1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (titolo) – Codice identificativo*

*Descrizione (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)*

*Tipologia di attività (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tipologia di servizio (scegliere una tra le voci in elenco)*

*Tempistica di realizzazione*

*Obiettivo specifico e risultato atteso*

*N° e tipologia di personale impiegato*

*Ore di servizio totali*

*Partner coinvolti e budget ipotizzato*

*Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei famigliari o singoli)*

…………………

**PERSONALE DEDICATO** (descrivere i profili professionali individuati/l’attività di riferimento e se lavorano per hub, spoke o entrambi)

|  |
| --- |
|  |

**SEDI E MODALITA’ DI COMUNICAZIONE** (descrivere per ciascuna sede, specificando se Hub o spoke indirizzo, orari, telefono, mail, sito web e modalità di accesso da parte delle famiglie nel caso di spazi condivisi con altri servizi indicare le modalità di condivisione)

|  |
| --- |
|  |

**FASI DEL PROGETTO**

*Indicare per ciascuna fase del progetto: gli obiettivi, le attività (specificando se servizi di base o integrativi e, in tal caso inserire il numero indicato nella tabella precedente) previste ed i risultati corrispondenti (compilare una riga per ogni fase del progetto)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fase** | **Durata** | **Obiettivo** | **Attività previste** | **Risultati attesi** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**COMPOSIZIONE TAVOLO DI COORDINAMENTO DI PROGETTO** (dettagliare i componenti, i ruoli e il modello di funzionamento)

|  |
| --- |
|  |

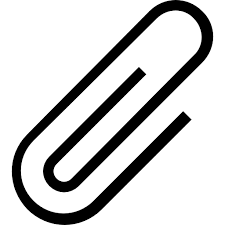
**INTEGRAZIONE DELLE AZIONI PROGETTUALI CON IL SISTEMA SOCIOSANITARIO, LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE, I PIANI DI CONCILIAZIONE, IL SISTEMA SCOLASTICO/EDUCATIVO E ALTRE RETI PRESENTI SUL TERRITORIO**

|  |
| --- |
|  |

**PRESENZA DI UNA SCHEDA PROGETTUALE PER LE FAMIGLIE**

□ Si

□ No

**Allegare un facsimile**

**STRUMENTI E INDICATORI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE ATTIVITA’**

|  |
| --- |
|  |

**Piano dei conti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***VOCI DI COSTO*** | ***IMPORTO*** | |
| **A** | *Costi del personale interno ed esterno* | *€* |
| ***B*** | *Altri costi (diretti diversi dal personale e indiretti)\** | *€* |
| ***C*** | **TOTALE CONTRIBUTO PUBBLICO** al massimo 70% del costo totale ammissibile | *€* [C=A+B] |
| ***D*** | Valorizzazione di personale già dipendente degli enti appartenenti alla rete impiegato nell’attuazione del progetto | *€* |
| ***E*** | Valorizzazione del lavoro volontario | *€* |
| ***F*** | Quota economica | *€* |
| ***G*** | **TOTALE COFINANZIAMENTO** del capofila e dei partner effettivi (almeno 30% del costo totale ammissibile) | *€* [G=D+E+F] |
| ***H*** | **TOTALE COSTO PROGETTO** | *€ [H=C+G]* |

\* Sono consentiti acquisti di beni/attrezzature fino ad un massimo del 20% del contributo regionale.

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato alla firma