***Format Relazione tecnica ANNUALE***

# Sezione A – Dati di sintesi del progetto

# TITOLO DEL PROGETTO

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

# DURATA DEL PROGETTO

|  |
| --- |
|   |

# RESPONSABILE DELL’ATTUAZIONE DEL PROGETTO

|  |
| --- |
|  |

# COMPOSIZIONE DEL PARTENARIATO (indicare la composizione solo se modificata rispetto alla scheda progettuale)

|  |
| --- |
|  |

# PERIODO DI RIFERIMENTO DELLA RELAZIONE

|  |
| --- |
| **Relazione semestrale****Data di avvio: 00/00/202x****Data della rendicontazione: 00/00/202x** |

**MODELLO DI INTEGRAZIONE**

|  |
| --- |
| *Indicare il modello di integrazione con il sistema sociosanitario, la programmazione territoriale, i piani di conciliazione, il sistema scolastico/educativo e altre reti presenti sul territorio.* |

# Sezione B –attività del progetto

# Implementazione del piano di lavoro

*Descrivere nel dettaglio le attività e gli interventi realizzate coerentemente con quanto previsto nel progetto approvato in particolare descrivere l’attività dell’Hub e degli Spoke indicando le metodologie di intervento, i luoghi di accesso e l’organizzazione delle attività (es. orari di apertura, numero e tipologia di personale impiegato, struttura, …). Per ciascuna attività si chiede di indicare la tipologia ed il numero di destinatari raggiunti. Si chiede di dettagliare anche le azioni che hanno previsto un coinvolgimento attivo delle famiglie.*

|  |
| --- |
| Attività realizzate, numero e tipologia di destinatari raggiunti e di personale coinvolto |
| *Descrivere l’assetto organizzativo, gestionale e i servizi realizzati con particolare attenzione all’equipe dedicata, agli spazi individuati e alle modalità di raccordo e integrazione sia interne alla rete che esterne***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 raggiunti (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 raggiunti (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 raggiunti (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 raggiunti (precisare se nuclei famigliari o singoli)* |

**RISULTATI RAGGIUNTI**

Descrivere brevemente i risultati raggiunti secondo il modello di monitoraggio evidenziando gli elementi di impatto sociale previsti nella scheda stessa:

Se fino ad ora le azioni/interventi realizzati:

* hanno sostenuto le responsabilità delle famiglie
* hanno coinvolto le famiglie in modo attivo e promuoverà la solidarietà tra le famiglie stesse.
* Hanno promosso la loro stabilità
* hanno sostenuto la ricomposizione dei ricomporre i bisogni e i compiti di tutti i componenti della famiglia
* hanno contribuito a ridurre le disparità tra le famiglie stesse

|  |
| --- |
|  |

# Principali problemi/difficolta’ nella realizzazione del PROGETTO

|  |
| --- |
|  |

# conclusioni (max. 1/2 pagina)

|  |
| --- |
|  |