

## 1. LA FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

### 1.1. La programmazione zonale nel distretto di Mirandola

Il Piano sociale e sanitario 2018/2020 rappresenta la quarta stagione di programmazione sociale e sanitaria del territorio, iniziata con l'elaborazione del primo Piano di Zona "sperimentale" 2002/2003, strumento di programmazione previsto dalla legge n. 328/2000 con lo scopo di identificare i bisogni dei cittadini di una determinata area territoriale, progettare interventi e servizi, ricostruire la mappa allargata delle fonti di finanziamento (entrate) e attraverso la costituzione del Fondo Sociale Locale, finalizzare la spesa agli obiettivi prioritari individuati nel piano.

#### 1° Piano di zona



Già l'immagine della copertina di quel primo piano dà conto del lungo percorso fatto da allora.

Il Piano di zona 2002/2003 è stato elaborato sotto l'egida dell'Associazione dei comuni, strumento istituzionale fondato da tutti i nove comuni del territorio, qualche anno prima, finalizzata alla gestione associata di una pluralità di

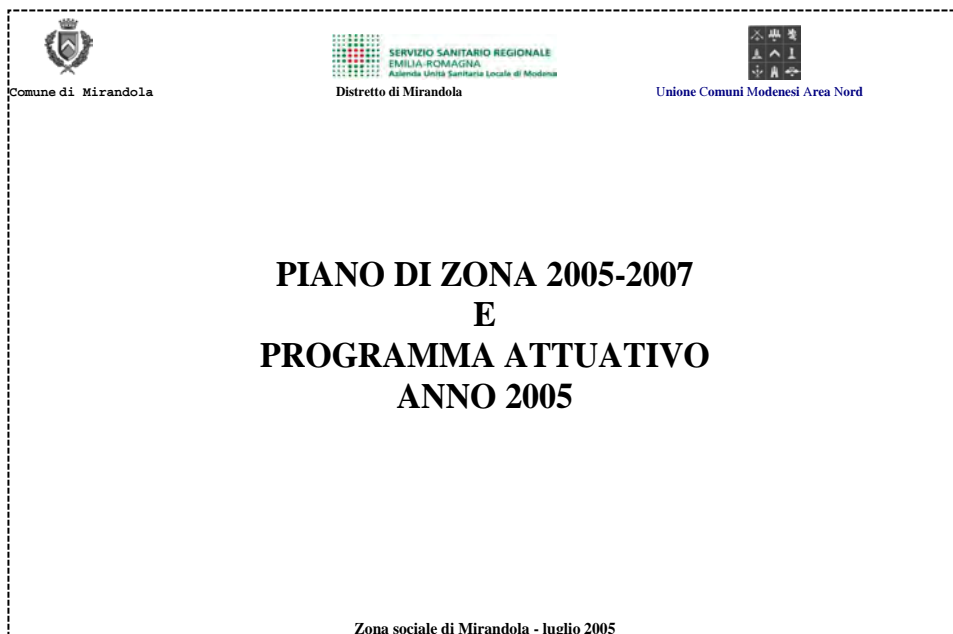
funzioni ed alla riorganizzazione dei servizi su scala intercomunale. L'elaborazione del piano è stato uno dei banchi di prova della volontà di collaborazione dei soggetti promotori e ha contribuito a identificare modalità operative comuni. L'Ufficio di Piano è stato uno dei primi servizi affidati all'Associazione dei comuni.

Tra le priorità delineate, quel primo Piano ha portato un'innovazione del Servizio sociale: l'affermazione della funzione degli Assistenti sociali quali "responsabili del caso", separando la funzione amministrativa del servizio sociale, affidata a responsabili amministrativi, da quella professionale specifica degli Assistenti sociali e consentito qualche nuova assunzione di Assistenti sociali per rinforzare i comuni che erano privi di questa figura.

Un secondo punto importante è stato ottenuto grazie alla rappresentazione unitaria del sistema di offerta dei servizi sociali presenti nel territorio utile agli amministratori ed ai tecnici del settore per rafforzare il legame tra i servizi gestiti dai comuni e quelli affidati in gestione all'Azienda USL, nel caso specifico il servizio tutela minori e disabili adulti, e ancora con i servizi offerti dalle strutture residenziali per anziani IPAB di Mirandola e IPAB A. Modena di San Felice. La comune visione ha permesso di sancire in modo più formale il sistema di coordinamento tra gli operatori per perseguire obiettivi di miglioramento che ha

portato ad esempio ad un rinnovamento dei servizi per anziani, in particolare ad una moderna organizzazione gestionale delle case protette.

## 2° Piano di zona



Il Piano 2005/2009 registra innovazioni nell'assetto della governance; sono anni di costruzione effettiva dell'Unione dopo la sua costituzione avvenuta con atto Rep. n. 25691 del 21 novembre. Sono conferiti da parte dei comuni diversi servizi e non solo di area sociale. Le innovazioni più significative della seconda stagione di programmazione 2005/2009 le ritroviamo citate nella

presentazione del Piano stesso: "Il presente documento rappresenta la seconda elaborazione del Piano di Zona relativo alla Zona/Distretto di Mirandola, dopo l'elaborazione sperimentale di tre anni fa e dei successivi Piani attuativi annuali. Con l'occasione riprendiamo alcune considerazioni in merito al Piano, ai requisiti necessari per la sua elaborazione e gestione ed alle sue molteplici valenze, cercando di evidenziare le ragioni che rendono oggi *lo strumento ancora più importante e decisivo per lo sviluppo del sistema integrato di servizi ed interventi sociali a livello zonale.*"

Nella presentazione si riafferma che il Piano è un sistema di coordinamento, come previsto dalla L.328/2000, per condividere obiettivi strategici e comuni priorità, ma anticipa una visione che sarà importante per gli anni a venire affermando che il fine della condivisione è *"ottenere un valore aggiunto di sistema che diversamente i singoli attori non potrebbero acquisire."*

E infatti subito dopo aggiunge che "... il salto di qualità da operare è che il Piano *oltre ad essere uno strumento di programmazione, diventi anche un strumento effettivo di gestione integrata, quale premessa fondamentale per la gestione comune dei servizi per la non autosufficienza e dei relativi fondi a livello zonale.* Infine, la linea di lavoro individuata è la base da cui partire per poter intraprendere percorsi di *cambiamento nella organizzazione dei servizi* verso forme più evolute di gestione associata. L'attuale processo di *trasformazione delle Ipab* e – per il Distretto di Mirandola – il *ritiro delle deleghe* all'Azienda Usl (per la gestione dei servizi per Disabili e Minori), aprono prospettive nuove di ridefinizione organizzativa del sistema dei servizi, che i Comuni non possono adeguatamente affrontare se non consolidano la loro capacità di pianificare e gestire assieme.

E' durante il periodo di vigenza del Piano 2007/2009 che cresce e prende forma il sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari del territorio: dal superamento delle due IPAB del territorio viene costituita da tutti i comuni che ne diventano soci l'Azienda pubblica dei servizi alla persona dei comuni modenesi dell'area nord (maggio 2008) con il compito di assicurare la gestione dei servizi per anziani e disabili e viene approvato il ritiro delle deleghe dei servizi Minori e Disabili dall'AUSL che, a far tempo dal 1 agosto 2008, sono affidati in gestione all'Unione Comuni modenesi area nord.

## 3° Piano di zona

deliberazione CONSILIARE n. del

Allegato alla

**Zona sociale di Mirandola  
Unione Comuni Modenesi Area Nord  
Distretto sanitario n. 2**

## **PIANO TRIENNALE 2009/2011 PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE**

Marzo 2009

In effetti il terzo Piano di zona registra un rapido avanzamento del processo di gestione integrata. E' durante la sua vigenza, per altro lunga, che viene disegnato il Nuovo Ufficio di Piano, servizio che è stato organicamente inserito nell'Unione dei comuni quale supporto tecnico alle scelte di programmazione e gestore di due processi complessi: **la gestione del Fondo per la non autosufficienza e dell'accreditamento dei**

**servizi socio sanitari.**

La guida del processo di programmazione e gestione integrata dei servizi sociali e socio sanitari è affidata al Comitato di distretto, organismo coincidente con la Giunta dell'Unione integrato con la partecipazione del Direttore di Distretto. Tale organismo si è avvalso di un gruppo di lavoro denominato **"conferenza degli assessori"** costituito dagli assessori alle politiche sociali e sanità (possibilmente affidate alla stessa persona a garanzia di integrazione), a cui viene affidato il compito di preparare insieme alla struttura tecnica le decisioni da assumere in Comitato di distretto, compito che ha svolto con attivismo ed efficacia.

L'Unione "sociale" cresce con il conferimento del Servizio immigrati stranieri e le Responsabilità famigliari rappresentate in particolare dal Servizio Centro per le famiglie. In generale l'Unione vede aumentare la sua consistenza con il completamento del conferimento di altri servizi quali il servizi Informatico, la polizia municipale, il servizio educazione ambientale, il SUAP (sportello unitario per le attività produttive), protezione civile.

### **1.2. L'Unione e il contesto istituzionale della programmazione zonale**

Nella cornice istituzionale delineata dalla L.R. n. 21/2012 in materia di riorganizzazione delle funzioni amministrative, il territorio dei comuni di Camposanto, Cavezzo, Concordia, Finale Emilia, Medolla, Mirandola, San Felice, San Possidonio, San Prospero coincide con il distretto sanitario n. 2 di Mirandola individuato ai sensi dall'articolo 9 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19, quale ambito territoriale ottimale.

Il dettato della L.R. 12/2013 si inserisce nel processo di riordino istituzionale per far sì che la delimitazione territoriale identificata dalla legge 21/2012, diventi anche l'ambito ottimale per garantire la razionale distribuzione delle funzioni pubbliche, l'avvio delle gestioni associate obbligatorie e l'adeguamento delle forme associative tra Comuni per le finalità di cui alla legge regionale 12 marzo 2003 n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Costituisce cioè l'ambito nel quale gli enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano, nelle forme e con gli strumenti previsti dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione regionale, le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

Nel nostro territorio i documenti di programmazione identificano l'Unione Comuni Modenesi Area Nord quale soggetto istituzionale che esercita tali funzioni.

Il processo associativo degli enti locali del nostro territorio ha radici lontane prima con la costituzione nel 1996 dell'Associazione dei comuni modenesi dell'area nord e, nel novembre 2004, dell'Unione comuni modenesi area nord, con l'adesione di tutti comuni.

All'Unione Comuni Modenesi Area Nord i comuni hanno trasferito i seguenti servizi e funzioni, specificati nella tabella che segue:

SERVIZI E FUNZIONI	DATA DI TRASFERIMENTO	COMUNI ADERENTI
Servizio tributi	1° FEBBRAIO 2004 23 dicembre 2010 entra Camposanto	8 comuni - manca Finale Emilia
Sportello Unico Attività Produttive	1° FEBBRAIO 2004 Modifiche 23 aprile 2009 Entra Finale E. 15 ottobre 2009	9 comuni
Paghe e pensioni	1° FEBBRAIO 2004	8 comuni - manca Finale Emilia
Servizio assistenza anziani	1° FEBBRAIO 2004	9 comuni
Formazione professionale	1° FEBBRAIO 2004 23 novembre 2012	9 comuni
Servizio sociale minori, handicap adulto	1° febbraio 2004	9 comuni
Servizio minori	1° agosto 2008	9 comuni
Servizio disabili adulti	1° agosto 2008	9 comuni
Polizia municipale	29 marzo 2004 28 settembre 2006 10 gennaio 2008 30 novembre 2010 7 marzo 2017	7 comuni Mancano Cavezzo e Finale Emilia
Popolazione canina e felina	1° aprile 2004	9 comuni
Scuola di musica	1° aprile 2004	9 comuni
Sistema bibliotecario	1° aprile 2006 Ottobre 2014	9 comuni
Sviluppo e marketing del territorio	22 marzo 2006	9 comuni
Coordinamento politiche ambientali	22 marzo 2006	9 comuni
Servizio educazione e promozione ambientale	1° febbraio 2009	5 comuni – mancano Medolla, Camposanto, San Felice, Finale Emilia
Servizio informatico	1° aprile 2006 1° gennaio 2008 1° gennaio 2012	9 comuni
Funzioni catastali	1 ottobre 2007	8 comuni – manca Finale Emilia
Servizi Immigrati stranieri	1° aprile 2009	9 comuni
Responsabilità famigliari	1° aprile 2009	9 comuni
➤ Piano sociale di Zona ➤ Ufficio di piano ➤ Accreditamento	a) 1° aprile 2006 b) 31 ottobre 2007 c) 15 ottobre 2009	9 comuni
Protezione civile	1° dicembre 2009	9 comuni
Coordinamento politiche agricole	1° luglio 2011	9 comuni
Centrale Unica di Committenza	Delibera di Consiglio n. 56 del 07/07/2016. Convenzione Rep. n. 786 del 12/07/2016	4 comuni - mancano Cavezzo, Concordia, Finale Emilia, San Felice, San Possidonio
Servizio sociale territoriale	1° maggio 207	8 comuni - manca Finale Emilia

Politiche giovanili	1° maggio 2017	8 comuni - manca Finale Emilia
Istruzione e diritto allo studio	1° settembre 2017	6 comuni – mancano Cavezzo, Finale Emilia, San Possidonio
Amministrazione e Funzionamento delle attività a supporto delle Politiche Generali del Personale.	1° giugno 2018	6 comuni – mancano Finale Emilia, San Felice, San Possidonio
Gestione economica, finanziaria e provveditorato	1° giugno 2018	5 comuni – mancano Concordia, Finale Emilia, San Felice, San Possidonio
Programmazione strategica, Controlli, Società partecipate, Contabilità economica-patrimoniale ed analitica.	1° giugno 2018	5 comuni – mancano Concordia, Finale Emilia, San Felice, San Possidonio

La visione di un’Unione quale strumento per l’omogeneizzazione delle politiche e degli interventi nel territorio, e anche di innovazione dei servizi, ha conosciuto una stagione di fermento nel 2004, subito dopo la sua costituzione e ha mantenuto presente questo obiettivo, pur se a fasi alterne, nei documenti di programmazione degli anni a venire. Una attenuazione più significativa si è verificata nel periodo di gestione dell’emergenza sisma e post-sisma dovuta ad una riaffermazione del comune come riferimento privilegiato per i bisogni della popolazione: l’organizzazione dell’assistenza, la ricostruzione degli edifici, l’erogazione dei contributi sono stati gestiti da ogni singolo comune.

Il processo di conferimento dai comuni all’Unione tuttavia, pur se in modo frammentario come testimonia l’adesione a macchia di leopardo dei comuni e la rivisitazione frequente degli stessi servizi per conferire nuovi “pezzi” di funzione, è continuato, e recentemente in modo significativo, con il conferimento della centrale unica di committenza (2016) a cui sono seguiti i servizi sociali, i servizi educativi e scolastici (2017) e, nel 2018, il servizio personale, i servizi economico-finanziari, la programmazione strategica e il controllo di gestione (contabilità economico-patrimoniale ed analitica).

Per un certo periodo e oggi accantonata, è stata al centro della discussione politica di un gruppo di comuni l’idea di trasformare la collaborazione tra Enti nella loro **fusione** per dare vita ad un nuovo ente di dimensioni superiori ai 50.000 abitanti, dimensione che consentirebbe una migliore rappresentatività del territorio, economie di scala, servizi più efficienti ed efficaci, snellimento e arricchimento delle professionalità dei pubblici dipendenti, oltre a godere di un finanziamento pubblico per il sostegno iniziale all’iniziativa.

Molto convinta, invece, è l’adesione dei comuni dell’area nord all’**Azienda pubblica dei servizi alla persona** costituita il 1 aprile 2008 con decreto del presidente della Giunta regionale n. 353 del 17 marzo 2008, a seguito del processo di fusione e trasformazione delle due IPAB CISA di Mirandola e A. Modena di San Felice. All’ASP aderiscono tutti i comuni del territorio in qualità di soci, indipendentemente dai servizi conferiti e l’Azienda, ai sensi dell’art. 4, comma 1 dello Statuto, ha come finalità l’organizzazione, la gestione e l’erogazione di servizi sociali e socio-sanitari alle persone anziane, adulte e minori in condizioni di disagio, e/o di disabilità, e/o di non autosufficienza, secondo le esigenze definite dalla pianificazione locale.

L’accordo di programma alla base della costituzione dell’Azienda, approvato dai comuni e dall’Unione (con delibera del Consiglio n. 95 del 21/12/2006), conteneva l’opzione della zona come livello “ottimale” per il governo delle politiche e della dimensione strategica delle scelte e sosteneva la soluzione di **un’ASP unica di livello distrettuale come strumento operativo degli enti locali per la gestione dei servizi ed erogazione delle prestazioni**. Nel documento si delineava una gradualità nel processo di affidamento dei servizi all’ASP con modalità compatibili con le condizioni organizzative dei servizi ma con l’intento della massima

concentrazione possibile in ASP dei servizi ed attività relativi agli ambiti d'intervento socio-assistenziale, socio-sanitario e socio-educativo riferiti ai settori minori, anziani, adulti, disabili.

Il ruolo dell'Azienda pubblica dei servizi alla persona dei comuni modenesi area nord (**ASP**) quale **unica forma pubblica di gestione unificata per la gestione dei servizi sociali a livello distrettuale**, è stata confermata nell'Accordo di programma sottoscritto tra i comuni ai sensi della L.R 12/2013.

**L'unica eccezione al conferimento in ASP è costituita dal servizio sociale**, la cui funzione viene inquadrata nella programmazione dei servizi e degli interventi. Il servizio sociale, infatti, in quanto detentore delle funzioni di ascolto, di orientamento e accompagnamento dei cittadini, di indirizzo e progettazione degli interventi è ritenuto essenziale per orientare le scelte della committenza sulla quantità/qualità dei servizi.

Attualmente ASP è attiva nell'ambito socio-assistenziale e socio-sanitario prevalentemente nel settore anziani e disabili; recentemente, **dal mese di maggio 2018 è stata trasferita all'ASP la gestione dei servizi educativi e ausiliari** del comune di Medolla, come prima sperimentazione in quest'area di intervento.

Di seguito, nella tabella 9 si illustra la situazione di ASP al momento della sua costituzione e alla situazione attuale, con le variazioni che sono intervenute nel frattempo:

ENTE SOCIO	SERVIZI CONFERITI AL MOMENTO DELLA SUA COSTITUZIONE– aprile 2008	SERVIZI CONFERITI SUCCESSIVAMENTE	SERVIZI ATTUALMENTE CONFERITI
<i>Camposanto</i>		assistenza domiciliare, comunità alloggio	assistenza domiciliare, comunità alloggio
<i>Cavezzo</i>		assistenza domiciliare - atto C.C. n. 53 del 17.09.2008	assistenza domiciliare
<i>Concordia sulla Secchia</i>	assistenza domiciliare, centro diurno anziani il 1/10/2008	Casa protetta il 1/10/2009, alloggi con servizi I Tigli 1/02/2014	assistenza domiciliare, centro diurno anziani I Tigli, alloggi con servizi I Tigli
<i>Finale Emilia</i>	assistenza domiciliare	Casa protetta, centro diurno anziani, micro-residenza	assistenza domiciliare, casa protetta, centro diurno anziani, microresidenza
<i>Medolla</i>	centro diurno, assistenza domiciliare 1/09/2008	Micro-residenza Le Rose 1/02/2014	assistenza domiciliare, centro diurno anziani, Micro-residenza Le Rose
<i>Mirandola</i>	casa protetta ex IPAB, comunità alloggio, centro diurno, assistenza domiciliare	Micro-residenza Le Azalee Giugno 2014	casa protetta ex IPAB, comunità alloggio, centro diurno I Gelsi, assistenza domiciliare, micro-residenza le Azalee
<i>San Felice sul Panaro</i>	casa protetta ex IPAB, assistenza domiciliare	micro-residenza Il Ciliegio Aprile 2014	casa protetta ex IPAB, servizio di assistenza domiciliare, micro-residenza il Ciliegio
<i>San Possidonio</i>	comunità alloggio, assistenza domiciliare		comunità alloggio, assistenza domiciliare
<i>San Prospero</i>	assistenza domiciliare	Micro-residenza	assistenza domiciliare, micro-residenza
<i>Unione Comuni Modenesi Area Nord</i>	telesoccorso, centro residenziale per disabili "il Picchio"; appartamenti protetti per disabili" Le case di Odette" Mirandola e Finale Emilia	Centro socio riabilitativo diurno Tandem	telesoccorso, appartamento protetto per disabili" Le case di Odette" di Finale Emilia

NOTE: il servizio di assistenza domiciliare conferito da ogni comune, con l'accreditamento è diventato un unico servizio di ambito distrettuale. Oltre ai servizi conferiti, ASP con propri investimenti ha attivato due nuovi servizi nell'immobile dell'ex ospedale di San Felice e sede della Casa residenza anziani A. Modena: gli appartamenti protetti per anziani gli Oleandri e il Nucleo per la gravissima disabilità acquisita di 10 posti, autorizzato al funzionamento e in via di accreditamento provvisorio. Inoltre, sempre a San Felice, nella zona piscine, ha aperto un centro di socializzazione per disabili denominato il Girasole, dove nel pomeriggio trovano collocazione anche le attività per i ragazzi disabili del Centro Ancora dell'Associazione Anpas-Croce blu di San Felice/Medolla.

Va ricordato che il piano di programmazione dei soci di ASP prevede il finanziamento e la costruzione in ogni comune di una micro-residenza che costituiscono il nuovo servizio denominato CASAINSIEME, progetto elaborato durante l'emergenza sisma che finalizza le risorse provenienti dalle donazioni di diversi soggetti pubblici e privati per soluzioni alloggiative in cohousing con prestazioni tecniche avanzate (livello A di sicurezza sismica, basso consumo energetico, ecc..) rivolto a piccoli gruppi (da 6 a 12), con possibilità di servizi di tutela differenziati sui bisogni dei singoli. Allo stato attuale sono in funzione 5 micro-residenze nei comuni di Medolla, Mirandola, San Felice, Finale Emilia, San Prospero. Sono in via di costruzione le micro-residenze dei comuni di Camposanto, San Possidonio e Cavezzo, in elaborazione il progetto per il comune di Concordia.

### 1.3 Il modello di governance sociale sociosanitaria e sanitaria

#### ***La Conferenza territoriale sociale e sanitaria e l'Ufficio di Supporto***

Tra gli strumenti della governance in ambito sociale, socio sanitario e sanitario, riveste un ruolo fondamentale la Conferenza territoriale sociale e sanitaria insieme all'ufficio di Supporto che è il suo braccio operativo. La Provincia di Modena ha sempre esercitato in questi ambiti un ruolo di coordinamento tra i diversi territori che favoriva e stimolava il raccordo e lo scambio delle migliori pratiche e una crescita omogenea del sistema dei servizi. L'importanza di mantenere un livello di integrazione tra i territori è testimoniata dalla positiva esperienza costituita dal **Coordinamento degli Uffici di Piano** che, tramite incontri organizzati dall'Ufficio di Supporto tra i responsabili dei 7 Uffici di Piano e il Direttore sociosanitario, e tramite la direzione socio sanitaria, volta a volta, integrati dai referenti della sanità sulle specifiche materie oggetto di trattazione, ha costituito strumento di supporto tecnico all'elaborazione degli indirizzi della CTSS e ha consentito di tenere integrate le scelte di pianificazione provinciale con il livello distrettuale, il sociale con il sanitario.

Anche nel percorso di costruzione dell'attuale Piano di Zona, ad esempio, il 20 aprile 2018 si è tenuto un confronto a livello sovracomunale organizzato dalla CTSS, che ha consentito agli Uffici di Piano di scambiarsi informazioni sullo stato dell'arte dei Piani distrettuali, di confrontare le esperienze sui percorsi partecipati, di concordare il livello programmatico assegnato all'Azienda nella redazione delle schede di livello sovracomunale, con quello di ogni territorio. Nella realizzazione di documenti programmatici è necessario ricorrere ad un soggetto che favorisca l'allineamento tra il livello sovradistrettuale e quello distrettuale. Così è stato nel caso delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL UIL le cui politiche hanno una dimensione certamente più ampia del singolo territorio, almeno negli indirizzi di carattere generale e per le scelte strategiche più importanti. Si è giunti così alla stesura di un documento di indirizzo sulle linee di programmazione che, approfondito e integrato in un tavolo ristretto tecnico-politico, diventasse uno strumento a supporto della programmazione dei singoli territori per guidare il confronto tra le parti sociali.

#### ***Il Comitato di distretto***

Il ruolo del Comitato di distretto, è definito dalle leggi regionali 19/1994 e 29/2004. In particolare nella legge 19/1994, vengono assegnate al Comitato funzioni di proposta e di verifica delle attività sanitarie distrettuali (piani di programmazione distrettuale, budget, localizzazione e assetto organizzativo dei servizi) e, nel 2004, la LR 29 rende ancora più stringente il suo ruolo sulle decisioni delle Aziende sanitarie sul territorio distrettuale, ad esempio intervenendo nella nomina dei Direttori di distretto.

La normativa successiva, dal 2007 in poi, con l'introduzione del Fondo per la non autosufficienza, amplia il raggio di azione del Comitato di distretto all'ambito socio sanitario, fino a delineare nel recente Piano sociale e sanitario 2017/2019, il suo ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

Nel nostro ambito territoriale, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della Legge regionale n. 21/2012, che recita *"Qualora l'Unione coincida con il distretto sanitario di cui all'articolo 9 della legge regionale n. 19 del 1994, le funzioni del Comitato di distretto sono esercitate dalla Giunta, la cui composizione viene integrata, ove la legge lo preveda, con la partecipazione del direttore del distretto, o di altri soggetti che per legge devono essere sentiti"*, il ruolo di Comitato di distretto viene svolto dalla Giunta dell'Unione. Con specifica convocazione, partecipa ed esprime assenso sulle materia di pertinenza, in particolare per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale, il Direttore di distretto.

L'atto approvato dalla Giunta con funzioni di Comitato di distretto viene inviato alla segreteria del distretto AUSL che lo assume e lo formalizza come decisione del Direttore del Distretto.

### ***L'Ufficio di piano***

L'ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica e di governance organizzativo-gestionale dell'Unione in merito alle funzioni dell'area welfare. E' un ufficio dell'Unione che, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico Enti locali, è integrato con l'AUSL, attraverso la partecipazione attiva dei professionisti dell'AUSL, regolamentata con convenzione.

La normativa assegna all'Ufficio di Piano le seguenti funzioni:

- a) Raccolta e elaborazione dei dati necessari alla lettura del territorio, in termini di rischi e fragilità, ma anche di risorse e opportunità;
- b) Coordinamento delle attività di implementazione dei sistemi informativi regionali e nazionali, finalizzati alla produzione dei flussi informativi;
- c) Supporto tecnico alle azioni di confronto e concertazione territoriale finalizzate alla definizione, al monitoraggio e alla valutazione della programmazione sociale e socio-sanitaria;
- d) Attività di elaborazione degli atti di programmazione sociale e socio-sanitaria;
- e) Collaborazione e supporto all'elaborazione del Piano integrato territoriale ai sensi della LR14/15
- f) Promozione di strategie e strumenti a supporto all'integrazione fra il sistema di interventi sociali e quello sanitario, in condivisione con i diversi attori competenti;
- g) Attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- h) Attività connesse al rilascio e alla revoca dell'accreditamento dei servizi sociosanitari e alla stipula dei relativi contratti di servizio;
- i) Azioni di impulso e di verifica delle attività attuative della programmazione sociale e socio-sanitaria;
- j) Promozione della partecipazione degli attori sociali del welfare territoriale;
- k) Collaborazione e raccordo con l'Ufficio di supporto e gli uffici regionali.

Nel disegno regionale, per assicurare un potenziamento del coordinamento delle attività comuni a livello distrettuale è auspicato il rafforzamento della struttura dell'ufficio di piano attraverso una maggiore stabilità e strutturazione organizzativa, incluso un nucleo fisso di figure professionali. Tale gruppo ristretto potrà avvalersi di competenze ulteriori presenti nell'Unione, nei Comuni e nelle AUSL; dovrà rapportarsi con gruppi tecnici integrati e con l'Ufficio di supporto alla CTSS per il coordinamento tra le diverse attività distrettuali e per la gestione congiunta di azioni sovra-distrettuali. Su quest'ultimo punto e a rinforzo dell'importanza di questo indirizzo, va citata la positiva esperienza modenese del **Coordinamento degli Uffici di Piano** che, tramite incontri organizzati dall'Ufficio di Supporto tra i responsabili dei 7 Uffici di Piano e integrati dai referenti della sanità, ha costituito strumento di supporto tecnico all'elaborazione degli indirizzi della CTSS e consentito di tenere integrato il Piano provinciale con il livello distrettuale.

La definizione e il rinforzo dell'Ufficio di Piano nel nostro distretto, sarà oggetto di attenzione nei prossimi mesi, e procederà di pari passo con la definizione dell'assetto dei servizi sociali e dell'intera area dei servizi alla persona dell'Unione. Inoltre, il ruolo e l'organizzazione dell'Ufficio di Piano non può prescindere, in quanto strumento di governo dell'integrazione, dall'organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari. Gli amministratori referenti per l'Ufficio di Piano sono infatti l'Assessore ai servizi sociali e il Presidente dell'Unione e spetta a loro la scelta di trovare la collocazione nell'assetto generale. Al momento l'ufficio è

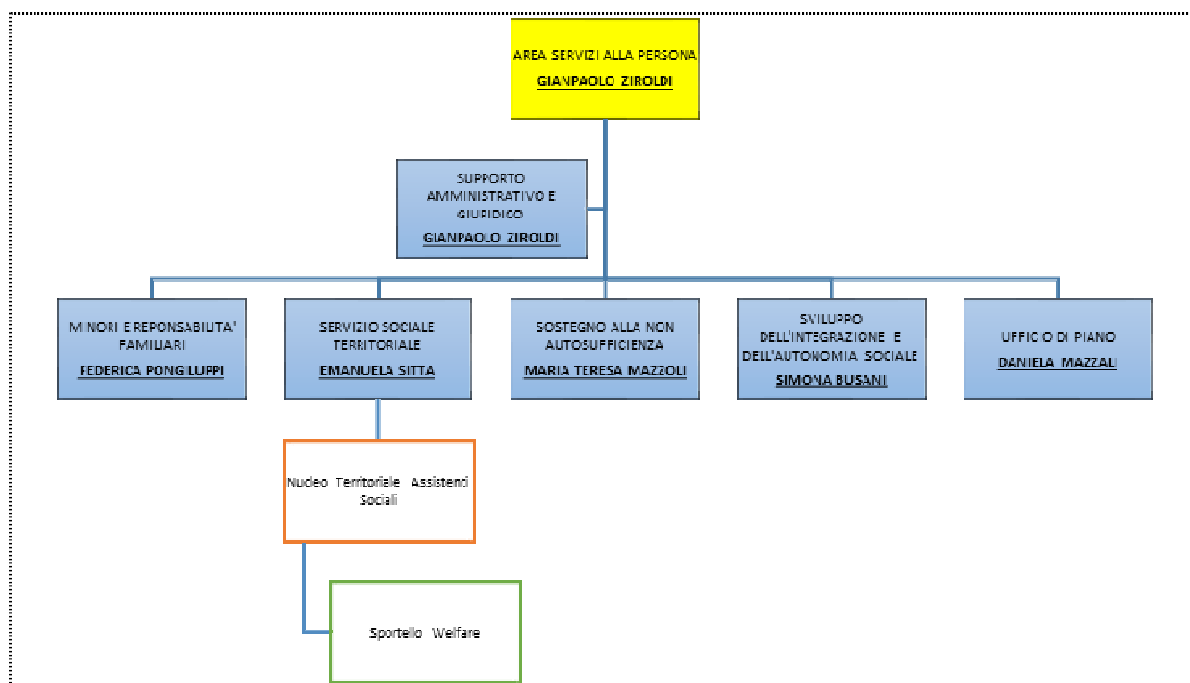


composto dal solo responsabile che si avvale per la formulazione del Piano di zona della Cabina di regia nominata ad hoc mentre per il governo del Piano per la non autosufficienza e delle relative risorse finanziarie si avvale di un gruppo tecnico di supporto composto dai referenti tecnici e amministrativi delle cure primarie distrettuali (referente area fragili, coord. Infermieristico distrettuale, respo. Cure primarie) e dal responsabile del Servizio Sostegno alla non autosufficienza dell'Unione.

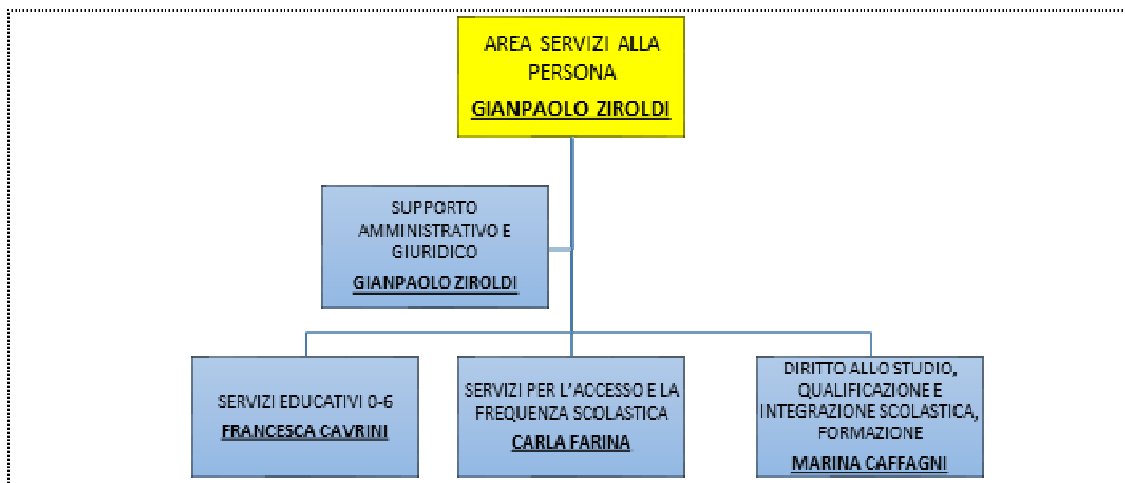
#### 1.4. Il nuovo profilo del Servizio Sociale Territoriale

Come detto prima, recentemente il processo di conferimento è ripreso in modo significativo: il 1 maggio 2017 è stato attuato il completamento del conferimento dei servizi sociali per 8 dei 9 comuni, e il 1 settembre 2017 si è attuato il conferimento dei servizi educativi e scolastici di 6 comuni che ha portato alla costituzione di **un'area welfare/servizi alla persona**, articolata su due settori, come segue:

##### Settore Servizi sociali



##### Settore educativo scolastico



Il Dirigente dell'area welfare per il governo dei servizi si avvale di incontri di coordinamento di settore a cadenza mensile, con l'intenzione di sperimentare forme di coordinamento con tutti i responsabili dell'intera area per il governo dei tanti aspetti di integrazione.

Anche gli amministratori, per garantire un esercizio associato della programmazione a livello sovracomunale, a maggior ragione nella fase di avvio della gestione dei nuovi servizi, si sono dotati di un sistema di **valorizzazione dell'attività degli assessori comunali**, attraverso l'assegnazione di 2 assessori comunali referenti per ciascuna delle aree di gestione dei servizi, con il compito di garantire un costante e costruttivo punto di riferimento per i responsabili di servizio e un collegamento continuo da un lato con i comuni di appartenenza e dall'altro con la Giunta dell'Unione.

E' in fase di formalizzazione la costituzione di un organismo di coordinamento degli assessori comunali delegati al welfare, denominato **conferenza degli assessori**, che in collaborazione con i livelli tecnici di pertinenza, ha lo scopo di individuare le priorità d'intervento dell'ambito territoriale, di confrontarsi sulle strategie, gli strumenti, le risorse dei servizi in modo da offrire alla Giunta un quadro "semilavorato" delle scelte da compiere.

Il completamento del conferimento delle funzioni sociali dai comuni all'Unione dello scorso maggio 2017 ha riguardato soprattutto il Servizio sociale territoriale, considerato il "cuore" del servizio sociale.

A distanza di un anno dal conferimento dei servizi sociali e a sei mesi dai servizi scolastici, negli amministratori e nei tecnici sta prendendo forma operativa il proposito di dare una **dimensione distrettuale** del servizio sociale territoriale con il conseguente assetto organizzativo del servizio. Non è facile ricomporre in un unico servizio tanti diversi modelli e superare la convinzione di ciascuno che il suo servizio sia il meglio, dato che è stato il frutto di un percorso faticoso di costruzione, di forte legame alla propria realtà comunale, di un legame fiduciario tra amministratori e operatori. Il modello comunale di fatto ha funzionato per tanto tempo perché costruito sulla base delle esperienze accadute, dell'orientamento politico degli amministratori, delle convinzioni degli assessori (e anche dei capi servizio e assistenti sociali) su come rispondere ai bisogni dei cittadini, radicando in ogni comune un modo più o meno aperto/selettivo di gestire le situazioni, più o meno formale/informale. Ma quel modello, necessariamente "localistico", non riesce a far fronte alla moderna crisi sociale, a garantire equità di trattamento, ad elaborare strumenti innovativi di gestione del rapporto con i cittadini, a fare massa critica di fronte alle emergenze. Gli stessi sistemi di coordinamento distrettuale (incontri tra AS e/o tra responsabili di servizio) nati in ambito tecnico per confrontarsi sulle strategie, per darsi regole di comportamento comune e per elaborare strumenti unitari ed omogenei non sono più sufficienti a sostenere il lavoro sociale.

Ma le modifiche organizzative non sono sufficienti a disegnare il nuovo modo di essere del servizio sociale, quello che serve è un cambio di approccio, di finalità, si potrebbe dire di "natura".

Nel 2013, un gruppo di lavoro, costituito dal coordinamento welfare di ANCI – Legautonomie Emilia-Romagna, ha elaborato un documento di indirizzo sullo sviluppo del Servizio sociale territoriale, del quale si

riporta in corsivo qualche stralcio, che ci può essere di aiuto per comprendere il cambiamento da intraprendere nel Servizio sociale territoriale:

*..... Occorre, in uno scenario così complesso, poter uscire dalla polarità persona - servizio, per definire una missione del servizio che includa anche l'intervento a favore della comunità locale e un uso integrato delle risorse sociali, al fine tutelare i diritti sociali, rispondere ai bisogni e sviluppare il benessere complessivo del territorio di competenza.*

*In questi ultimi anni, sono aumentate la pressione e la domanda nei confronti dei servizi sociali territoriali, la sofferenza dei cittadini, la cronicità delle situazioni in carico. Per questo, occorre prendere atto che è necessario un orientamento proattivo, per non limitare l'attenzione alla sola domanda espressa e per intercettare precocemente i problemi. Vanno investite risorse professionali per sviluppare un rapporto stabile e sinergico con la rete sociale territoriale, finalizzato sia alla conoscenza delle criticità locali, sia alla cooperazione nell'intervento di prevenzione dei rischi e di contrasto alle situazioni che producono disagio, esclusione, discriminazione.*

*E' questo il punto di partenza per sperimentare un nuovo modello di welfare, un sistema di servizi che sia al contempo universalistico, rivolto alla tutela dei diritti soggettivi per tutti i cittadini, ma al tempo stesso selettivo, orientato verso alcune priorità che richiedono maggiore attenzione. Va adottata una visione ampia, che riesca a riconoscere la complessità dei fenomeni emergenti e le loro diverse connessioni e contraddizioni. Contemporaneamente va affinata un'attenzione specifica e ravvicinata ai microcontesti, per identificare disuguaglianze, emarginazioni e sofferenze, ma anche risorse che possono essere mobilitate e valorizzate.*

*Il sistema regionale dei servizi sociali territoriali deve pertanto assumere in modo più esplicito una missione che faccia riferimento a due linee strategiche:*

- 1. Sviluppare un approccio organizzativo e procedure operative che favoriscano un funzionamento più dinamico e meno ancorato a procedure amministrative e pratiche professionali rigide. Occorre orientare l'azione di servizio sociale al risultato, adottando criteri d'intervento appropriati rispetto alla natura e alla gravità dei problemi da affrontare. Ciò significa anche che la risposta ai bisogni personali, familiari e comunitari può avvenire, non solo attraverso l'erogazione di prestazioni istituzionali, ma anche utilizzando le risorse disponibili, di diversa natura, presenti nel territorio, intendendo con il termine risorse tutto ciò che può concorrere a contenere o rimuovere le cause delle situazioni di disagio.*
- 2. Integrare tra di loro interventi di tipo sociale con interventi di tipo educativo, culturale, urbanistico, abitativo, economico, occupazionale, ecc. Per contrastare il disagio, devono essere realizzate azioni sinergiche e cooperative delle diverse istituzioni (Comuni, AUSL; scuola, in particolare), dei diversi servizi (servizi sociali, servizi sociosanitari e servizi di medicina primaria delle AUSL, servizi per la casa, servizi per il lavoro ...), dei diversi attori sociali.*

Negli atti di conferimento il servizio era disegnato su due livelli: un livello di primo contatto e accesso costituito dagli sportelli sociali (previsto uno per ogni comune) e un livello valutativo, progettuale e di presa in carico costituito dal servizio sociale professionale (assistenti sociali responsabili del caso).

Dopo diversi confronti per trovare un nuovo assetto per la presa in carico, oggi è in atto un progetto di riorganizzazione, approvato con delibera della Giunta Unione n. 23 del 20.03.2018 che, in un'ottica distrettuale, consenta agli Assistenti sociali una maggiore vicinanza e scambio tra loro come condizione di supporto reciproco e al contempo valorizzi le loro competenze specializzando la loro attività per area di intervento, tre nello specifico: non autosufficienza, integrazione e autonomia sociale, minori e responsabilità familiari, in quanto la complessità di ciascuna di esse richiede specificità di organizzazione/azione, scelta che la precedente organizzazione, con un assistente sociale per ogni comune, non consentiva.

La configurazione del Servizio Sociale professionale è così articolata:

- **Organizzazione Polo 1 – sede a Mirandola - comuni di Concordia - Mirandola – San Possidonio**  
(bacino di 35.785 abitanti)

Organico: 3 assistenti sociali non autosufficienza, 3 assistenti sociali famiglie/disagio sociale adulti

Polo 1	Numero Assistenti sociali		n. operatori di Sportello
	Area disagio	Area non autosufficienza	
<b>Mirandola</b>	2 tempo indeterminato	2 tempo indeterminato	3 interinali
<b>Concordia</b>	1/2 tempo indeterminato	1 interinale e 1/2 tempo indeterminato	1 tempo indeterminato
<b>San Possidonio</b>	1/2 tempo indeterminato	½ tempo indeterminato	1 interinale

- **Organizzazione Polo 2 – sede a Medolla - Comuni di Camposanto- Cavezzo - Medolla –San Felice - San Prospero** (bacino di 33.235 abitanti)

Organico: 3 assistenti sociali non autosufficienza, 3 assistenti sociali famiglie/disagio sociale adulti

Polo 2	Numero Assistenti sociali		n. operatori di Sportello
	Area disagio	Area non autosufficienza	
<b>San Felice</b>	1 interinale	1 tempo indeterminato (30 ore)	1 tempo indeterminato 1 interinale
<b>Medolla</b>	1/2 tempo indeterminato	1/2 tempo indeterminato	1 interinale
<b>Camposanto</b>	1/2 tempo indeterminato	1/2 tempo indeterminato	1 interinale
<b>Cavezzo</b>	1/2 tempo determinato	1/2 tempo indeterminato	1 tempo indeterminato
<b>San Prospero</b>	1/2 tempo determinato	1/2 tempo indeterminato	1 interinale

- **Organizzazione servizio tutela Minori – sede a Mirandola via Giolitti 22 - Tutti i nove comuni**

Organico: 5 assistenti sociali di ruolo e 3 educatori professionali

Ogni AS è abbinata con uno o più comuni in modo da agire su un bacino di utenza tra i 15000 e i 17000 abitanti.

1 AS Mirandola
1 AS Mirandola, Concordia, San Possidonio
1 AS Finale Emilia e Camposanto
1 AS Finale Emilia e Cavezzo
1 AS Medolla, San Felice, San Prospero

Ogni educatore si affianca volta a volta ad una AS sul caso, in base al carico di lavoro di quel momento e alla tipologia dell'intervento.

- **Organizzazione PUASS (Punto unico di accesso socio sanitario) sede Centro servizi distrettuale - Tutti i nove comuni**

Organico: 1 Assistente sociale che segue tutto il territorio, svolgendo un'attività istruttoria sui casi segnalati dai servizi sanitari (in particolare ospedalieri) che passa alle colleghe se sono casi già seguiti o che gestisce direttamente, fino alla predisposizione di un progetto assistenziale, nel caso di nuove situazioni.

Il progetto di conferimento ha inoltre l'obiettivo di offrire ai cittadini di questo territorio un **punto unitario, diffuso sul territorio, per l'accesso ai servizi sociali e scolastici**, nella convinzione che debbano agire non solo in modo coerente e sinergico ma che debbano essere lo stesso servizio. La missione dello sportello è assicurare ascolto e orientamento delle persone e delle famiglie, rappresentano la faccia delle istituzioni che si mettono al servizio del cittadino. Per una famiglia mandare un bimbo al nido, un ragazzo al centro estivo, un anziano al centro diurno è la stessa cosa, rappresenta lo stesso livello di difficoltà, ha bisogno dello stesso tipo di aiuto, più o meno complesso nelle procedure, ma ha la stessa essenza.

La Giunta dell'Unione ha espresso l'intenzione di **costituire un punto unico di accesso, accoglienza e orientamento socio-scolastico**, pur nella difficoltà di conciliare la geometria variabile dei servizi conferiti (tutti i nove comuni in ambito minori, disabili e servizi socio sanitari per anziani, 8 comuni per le famiglie e gli adulti, 6 per i servizi educativo/scolastici). Nel corso di vigenza del Piano sociale e sanitario l'approfondimento e la condivisione del modello di sportello, la dotazione delle risorse umane e la loro formazione saranno obiettivi primari del nostro territorio.

Sul modello di servizio sociale territoriale da adottare, ci può aiutare la riflessione che altri hanno compiuto.

A seguito del documento di indirizzo dell'ANCI- Legautonomie sopra citato, a livello regionale, con la DGR 1012/2014 sono state approvate le **"Linee guida regionali per il riordino del servizio sociale territoriale"** che partono dall'analisi del contesto dove sottolineano che:

*"Oggi, a fianco delle fragilità già note al sistema dei servizi emergono nuove forme di povertà e di esclusione sociale: la difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi nel contesto economico (per chi è più maturo o immigrato) è uno dei principali fattori di difficoltà; la compresenza di più carichi assistenziali su un solo caregiver (figli piccoli, adulti fragili e genitori anziani) rende difficile la tenuta delle reti primarie che hanno funzionato fino ad oggi nei processi di cura familiare e complica ulteriormente la possibilità di ingresso nel mercato del lavoro in particolare per la popolazione femminile; si estendono le disuguaglianze sociali, con pochi ricchi e molte persone vicine o sotto la soglia di povertà. Da una storia di risposta destinata a poche situazioni con problemi circoscritti e ben determinati si va verso una moltitudine di problematiche più sfaccettate e più diffuse, un aumento della vulnerabilità delle persone, a fronte di risorse professionali ed economiche che appaiono insufficienti a farvi fronte."*

Torna di nuovo con forza l'esigenza espressa nell'indirizzo ANCI che **è necessario affiancare all'approccio riparativo un orientamento proattivo**, orientato ad agire sui determinanti del benessere della popolazione, per non limitare l'attenzione alla sola domanda espressa, prevenire le condizioni di disagio e intercettare precocemente i problemi.

E ne tratteggiano la missione e gli elementi costitutivi del SST che integrandosi tra loro, connotano il senso del servizio:

*"Il Servizio Sociale Territoriale (di seguito SST) ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale ..... attraverso un complesso di interventi finalizzati a garantire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la valutazione, la ricerca, il counselling, la progettazione e l'accompagnamento in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno e la promozione di nuove risorse sociali nonché a realizzare interventi per la promozione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità". .....*

*.....Il SST si connota per:*

- *Garantire l'ascolto ai cittadini, l'informazione e l'orientamento*
- *Sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi*
- *Attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale*
- *Promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere*
- *Favorire e sostenere politiche e interventi che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale*
- *Far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili*

Se si pensa all'introduzione delle nuove misure di contrasto alla povertà, ad esempio, ci si rende conto che esse pongono sfide ulteriori al Servizio sociale territoriale nel costruire e realizzare approcci e strumenti in parte innovativi: la "lettura" e la presa in carico del nucleo familiare nel suo insieme, la capacitazione dei diversi componenti e la relazione pattizia con il singolo, la potenziale temporaneità del bisogno e la condizionalità dell'intervento, tutti elementi che si collegano strettamente a **processi lavorativi fortemente multi-professionali e inter-istituzionali**, a modalità di valutazione omogenee e condivise, a percorsi di monitoraggio/accompagnamento "a più voci".

**L'affermazione della nuova mission richiede anche un'organizzazione diversa, una sua articolazione dallo sportello sociale fino al servizio sociale professionale che costituisce un unicum non divisibile.**

Questa sua integrità e completezza consente di relazionarsi, collaborare e co-costruire con i cittadini, le istituzioni e la comunità di cui fa parte. Un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità presuppone un cambiamento di visione sia da parte dei cittadini sia da parte di chi programma, gestisce e opera nei servizi. Un cambiamento certamente in atto, ma non del tutto conseguito. Nell'operare nel SST è necessario riconoscere e fare spazio ad un sapere non solo professionale, incoraggiare le esperienze aggregative, adottare nel proprio bagaglio professionale gli strumenti della proattività e della prossimità. **Per attuare compiutamente questo processo di ridefinizione e integrazione dei servizi in un ambito distrettuale è indispensabile un investimento sul capitale umano e professionale del SSR e dei Servizi sociali.**

Accanto a una costante crescita delle competenze più strettamente tecnico-professionali, si deve diffondere una attitudine e una cultura organizzativa diretta al lavoro di rete, senza la quale ogni modellistica rischia di rimanere una scatola vuota. In questa direzione va il nuovo sistema di **organizzazioni multiprofessionali dedicate all'assistenza primaria alla popolazione.**

Il Piano sociale e sanitario regionale 2017/2019 sostiene che:

*"La scelta di realizzare **la Casa della Salute** in Emilia-Romagna nasce dall'idea che i cittadini possano avere luoghi visibili e facilmente raggiungibili dove trovare una risposta adeguata a diversi bisogni. Nelle Case della Salute la Regione ha individuato un modello per **la promozione del lavoro interdisciplinare tra sociale e sanitario, cittadini e volontariato**, visto che i bisogni delle persone non sono riconducibili ad uno specifico servizio o ad una specifica disciplina. Questa organizzazione è potenzialmente in grado di accogliere e supportare le espressioni di autoaffermazione dei cittadini in alleanza con il servizio sanitario.*

*I cittadini sempre più richiedono protagonismo nelle decisioni che riguardano la loro salute o quella dei loro familiari. E' importante quindi stimolare forme di cittadinanza attiva. Ascoltare e supportare queste espressioni di autoaffermazione diventa un obiettivo primario per i servizi sociali e sanitari. In particolare, nei servizi sanitari è necessaria una transizione da un modello paternalistico medicocentrico a una relazione più di dialogo o negoziale e che favorisca la messa in campo delle risorse e delle energie del cittadino utente, attraverso la responsabilizzazione rispetto alla condivisione degli obiettivi, ai propri stili di vita, all'aderenza al trattamento. Chronic care model, supporto all'autocura e all'automutuoaiuto rappresentano strumenti utili a questo fine.*

Questa valutazione vale anche per le professioni sociali dove prevale un modello "maternalistico", conseguente anche alla forte femminilizzazione degli operatori, in tutta la gamma delle espressioni: dalla

“nonna” accogliente che perdona, all’inflessibile “zia” zitella che dice solo no. In particolare le tensioni sociali che hanno accompagnato la crisi economica, e nel nostro caso peggiorate dall’esperienza del sisma, hanno messo gli operatori sociali in una situazione di solitudine e impotenza nel rispondere alle sempre crescenti domande di aiuto con gli stessi strumenti e con minori risorse di prima. Tale condizione ha provocato una chiusura nei confronti degli utenti più in difficoltà che hanno reagito con la messa in discussione e la mancanza di rispetto del ruolo e la perdita di fiducia nell’istituzione rappresentata.

E’ necessario recuperare un modello negoziale adulto, in grado di prestare ascolto e accompagnamento reciproco, di adattamento e flessibilità di giudizio sugli stili di vita da parte dei professionisti, di rispetto del ruolo e degli obiettivi condivisi e concordati. Potrebbe essere utile un fattore di mediazione delle relazioni costituito da un gruppo di utenti con problematiche simili. La quota di fiducia che è difficile affidare ad una relazione tra due persone (utente e assistente) può essere ricostituita dal proficuo confronto con più persone, espressioni di pensieri e sentimenti differenti, articolati e più complessi e dove è più facile che una persona si riconosca.

### 1.5.L’Unione e la sfida della demografia. Una popolazione sempre più vecchia, l’aiuto degli immigrati

Al **2016**, la popolazione residente in Emilia-Romagna è **4 milioni 454 mila** persone. I dati demografici parlano di una popolazione che **continua a invecchiare**: i **“grandi anziani”**, cioè gli over 75enni, sono 560.835 e rappresentano più di una persona su dieci residenti. Le previsioni fino al 2020 ipotizzano una **crescita a ritmi molto contenuti** della **popolazione regionale**, con uno spiccato cambiamento della sua **composizione**, che sarà **sempre più eterogenea e multiculturale**: oggi in Emilia-Romagna il 12% dei residenti non ha cittadinanza italiana e **quasi un bambino su tre nasce da madre straniera**.

Altro elemento profondamente mutato è la **struttura della famiglia**, la cui dimensione media si è ridotta progressivamente, **passando da 2,41 componenti** nel 2001 a **2,25 nel 2011**. La stima è che possa ridursi ulteriormente fino **2,14 componenti** al 2020. **Aumentano le famiglie unipersonali**, che rappresentano **oltre un terzo del totale**. Dall’ultimo censimento, inoltre, emerge come in Emilia-Romagna siano residenti **oltre 82.100 nuclei familiari “monogenitore”**, con almeno un figlio minore. Di questi, circa 70.550 sono composti da madri sole con bambini e ragazzi. Grava oggi sulle famiglie, strutturalmente più fragili, **un impegno sempre più elevato nei compiti di cura**, che si riversa particolarmente sulle donne.

La crisi ha prodotto **un’ulteriore fragilità nelle famiglie** e aumentato le difficoltà, soprattutto per quelle di **nazionalità straniera o numerose, con presenza di minori e/o anziani**. In base alla spesa per consumi, le famiglie che vivono in condizioni di **povertà relativa** nel 2015 rappresentano il **4,8%** del totale delle famiglie residenti in regione (in Italia superano il 10%). Negli anni è aumentata sia l’incidenza sul reddito delle spese per l’abitazione, sia il numero di famiglie che incontrano difficoltà a pagare l’affitto (sfratti emessi da circa 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014, di cui più del 30% per morosità), sia il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari.

**La diminuzione dei giovani** (0-14 anni) sia in termini assoluti che relativi, prevista nel breve periodo dopo un decennio di crescita, ed i tassi di fecondità quasi costanti, sia per le donne italiane che straniere, rappresentano forse il dato più critico con implicazioni dirette sulla vitalità della regione e sulle politiche pubbliche.

La **povertà materiale ed educativa nell’infanzia** determina elementi di fragilità che si manifestano nell’intero **arco della vita sia in termini di salute che di opportunità lavorative, sociali, relazionali**. **Dai dati Istat del 2014** la percentuale di minori in Emilia-Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000 minori, con un aumento del 4% dal 2012 al 2013.

**Il tasso di abbandono scolastico** in Regione Emilia-Romagna è pari al 15,3%, oltre gli indicatori fissati da Lisbona 2020, evidenziando uno scenario sicuramente inquietante, anche se meno negativo del dato nazionale. Va posta attenzione al fenomeno degli **Early leavers (abbandoni precoci)** della scuola: il 13,2% al 2014, con una composizione in cui il tasso dei ragazzi stranieri è il quadruplo di quello degli italiani. Si registra poi nel 2014 **un tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni** del 23,6% (26,3 % tra le ragazze) e un'incidenza dei **Neet (senza scuola e senza lavoro)** nella stessa fascia pari al 20,6 % (23,9% al femminile, nel 2011 era 17,4%).

Il quadro descritto per il livello regionale si ripropone anche nel territorio dell'Unione, con alcune specificità che ci ha lasciato il sisma del 2012 e la struttura produttiva del territorio.

La popolazione residente nei Comuni dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord al 31.12.2016 è pari a 84.617 abitanti, ed è composta da 41.262 maschi e 43.355 femmine, così articolata per fasce d'età:

Popolazione residente - all'1/1 (maschile e femminile), per Classi di età lavorativa - al 01/01/2017 - valori assoluti									
I comuni scelti	0   --   14	15   --   24	24   --   29	30   --   34	35   --   44	45   --   59	60   --   64	65   -- w	Totale
<b>Camposanto</b>	477	317	168	168	440	716	185	714	3.185
<b>Cavezzo</b>	961	598	323	308	1.004	1.641	441	1.746	7.022
<b>Concordia sulla Secchia</b>	1.138	729	352	411	1.236	2.042	512	2.101	8.521
<b>Finale Emilia</b>	2.215	1.353	711	824	2.225	3.636	931	3.702	15.597
<b>Medolla</b>	889	523	301	340	909	1.490	406	1.412	6.270
<b>Mirandola</b>	3.187	2.205	1.156	1.276	3.499	5.386	1.332	5.620	23.661
<b>San Felice sul Panaro</b>	1.573	988	518	580	1.616	2.482	704	2.370	10.831
<b>San Possidonio</b>	507	322	157	178	563	815	230	831	3.603
<b>San Prospero</b>	956	506	299	363	995	1.409	376	1.023	5.927
<b>Totale</b>	11.903	7.541	3.985	4.448	12.487	19.617	5.117	19.519	84.617

Va sicuramente evidenziata la **flessione consistente della popolazione** osservata nel nostro distretto rispetto all'anno precedente (-403, pari a un calo dello 0,5%, che si va ad aggiungere a quelli, più consistenti, registrati negli ultimi cinque anni, essenzialmente a partire dal terremoto del maggio 2012, in particolare nei comuni di Cavezzo, Concordia e San Possidonio). In questi anni, questo territorio ha perso oltre 3mila residenti (-3,6%). Decrementi leggeri della popolazione si registrano anche nei distretti di Carpi, Castelfranco Emilia, Pavullo. In un'analisi di medio periodo al 2006 al 2016 la popolazione dell'Unione è aumentata di circa 1.129 unità, anche se in calo rispetto al picco raggiunto nel 2009.

Nell'ambito provinciale la fascia di **popolazione anziana di almeno 65 anni** ha mostrato nel corso degli ultimi decenni una progressiva espansione. Fra il 1992 e il 2002, è aumentata di oltre il 19%, a fronte di un incremento della popolazione complessiva del 5,7%, raggiungendo complessivamente il 22,5% dei residenti.

Nello stesso periodo si è tuttavia registrato un incremento, anche se meno consistente di quello della popolazione anziana, della numerosità e dell'incidenza della popolazione residente di meno di 15 anni. In parallelo, è invece diminuita la numerosità della popolazione giovanile: la fascia dei 18-29enni si è ridotta del 14% e quella dei trentenni del 21,5%. Di conseguenza, se la popolazione di età compresa fra i 18 e i 39 anni costituiva il 31,4% circa della popolazione residente a Modena al 1° gennaio 2002, arriva a costituirne il 23,4% alla stessa data del 2017, con un calo di otto punti percentuali che va senz'altro monitorato.

Ciononostante, **l'incremento della popolazione più giovane, sotto i 15 anni di età**, ha in buona parte compensato l'espansione sopra ricordata di quella anziana, tanto che nel primo decennio degli anni Duemila l'indice di vecchiaia (rapporto fra la popolazione di almeno 65 anni e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100) si è mantenuto pressoché costante. Ciò essenzialmente per effetto di una ripresa delle nascite e, soprattutto per l'apporto dei flussi migratori dall'estero, costituiti essenzialmente da persone in età giovanile e con tassi di fecondità decisamente più elevati di quelli degli italiani.



Nell'ambito dell'Unione, la tendenza sopra riportata mostra un peggioramento perché è diminuita di 82 unità la classe di popolazione inferiore ai 14 anni e di 548 la classe degli adulti tra i 15 e i 64 anni, mentre è aumentata di 118 unità la popolazione oltre i 65 anni. La popolazione dell'Unione presenta un'età media di 45,3 anni, un tasso di natalità del 8,4% (anche se in lieve ripresa rispetto all'8,1% del 2015) e un tasso di mortalità del 11,4% (nel 2015 era del 10,9%). Nel 2016 i nati sono stati 713 (+3,5% rispetto al 2015) e i morti 970 (+ 4,5% rispetto al 2015), determinando un saldo naturale di – 257 unità.

Per quanto riguarda il **saldo migratorio** (iscritti in anagrafe da altre province o dall'estero – cancellati per trasferimento in altre province o all'estero) nell'Unione si assiste negli ultimi anni ad un aumento del flusso migratorio in uscita che nell'ultimo anno registra – 255 unità. Il dato è determinato dal flusso in uscita con destinazione in altri comuni (- 2.387), in uscita per l'estero (-318) e in uscita per altri motivi (- 502) non compensato da flusso in entrata da altri comuni (+2.183), in entrata dall'estero (+521), in entrata per altri motivi (+248). Gli spostamenti nel territorio e fuori di esso sono legati principalmente alla ricerca di migliori condizioni lavorative e abitative, e conferma la tendenza diffusa in tutta Italia ad un aumento della mobilità delle persone.

Il numero delle **famiglie residenti** al 31/12/2016 è di 35.524 unità, la popolazione media residente in famiglia, è di circa 84.233 unità, con una media di componenti a famiglia di 2,37 unità. Le famiglie composte da una sola persona sono quasi raddoppiate negli ultimi 20 anni passando da 6.444 nel 1999 a 11.323 nel 2017, fenomeno socialmente contraddittorio che reca con sé problemi di solitudine, di fragilità anche economica e al contempo, per i giovani, significa mobilità per lavoro, in particolare per giovani del sud Italia, a testimonianza di un'attrattività del territorio nonostante tutto, e per i residenti la ricerca di maggiore autonomia. Sono in calo le famiglie con tre componenti, che passano da 7.633 nel 1999 a 6.845 nel 2017, mentre si verifica una tendenza inversa per le famiglie con 5 componenti che nello stesso periodo passano da 1366 a 1483, grazie al contributo delle famiglie straniere.

Al 31 dicembre 2016 la popolazione straniera è rappresentata da circa 11.448 unità (nel 2015 erano 11.676), di cui 5.460 maschi e 5.988 femmine. **Le comunità straniere** provengono dall' Europa (n. 4.588), dall' Africa (n. 3.954), dall' Asia (n. 2.744), dall' America (n.162). In termini percentuali la popolazione straniera incide del 13,5% sul totale degli abitanti superiore al 12,9% della popolazione provinciale, che a sua volta risulta comunque superiore a quella emiliano-romagnolo (11,9%) e a quella nazionale (8,3%). Al contrario del primo decennio di flusso migratorio 1997 -2007, quando erano in forte prevalenza gli stranieri provenienti dall'Africa settentrionale con il 45,24% (Marocco sugli altri) e dall'Asia orientale con il 24,73, nel decennio successivo, in particolare nel periodo 2012/2017, si è verificata una maggiore **differenziazione delle zone di provenienza degli stranieri** ed un sorpasso degli europei con una presenza del 40,08%, il 19% della quale proveniente dai paesi europei non aderenti all'Unione Europea.

## 1.6 Il Territorio e l'Ambiente - L'Economia e il lavoro

Il territorio dei 9 comuni dell'area nord appartenenti all'Unione è situato a nord della Provincia di Modena ed ha una superficie di 461 Km<sup>2</sup>, che rappresenta circa il 38,4% del territorio provinciale. L'Unione Comuni Modenesi Area Nord è parte integrante di un'estesa area vasta al confine con la Lombardia (provincia di Mantova) e con le Province di Ferrara e Reggio Emilia.

Il territorio, denominato Bassa pianura modenese, comprende le aste fluviali del fiume Secchia e del Panaro ed è una pianura che deriva dall'evoluzione di zone progressivamente prosciugate. L'estensione dell'area e la particolare conformazione ha favorito lo sviluppo di numerose **aree verdi e umide** tra le più grandi in Emilia Romagna, destinate alla protezione della fauna selvatica, in particolare avicola e alla **valorizzazione naturalistica del territorio**.



Nel progetto di sviluppo dell'area nord è determinante mettere a sistema la valorizzazione delle produzioni enogastronomiche con l'innovazione produttiva in agricoltura e cogliere la realizzazione della rete di ciclovie europee Eurovelo 7 (Ciclovía del Sole) e Eurovelo 8 (Ciclovía VenTo) come occasione di sviluppo di un sistema di mobilità "slow" che favorisca un turismo dolce, occasione anche di lavoro per i giovani.

Come rileva ***l'Osservatorio sull'economia e il lavoro in provincia di Modena*** – curato da Ires Emilia-Romagna per conto della Camera del Lavoro di Modena e giunto quest'anno alla decima edizione – che fornisce annualmente un quadro aggiornato sull'andamento dei principali indicatori economici e delle dinamiche occupazionali e demografiche a livello provinciale, il comparto del turismo risulta in netto aumento a livello regionale, nel 2017 incrementa del 6,2% rispetto allo stesso periodo del 2016. Per la provincia di Modena, si tratta sicuramente di un turismo a carattere stagionale, con in particolare il territorio montano che attira turisti sia nella stagione invernale che in quella estiva. A ciò si aggiunge il turismo termale, il turismo eno-gastronomico, quello culturale e quello legato agli eventi, ai congressi e agli affari. In queste diverse forme e modalità, **il turismo si conferma attività economica di rilievo, in particolare per le attività connesse al turismo**, ossia il complesso di risorse umane e materiali a vario titolo attive nelle strutture ricettive di accoglienza, nei pubblici esercizi e nei servizi relativi al trasporto, all'animazione, allo sport e spettacolo, ecc.

Sempre dall'Osservatorio sull'economia e il lavoro in Provincia di Modena, si evidenzia il consolidarsi della ripresa a livello provinciale, diffusa a buona parte dei settori economici di attività.

Le esportazioni si confermano trainanti e decisive; sono in crescita del 5,3% rispetto al 2016, e rispetto al 2008 il valore delle esportazioni provinciali risulta in espansione del 16% circa. **Molto significativi per l'economia del nostro distretto i risultati assai soddisfacenti registrati per il settore biomedicale**, con produzione e fatturato in aumento (rispettivamente +5,6% e +4,3%), gli ordini interni in crescita del +6,8% e quelli dall'estero del 2,2%.

Persistono segnali di difficoltà nel settore delle costruzioni, che tuttavia ha una previsione di ripresa nel 2018 (+0,8%), in ulteriore rafforzamento nel 2019 (+1,3%), di cui si avvantaggerebbero però le aziende di grandi dimensioni, più orientate all'acquisizione di commesse pubbliche, in grado di gestire le esposizioni finanziarie. In maggiore difficoltà il commercio che chiude con una variazione media annua delle vendite del -0,3%.

La **contrazione del tessuto imprenditoriale** della provincia di Modena (in particolare per le imprese artigiane e quelle di minori dimensioni e meno strutturate) pare essere un fenomeno diffuso in tutti i settori. Infatti, il **numero di imprese attive** al 31 dicembre 2017 risulta pari a 65.184, con un calo dell'1,4% e il dato di quest'anno prosegue e rafforza una tendenza negativa ormai di medio periodo; negli ultimi cinque anni il numero di imprese attive nella provincia è calato di oltre 2mila unità (-3,0%) in particolare per le società di persone che diminuiscono del 15,7% e per le ditte individuali che diminuiscono del 6,5

Per quanto concerne il **mercato del lavoro** studiato dall'Osservatorio facendo riferimento a diverse fonti, fra il 2016 e il 2017 si assiste a un ulteriore **crescita dell'occupazione provinciale di circa 2mila unità** rispetto all'anno precedente, così come di quella regionale e nazionale.

Come conseguenza dell'espansione degli occupati, si registra un miglioramento del **tasso di occupazione**, che passa dal 68,8% del 2016 al **69,1%** del 2017, posizionandosi così al di sopra del tasso dell'Emilia-Romagna, che a sua volta cresce dal 68,4% al 68,6%. Qualitativamente l'incremento riguarda quasi

esclusivamente la **componente femminile** della forza lavoro, che mostra un incremento dell'1,3%, e del 3,6% fra il 2008 e il 2017 e degli occupati dipendenti che nello stesso periodo 2008-2017 sono aumentati del 9,3% a fronte di una diminuzione dei lavoratori autonomi di un quinto (-20%).

È sicuramente da evidenziare la dinamica peculiare della provincia di Modena rispetto alle persone in cerca di occupazione, dove si assiste a un **nuovo incremento delle persone in cerca di occupazione, anche qui determinato dalla componente femminile** (10,4% contro 8,0%), da associare al consolidarsi della ripresa economica che ha riportato molte più persone, prima sfiduciate, alla ricerca di un lavoro. Si deve infine aggiungere che l'aumento nel 2017 della disoccupazione non si ritrova nel **tasso di disoccupazione giovanile, in miglioramento, soprattutto** per la fascia dei **15-24enni** più che per quella dei 25-34enni.

Dall'analisi dei dati di origine amministrativa del **Silrer** relativi a tutti i movimenti di assunzione, proroga, trasformazione e cessazione dei rapporti di lavoro, si osserva per il biennio 2015-2016 una notevole crescita delle **posizioni lavorative** da ascrivere ai contratti a tempo indeterminato a tutele crescenti introdotti dal Jobs Act. Anche nel 2017 è proseguita l'espansione delle posizioni lavorative (avviamenti – cessazioni) ma si tratta principalmente di creazione di lavoro a **tempo determinato**.

Un segnale di miglioramento della situazione sul mercato del lavoro locale si può trovare anche analizzando ai dati relativi al ricorso alla **cassa integrazione guadagni**. Nel 2017 le ore complessive di cassa integrazione ordinaria, straordinaria e in deroga autorizzate nella provincia di Modena sono state 4,570 milioni, **quasi il 66% in meno** dei 13,270 milioni di ore autorizzate nel 2016 e degli anni ancora precedenti dove il picco si raggiunse nel 2010, con oltre 26,7 milioni di ore autorizzate. Il settore delle **costruzioni** continua, in termini relativi, a ricoprire un ruolo di primo piano, raccogliendo quasi il 15% delle ore complessivamente autorizzate nella provincia di Modena.

## 1.7 L'educazione, l'Istruzione, la formazione - la scuola come risorsa per lo sviluppo e l'inclusione sociale.

Il sistema 0/6 anni è storicamente costituito da una pluralità di servizi pubblici e privati, destinati alla fascia di età 0/3 anni, alla fascia di età 3/6 anni. Il sistema si declina in servizi per l'infanzia quali nidi, spazi bimbi e servizi per l'infanzia gestiti direttamente dal pubblico o appaltati, sia dal sistema delle scuole dell'infanzia statali e paritarie convenzionate.

Dei servizi per l'infanzia pubblici 4 nidi sono gestiti direttamente dall'Unione ("Il paese dei Balocchi" di Mirandola, "Arcobaleno" di Concordia sulla Secchia, "Le farfalle" di San Prospero e il nido di San Felice (costituito da due sezioni, una sezione primavera ed uno spazio bimbi), 1 dal Comune di Cavezzo, 2 dal Comune di Finale Emilia, cui si aggiunge uno spazio bimbi (Il Filo di Arianna) ed un micronido è gestito dal Comune di San Possidonio. Per conto dell'Unione ASP - Azienda Pubblica dei Servizi alla Persona dei Comuni Modenesi dell'Area Nord gestisce il Nido d'Infanzia di Medolla. Per due servizi, il micronido di Camposanto ed il Nido di Mirandola, si è optato per la concessione in appalto ad una cooperativa sociale. Sul territorio sono presenti una serie di servizi per l'infanzia domiciliari privati autorizzati al funzionamento dai Comuni o dall'Ucman.

Tutti i servizi all'infanzia sono supportati dal coordinamento pedagogico distrettuale, cui partecipano tutti i nove comuni dell'Unione. Sia i coordinatori che alcuni educatori hanno partecipato al percorso dei piani di zona.

Anche per l'offerta educativa rivolta ai bambini di età tra i 3 ed i 6 anni, la realtà è variegata quanto quella dell'infanzia.

A fianco delle scuole dell'Infanzia statali che sono presenti in tutti e 9 i Comuni dell'Area Nord, vi sono realtà di scuole dell'infanzia paritarie convenzionate sia con l'UCMAN, sia con i comuni di Cavezzo, San Possidonio e Finale Emilia e rientrano a tutti gli effetti nel sistema scolastico di servizi pubblici e privati destinati all'infanzia.

Il sistema scolastico del territorio è strutturato in 1 direzione didattica, 1 scuola secondaria di primo grado, 5 istituti comprensivi e 4 scuole secondarie di secondo grado.

In esecuzione della vigente normativa nazionale e regionale, nonché di specifici accordi, gli enti locali assicurano il funzionamento delle istituzioni scolastiche, forniscono i servizi per l'accesso e la frequenza, garantiscono il servizio educativo assistenziale per alunni con disabilità, promuovono azioni di orientamento, sostengono progetti di qualificazione scolastica e contrasto alla dispersione.

Le istituzioni scolastiche hanno partecipato molto attivamente al percorso di progettazione del Piano all'interno del gruppo di lavoro "Famiglia, minori e giovani".

In questa sede scuole, servizi socio-sanitari ed educativi, comitati genitori, associazioni e agenzie educative e istituzioni culturali hanno concordato sulla necessità di un'azione sinergica per il contrasto alla povertà educativa e alla dispersione scolastica e per il sostegno alla genitorialità.

## 1.8 La comunità che si organizza: Il volontariato e la promozione sociale

Nel percorso di elaborazione del Piano è emerso in diverse occasioni il tema della **comunità "perduta"**, di un indebolimento cioè dei legami comunitari.

E' convinzione diffusa che molti dei problemi sociali ed economici presenti sul territorio nascono più dalla crisi economica che dal sisma. Il sisma però ha accentuato le paure e fatto emergere disagi prima nascosti. Se nell'immediato post-sisma si erano sviluppate solidarietà incrociate che hanno certamente contribuito alla ripresa della vita quotidiana nel territorio, in seguito le famiglie, le persone si sono maggiormente richiuse in se stesse. Sono anche venuti a mancare luoghi di aggregazione che in passato consentivano lo sviluppo di relazioni tra le persone e in questo senso sia per i tecnici-cittadini, sia per gli amministratori si può parlare di una 'comunità perduta'.

La paura si manifesta in particolare come paura di "perdere" diritti e benessere, collegata anche alla presenza degli immigrati: *"Il mondo sta arrivando qui e il mio futuro quale sarà?"*. In questo quadro la discussione è arrivata a chiedersi se **l'inclusione sociale** sia ancora una priorità per le amministrazioni, che si sentono più sollecitate dalle tematiche ambientali, dal degrado urbano e dalla sicurezza.

Quali allora gli interventi che contribuiscano ad una sorta di **"ricostruzione interiore delle persone oltre che delle cose"**? Quali percorsi intraprendere che creino fiducia e che quindi aiutino a superare le paure.

L'ambito territoriale presenta ed ha sempre presentato una grande ricchezza associativa, e basta scorrere l'elenco delle associazioni di volontariato e promozione sociale che hanno partecipato al percorso elaborativo (vedi pag. ....), per averne la conferma. Molte di più sono quelle attive tanto che è difficile tenere il conto, moltissimi sono i cittadini che si auto-organizzano anche in modo temporaneo per un obiettivo specifico e limitato nel tempo. Quindi la comunità esiste, anche se rispetto al passato è cambiato il modo di riconoscersi, di mettersi a disposizione della collettività, una collettività a volte intesa come "il gruppo a cui aderisco".

**Quali strumenti l'Ente locale ha a disposizione per poter affrontare le questioni e rafforzare il senso della comunità?**

La comunità si ricostruisce praticandola e valorizzandola attraverso il lavoro di comunità. E' quanto si è cercato di fare chiamando i soggetti del Terzo settore e anche singoli cittadini al percorso di costruzione del Piano di Zona: tuttavia, questo **obiettivo deve essere seriamente sostenuto da una organizzazione che consenta agli operatori sociali di avere il tempo per potersi dedicare in modo efficace e con continuità al lavoro di comunità.**

Correlato a quanto appena detto (che riguarda l'approccio metodologico che le istituzioni debbono tenere, dal servizio sociale territoriale, ai servizi socio-sanitari, all'istituzione scolastica), è importante riallacciare/rafforzare i legami formali e non con le organizzazioni locali del terzo settore, aperti anche a 'trovare le nuove realtà' associative che esistono ma che hanno minore tradizione di collaborazione con

l'ente locale. E anche questo "nuovo aggancio" fra Ente locale e Terzo settore (tradizionale e nuovo) richiede azione politica e struttura tecnica a supporto della manutenzione della rete con il terzo settore stesso. È nell'ambito della programmazione locale distrettuale che si declina un rapporto tra pubblica amministrazione e Terzo settore - anche in ottemperanza agli articoli 11, 12 e 15 della legge 241/90 e successive modifiche e integrazioni - e si generano i presupposti per procedimenti amministrativi volti alla costruzione di rapporti di collaborazione, co-progettazione, concessione di contributi e sovvenzioni.

È importante a questo fine promuovere con regolarità processi partecipativi (come le esperienze di community lab, i percorsi della L.R. 3/2010, etc.) che stimolino al massimo lo scambio e il confronto creativo tra i vari attori e che siano mantenuti attivi nel tempo con gruppi e modalità di lavoro variabili, a seconda delle questioni emergenti e delle soluzioni individuate.

Una delle richieste che è venuta dai rappresentanti del terzo settore e del volontariato che hanno partecipato ai gruppi di lavoro del Piano di zona è di trovare strumenti per **dare continuità all'interlocuzione tra cittadini e istituzione anche dopo la presentazione del Piano**, in particolare per formarsi e diventare "competenti" insieme, operatori e cittadini, per guidare questi percorsi e facilitare il confronto e per monitorare i risultati raggiunti, sul modello dei laboratori formativi sperimentati l'anno scorso.



## 2. SCELTE STRATEGICHE E PRIORITÀ

### 2.1 Le scelte e gli strumenti del Piano socio-sanitario regionale (PSSR 2017-2019)

La regione Emilia Romagna ha approvato il Piano sociale e sanitario 2017/2019 con D.A.L. n. 120 del luglio 2017 che costituisce il riferimento per la programmazione distrettuale del triennio 2018/2020. Il Piano viene attuato attraverso la definizione di tre obiettivi strategici che il sistema Regione-Enti locali è chiamato a realizzare, qui riportati:

- **Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà**, attraverso tre strumenti: legge regionale sull'**inclusione socio lavorativa** (n. 14/2015), legge regionale sul **Reddito di solidarietà** (n. 24/2016) e attuazione del Reddito di Inclusione (**Rel**) introdotto dal Governo. Le misure costituiscono i tre pilastri di un nuovo modo di concepire i servizi, di far lavorare il personale e di costruire relazioni con gli utenti. In tutti e tre i casi vi sono equipe multi-professionali (cioè composte da personale del settore sanitario, sociale e del lavoro) chiamate a lavorare insieme, a prendere in carico e a rispondere con servizi unificati e progetti condivisi.
- **Consolidamento e sviluppo del Distretto**, ambito territoriale di cui fanno parte, oltre all'Azienda sanitaria, i Comuni o le Unioni di Comuni, quale snodo strategico per erogare in modo ancora più integrato i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari. Il Distretto è l'ambito territoriale che orienta su un bacino specifico di popolazione la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi, ed è al tempo stesso l'attore istituzionale "composito" e complesso. È la sede della regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali.
- **Nascita e sviluppo di luoghi e servizi di cura e socioassistenziali** sempre più vicini ai cittadini, **ove si realizzi una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali**. Questo obiettivo assume particolare rilevanza nell'area della assistenza territoriale sia sanitaria che sociale per l'utenza che si connota come portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro, per l'utenza che alle caratteristiche socio-sanitarie associa la previsione di lunga-assistenza e per la popolazione che ha bisogno di prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione. Le Case della Salute in quanto faattrici di un modello integrato e multidisciplinare di intervento rappresentano una condizione di realizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria, e possono essere sedi di sperimentazione di livelli di integrazione socio-sanitaria sulla base delle scelte della programmazione locale.

#### La trasversalità dell'approccio

La consapevolezza delle **condizioni di vita sempre più complesse e differenziate** nella nostra società, **mettono in crisi la tradizionale classificazione dei bisogni in target**. Per dare impulso al rinnovamento del nostro welfare si è scelto di adottare delle politiche di sviluppo del Piano trasversali ai target tradizionali, enucleate in cinque aree di intervento:

1. Domiciliarità e prossimità
2. Prevenzione delle disuguaglianze e promozione della salute
3. Promozione dell'autonomia
4. Partecipazione e responsabilizzazione
5. Qualificazione dei servizi

Questo approccio richiede uno sforzo di rilettura dei servizi e degli interventi che stiamo attuando in modo più integrato tra le politiche e i servizi, tra questi e il terzo settore, e più centrato sulle persone, le famiglie e le comunità, per assumere una visione ecologica dello sviluppo umano e riconoscere valore all'insieme delle risorse personali, relazionali e sociali.

Non significa superare l'organizzazione dei servizi sociali per target, anche perché la finalizzazione delle risorse, anche di derivazione nazionale, vi sono in gran parte vincolate; ugualmente vi si riferiscono i diversi piani di settore, annuali e poliennali mirati a superare le fragilità e le discriminazioni più evidenti come il Fondo per la non autosufficienza, il Programma per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, ecc..

Si intende piuttosto orientare ciascuna "parte del sistema" - le istituzioni, il terzo settore, il profit o le famiglie – ad adottare una prospettiva di co-costruzione, uno sguardo comune e integrato, aperto verso gli altri punti di vista, che guarda oltre le proprie specificità senza negarle, nella consapevolezza che tale apertura è sempre più ineludibile per dare risposte efficaci. In questo assetto, l'approfondimento, lo stimolo, la costruzione di pratiche di co-progettazione tra P.A. ed enti di terzo settore possono essere lo strumento per cogliere al meglio l'orizzonte della trasversalità sopra definito.

#### Le schede per descrivere gli interventi

Per dare attuazione agli obiettivi strategici identificati nel Piano sociale e sanitario, e guidare l'iniziativa dei territori verso obiettivi comuni, con la **DGR n. 1423 di ottobre 2017 sono state approvate 39 schede** che articolano la motivazione degli interventi, la loro descrizione, le azioni in cui si sostanziano, i beneficiari a cui sono rivolti, e gli indicatori che consentiranno il monitoraggio dell'esito degli interventi attuativi nel triennio.

Alcuni degli interventi declinati nelle schede sono attribuiti all'iniziativa della regione stessa (n. 5 schede con sfondo giallo) alcuni al livello sovra-distrettuale coincidente con l'ambito delle aziende AUSL, per iniziativa delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie (n. 12 schede con sfondo verde), mentre i rimanenti interventi relativi a n. 22 schede sono di iniziativa dell'ambito territoriale distrettuale:

Intervento	Area trasversale di riferimento	Destinatari
<i>1. Case della salute e Medicina d'iniziativa</i>	Domiciliarità e prossimità	Tutta la popolazione
<i>2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata</i>		Tutta la popolazione/pazienti SSR
<i>3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità</i>		Persone con patologie croniche e bisogni assistenza infermieristica continuativa
<i>4. Budget di salute</i>		Pazienti dei Centri di Salute Mentale; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria
<i>5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari</i>		Caregiver familiari/famiglie e persone accudite
<i>6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi</i>		Persone con disabilità, priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima
<i>7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative</i>		Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa e sofferenza fisica, psicologica, spirituale e loro caregiver/famiglie
<i>8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale</i>		Persone detenute adulte, maschi e femmine, negli Istituti Penitenziari, persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale, minori interessati ai provvedimenti giudiziari
<i>9. Medicina di genere</i>		Donne/uomini
<i>10. Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà</i>		Persone in situazione di grave emarginazione, con fragilità "multipla"



<i>estrema o a rischio di marginalità</i>		
<i>11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti</i>	Prevenzione delle disuguaglianze e promozione della salute	Tutti gli utenti e gli operatori dei servizi del sistema regionale, in quanto portatori di differenze multiple
<i>12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate</i>		Persone appartenenti a Paesi terzi neo arrivate in Italia, con attenzione a particolari vulnerabilità (es. donne sole, minori non accompagnati, tratta....)
<i>13. Fondi integrativi per prestazioni non coperte da LEA</i>		Bambini e giovani in età 5-25 anni
<i>14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità</i>		Tutti i cittadini con particolare attenzione a popolazione straniera e a persone disabili
<i>15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiari e nei servizi</i>		Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori con attenzione a particolari vulnerabilità
<i>16. Sostegno alla genitorialità</i>		Famiglie con figli piccoli, adolescenti, giovani adulti con attenzione a particolari vulnerabilità
<i>17. Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti</i>		Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori servizi
<i>18. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</i>		Donne, uomini e coppie di età 20-34 anni
<i>19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico</i>		Giocatori patologici e loro familiari, cittadini studenti e operatori di servizi sociali, sanitari, formativi
<i>20. Azioni per l'invecchiamento attivo in salute e di tutela delle fragilità dell'anziano</i>		Persone anziane e loro familiari e caregiver
<i>21. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza</i>		Persone anziane e loro familiari e caregiver
<i>22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)</i>	Promozione dell'autonomia	Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme
<i>23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R 14/2015)</i>		Famiglie e persone in condizione di fragilità secondo i criteri stabiliti dalle norme
<i>24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale</i>		Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, nuclei della "zona grigia", che hanno difficoltà a restare nel mercato
<i>25. Contrasto alla violenza di genere</i>		Donne vittime di violenza Uomini autori di violenza
<i>26. Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità</i>	Partecipazione e responsabilizzazione	La comunità come attore sociale e le sue risorse e vulnerabilità
<i>27. Capirsi fa bene alla salute -(Health Literacy )</i>		Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR
<i>28. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari</i>		Persone con demenza e loro familiari/caregiver, persone utenti centri SM e famiglie, la comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali
<i>29. Partecipazione civica e della collaborazione tra sistema pubblico e Enti del terzo settore</i>		Associazioni promozione sociale, Organizzazioni volontariato, Organismi partecipazione e rappresentanza, cittadini con part. attenzione a bambini/giovani

30. Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi socio sanitari	Qualificazione dei servizi	Cittadini adulti con bisogni sociosanitari e socioassistenziali, e caregiver; committenti e gestori di servizi
31. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti		Madri e padri in attesa e neogenitori, neonati
32. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie		Tutta la popolazione
33. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza		Pazienti e professionisti dell'intero sistema emergenza urgenza
34. Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali		Operatori/trici e dirigenti afferenti a diversi servizi( sanitari, sociali, educativi, del lavoro, forze dell'ordine...) e diversi enti gestori, pubblici e privati; studenti/esse universitari; utenti ( persone, famiglie, associazioni) volontari.
35. L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di e-welfare		Cittadini, Case della Salute, strutture residenziali e semiresidenziali, strutture territoriali, ADI, MMG, PLS.
36. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali SST		servizio sociale territoriale come struttura e come operatori; cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità
37. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela		Bambini, adolescenti e neomaggiorenni a rischio evolutivo, genitori e famiglie vulnerabili. Famiglie affidatarie e enti gestori di comunità, Terzo settore
38. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali		Tutta la popolazione, in particolare fascia di età pediatrica e anziana, persone più fragili con patologie croniche
39. Livelli essenziali delle prestazioni sociali garantite nella Regione Emilia-Romagna		Tutta la popolazione

### Gli indicatori per monitorare il risultato

Per monitorare l'attuazione del Piano sono stati elaborati **tre differenti tipologie di indicatori di risultato**:

- Indicatori a compilazione regionale la cui compilazione spetta alla regione in quanto ricavabili da dati già presenti in flussi regionali;
- Indicatori a compilazione distrettuale, la cui compilazione spetta al livello distrettuale. Ciascun territorio deve dare conto della situazione di partenza (dati riferiti al 31.12.2017 o comunque gli ultimi dati utili), che costituiscono anno zero su cui misurare l'evoluzione del risultato negli anni 2018, 2019 e 2010.
- A questi indicatori minimi obbligatori, si possono aggiungere ulteriori indicatori locali, legati a progetti inseriti nel piano, che andranno ad arricchire il patrimonio informativo del distretto, aziendale e regionale.

### **Gli strumenti per sostenere l'elaborazione dei territori**

#### Conoscere la realtà: i dati

Gli indirizzi programmatori sono sostenuti dalla conoscenza delle condizioni di vita dei cittadini e dei bisogni che esprimono. Per la lettura dei bisogni è stato utilizzato il patrimonio informativo messo a disposizione

dalla regione tramite un'area web dedicata, costituito da un ampio **set di indicatori** (220 circa), ricavati da flussi informativi regionali e nazionali, in svariate aree di interesse e con la granularità più vicina possibile agli ambiti distrettuali e comunali.

I dati fanno riferimento al **quadro socio demografico e socio economico** generale e in specifico delle famiglie emiliano-romagnole, ai **soggetti del terzo settore**, allo **stato di salute della popolazione, all'offerta dei servizi sociali**, dagli sportelli sociali, ai centri per le famiglie, alle istituzioni scolastiche, e sono presenti dati quantitativi e qualitativi relativi alle persone non autosufficienti, agli adulti in difficoltà, agli immigrati. Nei dati messi a disposizione si trova inoltre riepilogata la **spesa sociale storica dei comuni, della sanità**, del Fondo per la non autosufficienza e **l'anagrafica delle amministrazioni emiliano-romagnola**, con le mappe territoriali degli Enti locali e delle gestioni associate di funzioni e servizi.

#### La piattaforma web

Altra novità importante per la stesura e raccolta dei documenti è l'elaborazione, da parte della regione, di un **applicativo web**, una specifica piattaforma informatica che consente agli ambiti distrettuali di inserire on line le schede di intervento distrettuali (*declinazione schede regionali da DGR1423/17 a livello locale*) e relativi obiettivi ed indicatori (*Sez.3 Schede Intervento del Piano*), nonché il quadro allargato delle risorse che finanziano il sistema.

Il sistema agevola la trasmissione dei piani distrettuali alla regione, la loro leggibilità (avranno lo stesso formato e saranno confrontabili), offrirà il quadro organizzato delle risorse finanziarie.

Nel nostro sistema regionale il welfare è sempre stato un tratto distintivo: un motore di sviluppo che crea buona occupazione, riduce le disuguaglianze redistribuendo risorse e favorisce processi di inclusione sociale. Un sistema in cui occorre consolidare le innovazioni già prodotte e, nello stesso tempo, avviare un costante adeguamento alle trasformazioni sociali.

## 2.2 Le scelte del distretto di Mirandola

**Si riportano le priorità tematiche (cosa fare), di metodo (come farlo), di alleanze (con chi farlo)** esaminate nei gruppi di lavoro e che hanno dato origine alle scelte riportate nelle schede intervento di cui al paragrafo successivo, e si riferiscono a tre aree tematiche prioritarie: Povertà e vulnerabilità sociale, Famiglia, minori e giovani, non autosufficienza, e ad alcuni aspetti trasversali alle aree che attengono all'organizzazione dei servizi.

A premessa dell'illustrazione delle scelte strategiche non va scordata l'importanza del **mantenimento dei servizi ed interventi** in atto nonostante la contrazione delle risorse.

### **1. La povertà al centro. Emergenza abitativa, Reddito di inclusione, lavoro anche per i più fragili**

Si tratta di un'area innovativa che richiede la messa in campo di diversi tipi di azioni che riguardano temi noti come 'il mantenimento o l'accesso alla casa' e 'il sostegno economico' per persone in difficoltà, ad altri che riguardano aspetti nuovi, come la necessità di costruire un maggiore raccordo tra servizi e organizzazioni del territorio e, più in generale, la realizzazione azioni di sensibilizzazione culturali sulla povertà. Nel riquadro sottostante si riporta l'elenco delle tre priorità condivise negli incontri tecnici e politici e, a seguire, i restanti obiettivi individuati nel gruppo "Povertà e vulnerabilità sociale" da implementare nella prossima programmazione sociale-sanitaria.

Si precisa che nel gruppo l'obiettivo indicato come prioritario riguarda la costituzione di un luogo permanente nel quale: a) presidiare nel tempo lo scambio di informazioni su azioni messe in campo dai vari soggetti attivi nel distretto; b) sostenere e far nascere collaborazioni tra realtà differenti; c) co-progettare azioni anche innovative.

### Gli esiti del confronto tecnico-politico sulle azioni e gli obiettivi prioritari emersi dal gruppo di lavoro 'povertà e vulnerabilità sociale'

#### Le priorità

- 1<sup>a</sup> Costituzione di un luogo strutturato permanente (tavolo-Laboratorio) di raccordo-scambio informativo-coprogettazione tra pubblico e terzo settore sui temi della povertà e vulnerabilità sociale
- 2<sup>a</sup> Casa: affitto casa garantito/ agenzia casa; ottimizzare gestione e utilizzo di abitazioni per nuclei in emergenza abitativa; monitoraggio sfratti e pignoramenti. Politica per promuovere l'autonomia delle persone
- 3<sup>a</sup> SOSTEGNO AL REDDITO E SUPPORTO ALL'INCLUSIONE. Implementazione nuovi strumenti regionali e nazionali per il sostegno economico e la costruzione di percorsi di autonomia socio-lavorativa (S.I.A. reddito di solidarietà, l.r. 14/2015). Politica per promuovere l'autonomia delle persone

#### Ulteriori obiettivi da implementare

4. Accoglienza migranti. Politica per promuovere l'autonomia delle persone
5. Prevenzione dipendenze da gioco. Politica per promuovere l'autonomia delle persone
6. Sostegno a cooperative di comunità. Politica per promuovere l'autonomia delle persone

Di seguito si riporta un altro fondamentale contenuto trattato nel gruppo di lavoro 'Povertà e vulnerabilità sociale', ossia una prima mappa di 'risorse della comunità locale'. In altre parole, si indicano esempi di attività già realizzate nel territorio dalle organizzazioni di terzo settore ed inoltre eventuali disponibilità espresse dalle stesse a collaborare con i servizi. Si tratta di informazioni importanti per la costruzione di nuovi spazi di collaborazione con la comunità locale.

#### **Disponibilità già esplicitate o proposte di azioni da parte di:**

Centro servizi per il volontariato – sportello di Mirandola. Propongono di organizzare due tipi di azioni: 1) organizzazione di serate dedicate alla ludopatia e alle dipendenze coinvolgendo associazioni come Acat, Lag Vignola, la cittadinanza, e organizzazione di iniziative culturali/teatrali di sensibilizzazione (come da esperienza svolta a Carpi e come è stato realizzato a San Felice dal Csv alcuni anni fa); 2) costruire piccole reti di coesione sociale mediante cicli di incontri su tematiche diverse e di interesse comune come le questioni del vivere quotidiano dal punto di vista anche legale o su passioni come l'orto, l'economia domestica, la gestione della vita quotidiana, l'alimentazione, rimedi naturali, medicina alternativa, la salute.

Sindacato CISL – Propongono di realizzare uno scambio di informazioni e dati fra le organizzazioni sindacali e i Centri per l'impiego.

Associazione care giver regionale - Indebitamento famiglie: propone di costituire una rete di "consulenti a titolo gratuito" per affrontare/verificare/pianificare i problemi di indebitamento delle famiglie. Informa che è attiva una iniziativa di Microcredito che fa riferimento alla Fondazione della Cassa di Risparmio Mirandola.

#### **Esempi di azioni già messe in campo da organizzazioni del terzo settore:**

ANT - Negli ultimi anni, alle tradizionali attività (es. assistenza malati oncologici, raccolta fondi), si sono aggiunti due eventi sportivi di aggregazione sociale: notti saponate (allestimento di un calcetto saponato nel mese di luglio che vede coinvolti molti giovani uniti nel divertimento e nella solidarietà), MIRANDOLA

*C'E' (tradizionale pista su ghiaccio in piazza Costituente, con l'intento di far conoscere la Fondazione ANT ma anche per aggregare giovani, bambini e famiglie nel periodo natalizio).*

*San Vincenzo e Caritas:* *realizzazione di corsi di alfabetizzazione e di italiano.*

*Sindacato CISL* - *offre un servizio gratuito di consulenza a supporto della famiglia per l'individuazione dell'amministratore di sostegno.*

*AUSER* – *si riporta una delle tante attività. **Filo d'argento:** il servizio è attivo da diversi anni e consiste nel telefonare a persone anziane e non, - che si trovano sole e in condizioni di fragilità. Si vanno a trovare e si fanno piccole attività di aiuto e commissioni (accompagnarli dalla parrucchiera a comprarsi un vestito, al cimitero, ecc..) In attesa che l'UCMAN mandi un elenco aggiornato di persone ultra75enni in difficoltà. Le persone gradiscono molto la visita delle volontarie che portano loro la mimosa per la festa della donna, un pensiero per Natale oltre al trasporto alla cena di solidarietà e pranzo di natale, qualche uscita per una pizza. Le volontarie, in occasione delle visite periodiche tengono monitorata la situazione degli anziani e segnalano ai servizi sociali eventuali peggioramenti delle persone.*

*Realizzazione di **Corsi di informatica** - Iniziati nel 2014 sono già arrivati alla 5° edizione. Cio' è stato possibile con la collaborazione dell'associazione Aquaragia e l'Istituto Luosi di Mirandola.*

#### **Elenco di Organizzazioni del territorio che hanno partecipato agli incontri:**

<b>Associazioni</b>	<b>Cooperative</b>	<b>sindacati</b>
Centro servizi per il volontariato di Modena – sportello di Mirandola Caritas Medolla Porta Aperta Mirandola Ass. San Vincenzo ANT AVIS Ass. Il Porto	Elleuno Gulliver Domus	Spi Cgil

#### **Servizi sociali e sanitari che hanno partecipato agli incontri del gruppo:**

Assistenti sociali servizio sociale Mirandola

## **2. Prima di tutto il futuro: Investire sui bambini, gli adolescenti e i giovani**

Nel riquadro sottostante si riporta l'elenco delle tre priorità condivise negli incontri tecnici e politici. A seguire, i restanti obiettivi individuati nel gruppo "Famiglia, minori e giovani" da implementare nella prossima programmazione sociale-sanitaria.



**Gli esiti del confronto tecnico-politico sulle azioni e gli obiettivi  
prioritari emersi dal gruppo di lavoro  
'FAMIGLIA, MINORI e GIOVANI'**

### **Le priorità**

1<sup>a</sup>

Attivazione servizio socio/educativo 0 – 18 anni. **1° livello:** attività di prevenzione (riorganizzazione del Centro per le famiglie); **2° livello:** cura e sostegno domiciliare (avvio servizio di educativa domiciliare). *Politica: domiciliarità e prevenzione*

2<sup>a</sup>

Servizi ed attività pomeridiani per la scuola dell'obbligo. *Politica: sostegno dell'apprendimento e riduzione delle disuguaglianze*

3<sup>a</sup>

Azioni a contrasto della violenza di genere. *Politica: contrasto alla violenza di genere*

### **Ulteriori obiettivi da implementare**

4. **SERVIZI EDUCATIVI 0/3 ANNI:** potenziamento servizi educativi integrativi e flessibilità organizzativa dei nidi d'infanzia.

5. **Progetto MUOVI (0/14 anni):** mappatura di iniziative ed attività del territorio rivolte ai genitori ed alla comunità; creazione portale delle eccellenze; consulenza psicopedagogica a sostegno della progettazione di servizi ed iniziative; attivazione scuola di Alta Formazione per insegnanti e genitori; documentazione delle attività.

6. **LEGGERE e SCRIVERE:** estensione delle competenze e delle metodologie al biennio della scuola secondaria di II° grado.

7. **DISABILITÀ:** revisione accordi per l'integrazione scolastica, misure per l'integrazione scolastica di minori con malattie croniche.

8. **EMERGENZE SANITARIE:** Formazione congiunta operatori, coordinamento dei servizi, programmazione tavoli tematici, attivazione consultorio adolescenti a Finale Emilia (Spazio Giovani).

8. **GIOVANI GENERAZIONI:** coordinamento interventi e servizi esistenti, centralità della scuola come punto di incontro di percorsi educativi condivisi, sviluppo di un servizio di orientamento alla scuola ed al lavoro.

Di seguito si riporta un altro fondamentale contenuto trattato nel gruppo di lavoro 'Famiglia, minori e giovani', ossia una prima mappa di 'risorse della comunità locale'. In altre parole, si indicano esempi di attività già realizzate nel territorio dalle organizzazioni di terzo settore ed inoltre eventuali disponibilità espresse dalle stesse a collaborare con i servizi. Si tratta di informazioni importanti per la costruzione di nuovi spazi di collaborazione con la comunità locale.

#### **Rete dei servizi e formazione**

**Servizi socio-sanitari, scuole, comitati genitori, associazionismo, sindacati** hanno manifestato la loro disponibilità alla formazione ed alla progettualità condivisa e finalizzata ad un lavoro di rete e di comunità sui temi emersi nel gruppo.

**Esempi di esperienze già attive sui temi dell'integrazione e del sostegno educativo:**

- *Fondazione scuola di musica Carlo e Guglielmo Andreoli: Corsistica e propedeutica musicale in tutti i territori; promozione e formazione nelle scuole; progetti musica/integrazione nelle scuole; concerti e manifestazioni; esperienze di bande scolastiche;*
- *Associazione Animatamente - Coop. sociale "La porta bella" di Cavezzo: attività di aiuto nell'esecuzione dei compiti*
- *Giovani all'arrembaggio: triennio scuola secondaria di II grado con attività e laboratori per la promozione del volontariato e della cittadinanza attiva*
- *UISP: corsi di nuoto per disabili, collaborazione nel progetto "Benessere in Comune", aiuto per l'esecuzione dei compiti scuola secondaria di primo grado*

**Esperienze più strutturate gestite dalle scuole, finanziate da Comuni ed altri soggetti (Ausl, Fondazione CRM, soggetti privati):**

- *Progetto "Scuole Aperte" finanziato dai Comuni di Concordia sulla Secchia, San Possidonio, San Prospero e Medolla, dalla Fondazione CRM e dagli Istituti Comprensivi "S. Neri" di Concordia sulla Secchia e di San Prospero/Medolla.*

**Esempi di azioni già messe in campo da organizzazioni del terzo settore:**

- *Centro Servizi Volontariato: nelle classi quarte delle scuole sec. di 2° grado vengono realizzati approfondimenti tematici con volontari ed esperti locali su problematiche di interesse (abuso di alcool, dipendenze, violenza di genere, rispetto per la vita, nuove povertà);*
- *Centro Servizi Volontariato: nelle scuole secondarie di II grado far conoscere ai ragazzi le associazioni del territorio e le problematiche delle quali si occupano;*
- *Associazione "Donne in Centro": Attività laboratoriali e cineforum nelle scuole secondarie di I e II grado sui temi della violenza di genere*

**Elenco delle organizzazioni del territorio che hanno partecipato agli incontri:**

Associazioni		Cooperative	sindacati
Ass.ne Italiana Dislessia	CSV	Aliante	Spi – Cgil
World Child	Porta Aperta	La mano sul berretto	Cisl
Donne & Giustizia	CAV Cavezzo		
Donne in Centro	Caritas		
"Un cuore per la vita"	Centro Culturale Islamico		
G.E.T. Cavezzo	Comunità Asiatica		
GE.MI. Sport Mirandola	Comitato Genitori Concordia		

**Elenco dei servizi sociali, sanitari e delle Istituzioni scolastiche che hanno partecipato agli incontri:**

SCUOLE	AUSL	COMUNI
Scuola Infanzia Paritaria Concordia	Npia	Nido Medolla
Scuola Infanzia Paritaria San Prospero		Nido Concordia
FISM – Coordinatore Pedagogico	Pediatra Libera Scelta	Servizio Sociale Territoriale
IC Concordia sulla Secchia/San Possidonio	Pediatria di Comunità	Servizio Tutela Minori UCMAN
IC Cavezzo	Sert	Formazione Inserimento Lavorativo UCMAN
IC San Felice	MMG	Servizio Politiche Giovanili UCMAN
IC San Prospero/Medolla	CSM - Infermieri	

IC Finale Emilia	Salute Donna	
Direzione Didattica Mirandola	Psicologia Clinica Consultorio Adulti	
Scuola Secondaria di I Mirandola	Pronto Soccorso	
Liceo Morandi Finale Emilia	Ostetrica Punto Nascita	
Istituto Calvi di Finale Emilia	Ginecologo Ostetricia	
Luosi Mirandola		
Fondazione C.G. Andreoli Scuola di Musica		

### **3. Contrastare la solitudine nella comunità (anziani, disabili e non autosufficienza)**

Nel riquadro sottostante si riporta l'elenco delle tre priorità condivise negli incontri tecnici e politici e, a seguire, i restanti obiettivi individuati nel gruppo "Non autosufficienza" da implementare nella prossima programmazione sociale-sanitaria.

**Gli esiti del confronto tecnico-politico sulle azioni e gli obiettivi prioritari emersi dal gruppo di lavoro 'Non autosufficienza'**

**Le priorità**

- 1<sup>a</sup> Rielaborazione dei percorsi di presa in carico e riorganizzazione del PUASS (Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario)  
*Politica: domiciliarità e prossimità*
- 2<sup>a</sup> Promozione di progetti di "vita indipendente" e dopo di noi  
*Politica: promozione autonomia delle persone*
- 3<sup>a</sup> Progetti di prevenzione rivolti a persone fragili (es. attività motoria per la prevenzione delle cadute, attività di ascolto e monitoraggio per persone fragili) - *Politica: prevenzione e promozione del benessere*

**Ulteriori obiettivi da implementare**

4. Aumento di ulteriori uno/due posti letto a valenza intermedia nelle CRA. *Politica: domiciliarità e prossimità*
5. Realizzazione di una centrale unica per i trasporti - collaborazione col trasporto pubblico (es. prontobus). *Politica: promozione autonomia delle persone*
6. Attivazione presso il consultorio familiare di un percorso di prevenzione e formazione specifico per persone fragili (disabili e psichiatrici). *Politica: prevenzione e promozione del benessere*

Di seguito si riporta un altro fondamentale contenuto trattato nel gruppo di lavoro Non autosufficienza, ossia una prima mappa di 'risorse della comunità locale'. In altre parole, si indicano esempi di attività già realizzate nel territorio dalle organizzazioni di terzo settore ed inoltre eventuali disponibilità espresse dalle stesse a collaborare con i servizi. Si tratta di informazioni importanti per la costruzione di nuovi spazi di collaborazione con la comunità locale.

#### **Disponibilità già esplicitate da parte di:**

Associazione Nordic walkig: si rende disponibile a collaborare nella mappatura del territorio ponendo particolare attenzione ai percorsi naturalistici in sicurezza.

Auser: disponibile ad effettuare visite e telefonate di monitoraggio di anziani soli (Filo d'argento) o a svolgere piccole commissioni.

AVO e Auser: disponibili a mappare le situazioni di fragilità insieme a medici e assistenti sociali.



**Esempi di azioni già messe in campo da organizzazioni del terzo settore:**

ASDAM, l'associazione ha al proprio attivo diversi progetti rivolti ai familiari di persone affette da demenza tra cui anche progetti di socializzazione e di attività motoria.

Ass. PODISTI MIRANDOLES svolge la propria attività includendo tra le proprie fila camminatori in situazione di disabilità e organizza eventi non competitivi inclusivi.

AUSER – effettua corsi di ginnastica dolce per la prevenzione delle cadute.

**Elenco di Organizzazioni del territorio che hanno partecipato agli incontri:**

Associazioni (es. sportive)	Cooperative	sindacati
Associazione Asdam Uisp Associazione Ancora Spazio Fitness Skipintrofittness Associazione Auser Ass.podisti Mirandolesi Associazione Nordic walkig Ass. Noi per loro	Domus Assistenza Coop Gulliver Coop La Zerla	Spi Cgil

**Servizi sociali e sanitari che hanno partecipato agli incontri del gruppo:**

Servizi sociali	AUSL	ASP
Servizio sociale Mirandola	centro disturbi cognitivi	Referente Area residenziale
	medicina riabilitativa	
	coordinatore area fragili	
	educazione alla salute	
	medico pronto soccorso	

**4. Le azioni prioritarie trasversali**

I tre gruppi di lavoro tematici hanno inoltre definito delle **azioni prioritarie trasversali**, di seguito indicate. Per ognuna si specificano eventuali azioni già programmate.

AZIONI PRIORITARIE TRASVERSALI	AZIONI GIÀ PROGRAMMATE
<b>A) Costruire l'ambito territoriale distrettuale: completare il conferimento in Unione dei servizi sociali, scolastici ed educativi da parte dei comuni che mancano</b>	
<b>B) Costruire l'ambito territoriale distrettuale: qualificare il servizio sociale</b> tramite il rafforzamento della dotazione organica con operatori di ruolo per dare stabilità ai servizi, con nuove professionalità per dare ricchezza di lettura ed elaborazione: 1 Necessità di un luogo di coordinamento e di monitoraggio sui singoli progetti a cura dell'Ufficio di Piano; 2 La formazione congiunta, integrata, continuativa; 3 Personale aggiuntivo per PUASS, Centro per le famiglie, servizio di cura e	PUASS: prevista un'oss

<p>tutela in area 0-14, Ufficio di Piano, Politiche abitative</p> <p>4 Sviluppare il lavoro di comunità: assumere uno stile di lavoro basato sulla prevenzione e la proattività</p>	<p>e un'assistente sociale</p>
<p><b>C) Costruire l'ambito territoriale distrettuale: dotarsi di regolamenti unici</b> per superare le disomogeneità (accesso alla casa, contributi economici, contribuzione degli utenti ai servizi scolastici, educativi e residenziali anziani)</p>	
<p><b>D) Costruire l'ambito territoriale distrettuale: Valorizzare il terzo settore e dell'autorganizzazione dei cittadini – la co-progettazione e l'automutuoaiuto:</b></p> <p>→ Necessità di avere un luogo di raccordo-scambio informativo - coprogettazione tra pubblico e terzo settore (da qui la proposta di un tavolo permanente sul tema delle povertà e vulnerabilità sociali</p>	

# Case della salute e medicina d'iniziativa

Completato

## Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Ausl di Modena distretto di Mirandola</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Casa della Salute non è solo un luogo fisico, ma un nuovo modo di lavorare che permetta di assumere il modello della sanità d'iniziativa.</p> <p>All'interno di queste strutture lavorano in modo integrato diversi professionisti: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, ostetriche e assistenti sociali. La Casa della Salute diventa così il punto di riferimento per i cittadini sul territorio per quanto riguarda "la salute" in senso ampio, dalla promozione della salute tramite lo sviluppo di sani stili di vita, alla presa in carico integrata di patologie croniche e della non autosufficienza secondo il paradigma della medicina d'iniziativa.</p> <p>Diventa un'opportunità per riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, che contempla una modalità di erogazione dell'assistenza alternativa al ricovero ordinario, focalizzate sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensate in modo da evitare accessi multipli.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>In Provincia sono attive 11 Case della Salute così collocate: tre nel Distretto di Mirandola, una nel Distretto di Carpi, due nel Distretto di Castelfranco Emilia, due nel Distretto di Pavullo, due nel Distretto di Vignola ed una nel Distretto di Sassuolo.</p> <p>Altre 6 Case della Salute sono in fase di programmazione (Mirandola, Carpi, Modena Nord ed ESTENSE, Formigine e Sassuolo) ed altre 3 in fase di valutazione (San Felice, Soliera e Modena Sud).</p> <p>Vengono quindi riportate le funzioni ipotizzate per le Case della Salute attualmente in programmazione nella Provincia di Modena :</p> <p>Distretto di Carpi</p> <p>Nella CDS di Carpi saranno presenti i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistenza primaria con i MMG/Medicina di gruppo</li> <li>Ambulatorio della cronicità</li> <li>Centro prelievi ad accesso diretto</li> <li>Ambulatorio infermieristico</li> <li>Continuità assistenziale</li> <li>Consultorio familiare e spazio giovani</li> <li>Sportello socio-sanitario</li> <li>Punto volontariato</li> <li>Cooperativa dei MMG Meditem</li> </ul> <p>Distretto di Mirandola</p> <p>Dal progetto sono presenti i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Punto di accoglienza</li> <li>Punto di Primo Intervento</li> <li>Continuità assistenziale</li> <li>Ambulatori infermieristici</li> <li>Servizio infermieristico domiciliare</li> <li>camere ardenti + chiesa</li> </ul>

- Servizio di radiologia
- Assistenza primaria con i MMG e PLS
- Specialistica ambulatoriale
- Sportello Unico
- Punto prelievi
- Sportello volontariato
- Osco
- Servizio di riabilitazione con palestra
- Consultorio familiare
- Pediatria di Comunità
- Neuropsichiatria infantile
- Centro salute mentale
- Psicologia clinica

#### Distretto di Modena

La prima Casa della Salute sorgerà nella zona Nord della Città (Via Fanti, Quartiere 2) e sarà dedicata alla salute del bambino, dell'adolescente, della donna e della famiglia.

Accoglierà i seguenti servizi:

- Punto di accoglienza
- Sportello Unico
- Punto Prelievi
- Assistenza Primaria con Pediatri di Libera Scelta,
- Ambulatorio Infermieristico
- Ambulatori Specialistici
- Consultorio Familiare
- Pediatria di Comunità
- Neuropsichiatria Infantile
- Servizio Psicologia Minori e Famiglia
- Sportello Sociale
- Sportello Volontariato

La seconda Casa della Salute in programmazione è la CDS Estense in cui si sono ipotizzati i seguenti servizi:

- Punto di accoglienza,
- Distribuzione stomie
- Punto prelievi
- Centro terapia anticoagulante orale (centro TAO)
- Assistenza primaria con i Medici di Medicina Generale
- Ambulatorio infermieristico

#### Distretto di Sassuolo

Nella Casa della Salute di Sassuolo saranno presenti i seguenti servizi:

- Consultorio familiare
- Pediatria di Comunità
- Dipendenze Patologiche
- Psicologia Clinica
- PUASS
- Assistenza Domiciliare
- Cure Palliative
- Ambulatorio Infermieristico
- Percorsi con MMG (Diabete, Demenze)
- Centro Disturbi Cognitivi e area fragili
- Vaccinazioni Adulti
- Igiene Pubblica
- Attività di promozione della Salute (corsi per fumatori, sani stili di vita, ecc)

La Casa della Salute di Formigine sarà formata da un Polo adulti/cronicità che troverà sede nell'attuale poliambulatorio ed un Polo infanzia e adolescenza che troverà sede presso il Centro delle Famiglie Villa Bianchi.

Il polo adulti prevederebbe:

- Punto di accoglienza
- Sportello unico
- Centro Prelievi
- Servizio di Continuità Assistenziale
- Consultorio familiare
- Ambulatori specialistici
- Ambulatorio infermieristico per le cronicità

Il polo infanzia troverebbe sede presso Villa Bianchi, dove attualmente è già presente il Centro

	<p>per le Famiglie. Si prevede la presenza dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza primaria con PLS</li> <li>• Ambulatorio infermieristico</li> <li>• Servizio di Neuropsichiatria Infantile</li> <li>• Pediatria di Comunità</li> <li>• Attività di promozione della salute e prevenzione primaria, sostegno alla genitorialità in collaborazione con reti assistenziali già definite, violenza domestica.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione presente nel territorio
<b>Azioni previste</b>	<p>1 - proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con CTSS , in coerenza con la DGR 2128/2016.</p> <p>2 - diffondere e implementare nei locali territori i contenuti delle nuove indicazioni regionali, attraverso la realizzazione di un progetto formativo regionale nelle Case della Salute</p> <p>3 - proseguire nell'implementazione dei progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del PRP.</p> <p>4 - promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non afferenti ancora alle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute;</p> <p>5 - individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;</p> <p>6- Realizzazione in tutte le case della salute di servizi ad ampia diffusione utili per tutta la popolazione del bacino di riferimento.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>1 - la pianificazione delle Case della Salute avviene in condivisione con gli Enti Locali;</p> <p>2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);</p> <p>3. collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico;</p> <p>4. programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione del-le Comunità locali</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL/ Unione dei Comuni, Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>per il livello aziendale: Vezzosi Angelo- Direttore Dipartimento Cure Primarie – mail a.vezzosi@ausl.mo.it tel 059/438059</p> <p>per il distretto: Beatrice Menza - responsabile cure primarie - mail b.menza@ausl.mo.it</p> <p>Massimo Fancinelli - direttore distretto - 0535/602430</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



# Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Completato

## Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- 3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, soci

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	Tra gli ambiti su cui il sistema sanitario provinciale modenese è stato chiamato ad operare risultano di particolare rilevanza le previsioni relative al riordino ospedaliero previsto dalla DGR 2040/15 applicativa del DM n.70/2015 e alla sperimentazione gestionale sancita dalla DGR 1004/2016 che prevede la cessione della gestione del Nuovo Ospedale Civile S’Agostino Estense dall’AUSL alla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Più nello specifico, ci si riferisce alla rideterminazione di numerosità e tipologia dei posti letto alla definizione delle reti cliniche e delle vocazioni delle strutture che le compongono, in applicazione del modelli hub & spoke e dei principi di efficacia, appropriatezza organizzativa, nonché di rispetto degli indicatori relativi a volumi ed esiti collegati. Il riordino della rete ospedaliera deve essere orientato a raccordarsi secondo continuità di percorsi clinico assistenziali, di fruibilità’ dei servizi e di continuità della cura e dell’assistenza con la rete delle attività’ svolte sul territorio nel perseguimento continuo della massima semplificazione ed equità dell’accesso.																																													
<b>Descrizione</b>	<p>I traccianti operativi di maggior rilievo che sono stati presentati nel corso del 2017 alla CTSS e da questa approvati nelle sedute del 30 giugno e 30 novembre 2017 e poi rendicontati a seguire come stato d’avanzamento.</p> <p>1) La rete ospedaliera provinciale si caratterizza per le due strutture hub modenesi, Policlinico e NOCSAE, afferenti all’Azienda Ospedaliero Universitaria, per i due ospedali con valenza di riferimento per le aree Sud e Nord: Sassuolo (Azienda Ospedale di Sassuolo spa) al sud e il Ramazzini di Carpi dell’AUSL di Modena, per il nord; integrano la rete delle strutture pubbliche gli Ospedali di Mirandola al nord, Pavullo e Vignola al sud.</p> <p>La rete ospedaliera provinciale è poi completata dai quattro Ospedali privati accreditati, Pineta di Gaiato al sud e Fogliani, Igea, Rosa ed Hesperia Hospital (quest’ultima sede anche della cardiocirurgia provinciale) al centro.</p> <p>La dotazione di letti e l’afferenza geografica sono riportati nello schema a seguire che reca anche i tassi per 1.000 abitanti dei letti, complessivi e dedicati alla postacuzie-lungodegenza-riabilitazione.</p> <p><b>Rete ospedaliera provinciale</b></p> <p><b>Area nord AUSL</b></p> <table><tr><td></td><td>PL ordinari</td><td>DH</td><td>TOT</td><td>di cui LPARE</td></tr><tr><td>Carpi</td><td>270</td><td>9</td><td>279</td><td>20</td></tr><tr><td>Mirandola</td><td>116</td><td>6</td><td>122</td><td>24 ( a cui si aggiungono 23 posti Osco Mirandola e 20 posti Osco Finale Emilia )</td></tr></table> <p><b>Area sud</b></p> <table><tr><td>Pavullo</td><td>124</td><td>5</td><td>129</td><td>35</td></tr><tr><td>Vignola</td><td>89</td><td>7</td><td>96</td><td>21</td></tr><tr><td>Sassuolo</td><td>221</td><td>25</td><td>246</td><td>28</td></tr></table> <p><b>Area centro</b></p> <table><tr><td></td><td>PL ordinari</td><td>DH</td><td>TOT</td><td>di cui LPARE</td></tr><tr><td>AOU Policlinico</td><td></td><td>589</td><td>32</td><td>621</td></tr><tr><td>NOCSAE</td><td>472</td><td>15</td><td>487</td><td>99</td></tr></table>		PL ordinari	DH	TOT	di cui LPARE	Carpi	270	9	279	20	Mirandola	116	6	122	24 ( a cui si aggiungono 23 posti Osco Mirandola e 20 posti Osco Finale Emilia )	Pavullo	124	5	129	35	Vignola	89	7	96	21	Sassuolo	221	25	246	28		PL ordinari	DH	TOT	di cui LPARE	AOU Policlinico		589	32	621	NOCSAE	472	15	487	99
	PL ordinari	DH	TOT	di cui LPARE																																										
Carpi	270	9	279	20																																										
Mirandola	116	6	122	24 ( a cui si aggiungono 23 posti Osco Mirandola e 20 posti Osco Finale Emilia )																																										
Pavullo	124	5	129	35																																										
Vignola	89	7	96	21																																										
Sassuolo	221	25	246	28																																										
	PL ordinari	DH	TOT	di cui LPARE																																										
AOU Policlinico		589	32	621																																										
NOCSAE	472	15	487	99																																										

Area centro Privato accreditato				
Hesperia Hospital	96	4		
Fogliani	50	50	15	
Villa Igea	150	10	160	69
Villa Rosa	30		30	7
Area sud				
Villa Pineta	94	5	99	80

TOT. LETTI PROVINCIA

PL ordinari	DH	TOT	di cui LPARE
2.301	114	2.415	429

tot letti x 1.000 abitanti 3,4

tot letti LPARE x 1.000 ab. 0,61

popolazione di riferimento 702.949

2) L'articolazione dei posti letto provinciali sopra descritta, posta in essere già dal 31 dicembre 2016, risulta coerente con le attese del DM 70/15, della DGR 2040/15 e delle successive DGR 1003/16 e 830/17 che prevedevano per Modena una dotazione massima di 2.446 letti. Al 31 dicembre 2017, in provincia il numero complessivo di letti risulta pari a 2415 e quindi ben al di sotto dell'atteso. Con 3,44 letti x 1.000 abitanti, infatti il tasso di letti su popolazione risulta ampiamente entro il parametro di 3,7 previsto dal livello nazionale. Il numero di letti di postacuzie riabilitazione (PARE) risulta pari a 429 letti, ne deriva che, con 0,61 letti x 1.000 abitanti, l'obiettivo di adeguare il rapporto tra i letti per acuti e quelli di PARE risulta ancora disallineato rispetto all'atteso (0,7 x 1.000 abitanti). E' necessario pertanto riequilibrare il rapporto fra letti per acuti e post-acuti all'interno della ospedaliera provinciale, privilegiando nell'ambito della post-acuzie l'area riabilitativa, concentrando e specializzando le attività in ambito riabilitativo Neurologico, ortopedico, oncologico.

Sono in corso di estensione i progetti che prevedono l'utilizzo congiunto di piattaforme e l'impiego di team interaziendali operanti su più sedi.

Ci si riferisce nello specifico alla condivisione con équipe di altre Aziende, Sassuolo spa (NOS) e Ospedaliero Universitaria (AOU) degli spazi di sala operatoria, e delle collegate risorse di posto letto, degli ospedali di Pavullo e Vignola, di Carpi e Mirandola. Su questi spazi, negli ospedali di area Sud, in aggiunta alle esperienze già in essere e consolidate con le équipe orl, oculista e urologia del NOS che da tempo operano a Pavullo e Vignola, s'è oggi attiva anche la chirurgia generale di Sassuolo. Tale attività sarà estesa nei prossimi mesi consentendo di ampliare il mix della casistica operata nelle sedi di Vignola e di Pavullo rendendo più efficiente l'utilizzo delle risorse (sale operatorie e letti chirurgici), anche allo scopo di consentire di migliorare la performance della strutture di Sassuolo che si caratterizza ad oggi per numerosità dei pazienti in lista e per tempi d'attesa chirurgici, superiori alle attese regionali (vd. anche oltre progetto SIGLA).

Anche a Mirandola è attivo e sarà ulteriormente sviluppato un progetto di utilizzo congiunto, tra più équipe di diverse strutture, delle sale operatorie e dei letti chirurgici. L'attività riguarda i chirurghi generali, gli urologi, i ginecologi, gli otorinolaringoiatri e gli oculisti di Carpi che possono in questo modo garantire ai propri pazienti in lista d'attesa per intervento chirurgico, una offerta più ampia e diversificata anche sull'area geografica nord.

L'équipe di endoscopia digestiva di area nord, è in grado di garantire le prestazioni di 1° e 2° livello (compreso lo screening del tumore del colon retto) su entrambi i distretti di Carpi e Mirandola, i livelli di collaborazione in essere e costantemente rinnovati con le strutture del NOCSAE risultano necessari a gestire i livelli più elevati di complessità.

Anche i chirurghi di discipline chirurgiche specialistiche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena garantiscono la loro presenza in strutture della rete provinciale. Alla Otorinolaringoiatria della AOU è stata affidata la funzione apicale a Carpi e garantisce le attività otoiatiche previste dallo specifico documento di integrazione interaziendale. L'UO di ortopedia del NOCSAE garantisce con i propri professionisti gli interventi di chirurgia ortopedica ambulatoriale a Castelfranco. Sempre in area nord, si sono avviate le collaborazioni con le équipe dell'Azienda ospedaliera nelle seguenti discipline: dermatologia, chirurgia plastica e maxillo-facciale, strutture che operano prevalentemente a Carpi.

3) Per le reti cliniche, gli obiettivi specifici per la rete dell'emergenza ed in particolare quelli relativi alle patologie tempo dipendenti (IMA, stroke, trauma grave, urgenze/emergenze di endoscopia digestiva, chirurgia vascolare e cardiocirurgiche), restano rappresentati dal mantenimento dei percorsi di centralizzazione già in essere, da tempo condivisi a livello provinciale, e caratterizzati da indici di performance allineati agli standard di riferimento come evidenziato dal periodico monitoraggio. A questo proposito risultano attivi i percorsi di ulteriore implementazione dei livelli di fast track raggiunti per IMA e Ictus (accesso diretto a strutture hub quali emodinamica e stroke unit delle emergenze per IMA-STEMI ed ictus



passibili di trombolisi), garantendo tempi di attivazione/intervento in linea con gli attesi previsti dai protocolli in essere. A tale proposito, poi, si sottolinea che continueranno i monitoraggi di questi percorsi che saranno condotti anche attraverso specifici audit e la loro revisione periodica, revisione dei PDTA con valenza provinciale (vd obiettivi budget 2018). Si prevede il mantenimento del ruolo di riferimento del NOCSAE per quanto attiene l'attività di chirurgia vascolare, sia per l'attività in urgenza che per l'elezione a maggiore complessità. Proseguirà il monitoraggio dell'attività (registro traumi) del centro traumi gravi del NOCSAE che, pur non essendo attualmente inserito tra i trauma center regionali, presenta volumi di attività e performance in linea con le altre strutture regionali (Parma, Cesena, Bologna). È in corso la ulteriore definizione dei rapporti e dell'articolazione dell'offerta di prestazioni nell'ambito della rete di endoscopia digestiva. L'endoscopia di Carpi, oggi in grado di garantire anche prestazioni di 2° livello per quanto attiene l'interventistica, resta il riferimento per l'area nord, in rete con l'Ospedale di Baggiovara per le prestazioni di 3° livello. Per l'area sud il riferimento per il 2° ed il 3° livello resta al momento l'Ospedale di Baggiovara. Nell'ambito della rete nefrologica si è adeguata l'assistenza nefro-dialitica all'incremento della domanda definendo una modalità organizzativa basata sulla stratificazione per complessità della prestazione. La Struttura Semplice Dipartimentale di Nefrologia e Dialisi di Carpi ha acquisito la gestione dei punti di erogazione di prestazione dialitica e nefrologica dell'area sud: nella riorganizzazione si è programmato l'aumento delle sedi CAD, con inizio dal CAL dall'Ospedale di Sassuolo, prevedendo un incremento a 15 posti letto di dialisi effettivi, oltre a questo si attuerà l'incremento dei turni medico-assistiti in tutte le sedi di Area Sud. Inoltre verrà implementata la dialisi domiciliare e verrà realizzata una piattaforma per gli accessi vascolari di pazienti complessi, in collaborazione con l'AOSP.

In tema di collaborazione tra le équipes di Policlinico e Mirandola merita una sottolineatura la realizzazione della rete per i Disturbi del Sonno (OSAS) che, nel giugno 2017, ha visto l'inaugurazione del Centro provinciale di Mirandola e la definizione dei rapporti tra il territorio (MMG) e gli specialisti coinvolti (ORL e pneumologi), la revisione condivisa della rete di offerta e dei criteri di accesso per le 1° viste orl e pneumologica, ma anche per la polisonnografia e l'adattamento alla C-PAP. Il progetto dovrà trovare piena e continua implementazione nei prossimi mesi.

Tutte le collaborazioni sopra citate prevedono, in aggiunta all'attività specifica di ricovero di cui si è detto, la garanzia dei percorsi ambulatoriali pre e post ricovero di accesso e selezione della casistica, garantita anche in sedi della rete diversa da quella di appartenenza.

Si richiama altresì la collaborazione in essere con i colleghi specialisti in neuroradiologia del NOCSAE che garantiscono le sedute di diagnostica TAC e RM cerebrali rivolte a pazienti esterni e ricoverati presso l'Ospedale di Carpi, la cooperazione si completa poi con il servizio di guardia neuroradiologica che i professionisti del NOCSAE assicurano sulle 24 ore per le urgenze che dovessero occorrere su base provinciale, si tratta di un supporto garantito a tutte le articolazioni della rete ospedaliera territoriale (reparti e servizi di emergenza di AUSL, AOU e NOS).

Per la riorganizzazione della rete materno infantile, in particolare a seguito della chiusura del Punto Nascita di Pavullo e la concessione della deroga al Punto nascita di Mirandola si rimanda alla scheda 31 dei PDZ.

Per le reti delle cure palliative si rimanda alla scheda 7 dei PDZ.

4) Centralizzazione dell'attività di chirurgia oncologica secondo la programmazione già definita e che vede, già da tempo, la centralizzazione/riconduzione degli interventi per patologie di chirurgia generale e urologica volume dipendenti presso gli hub provinciali dell'AOU, Policlinico e NOCSAE per le neoplasie maligne di seguito elencate: esofago, stomaco, fegato, pancreas, prostata (anche con metodica robotica assistita), polmone e tiroide, oltre a vescica e rene. In area nord, Carpi garantisce autonomia di risposta per il carcinoma del colonretto, della mammella, della prostata e della tiroide mentre in area sud, il NOS assicura la chirurgia oncologica del colonretto e della prostata, del rene e della vescica. Per quanto attiene gli interventi di chirurgia ginecologica le indicazioni regionali relative alla concentrazione della patologia oncologica ovarica richiedono di completare la concentrazione di tale casistica che dovrebbe avvenire su base sovraprovinciale. Gli ospedali spoke a vocazione produttiva specifica (Pavullo, Vignola e Mirandola) non erogano attività di chirurgia oncologica.

5) Riorganizzazione dell'attività chirurgica in elezione ed urgente volta alla massima separazione (logistico/funzionale) possibile dei percorsi dell'elezione dai percorsi dell'urgenza al fine di ottenere maggiore efficienza e tempestività d'intervento. Tale riorganizzazione trova una ulteriore motivazione nella necessità divenuta più stringente con l'avvio, nel 2017, del progetto regionale (SIGLA) di riorganizzazione dell'attività chirurgica in elezione allo scopo di contenere i tempi di attesa per interventi chirurgici programmati quali (protesi di anca e ginocchio, tonsillectomia, emorroidectomia, ernie e chirurgia oncologica) con l'obiettivo di assicurare il 90 % degli stessi entro la fascia di priorità individuata. Perseguono tale finalità i

progetti che vedono l'utilizzo della piattaforma sala operatoria degli ospedali della rete anche da parte di professionisti afferenti ad altre sedi ospedaliere della AUSL (orl, oculisti ortopedici, urologi e chirurghi generali di Carpi che operano a Mirandola) o ad altre Aziende: orl, dermatologi, chirurghi maxillo facciale e plastici dell'AOU che operano a Carpi) e orl, urologi, oculisti e chirurghi del NOS che operano a Pavullo e Vignola. Questo modello organizzativo si può considerare ampiamente collaudato ed in via di espansione.

6) Concentrazione dell'attività programmata complessa e urgente in accordo con il principio volume/esiti con riconduzione presso gli hub provinciali AOU-NOCSAE della casistica complessa, soprattutto oncologica, e/o per complessità clinica del paziente. Le attività di chirurgia di urgenza e programmata, anche oncologica limitatamente al colon-retto di media complessità sono svolte anche presso le strutture di Carpi per le rispettive aree di afferenza (nord e sud). A Mirandola, Pavullo e Vignola continuerà ad essere garantita l'attività in elezione per casistica di media complessità erogabile in regime di ricovero, di day surgery o ambulatoriale, per bacini di utenza anche più ampi di quelli geografici di afferenza, specializzando la propria funzione in modo da elevare le performance produttive della struttura al servizio dell'intera rete dell'offerta, consentire l'attività di équipes chirurgiche provenienti da differenti strutture ed il mantenimento per queste stesse équipes di un portafoglio di competenze alto e differenziato, da mettere al servizio dell'offerta secondo modelli di decentramento produttivo. Definizione delle vocazioni produttive delle diverse strutture della rete con mantenimento della capacità delle strutture decentrate di rispondere alle esigenze autosufficienza soprattutto per le attività a bassa complessità ed ampia diffusione, con particolare riferimento all'attività chirurgica, ortopedica e ginecologica a maggior impatto epidemiologica. Mantenimento delle funzioni di medicina interna privilegiando la logica della prossimità in considerazione della sostanziale omogeneità della casistica, concentrando solo le discipline a maggior valenza specialistica per favorire il mantenimento di adeguate skill professionali nonché un accettabile tasso di attrattività delle strutture stesse per il personale neo-assunto.

Condivisione dell'utilizzo di piattaforme produttive negli ospedali/strutture della rete con particolare riferimento ai blocchi operatori di Pavullo, Mirandola e Vignola per i quali è in corso di implementazione il percorso di estensione alla équipe di Chirurgia di Sassuolo per l'Area Sud e di Carpi per l'Area Nord degli spazi di sala operatoria disponibili per differenti discipline chirurgiche generali e specialistiche. In ambito di diagnostica specialistica le diagnostiche per immagini di Carpi (RM e TAC) sono da tempo utilizzate in modo congiunto dalla locale équipe di radiologia e da quella neuroradiologica del NOCSAE.

Un caso particolare meritevole di evidenza è rappresentato dalle attività chirurgiche svolte presso la Casa della Salute di Castelfranco che rappresenta un esempio concreto di piattaforma produttiva territoriale. In questa sede sono chiamati ad operare su percorsi condivisi con il territorio di arruolamento e gestione della continuità di cura, diversi specialisti ospedalieri afferenti alle due Aziende pubbliche modenesi (dermatologici, chirurghi vascolari, endoscopisti, ortopedici, oculisti e ginecologici). Altra specificità della Casa della Salute di Castelfranco è rappresentata dalla presenza del Centro di riferimento di 3° livello per la terapia del dolore che, oltre a coordinare la rete territoriale, è in grado di assicurare gli interventi di maggiore complessità in regime di day surgery e ricovero ordinario anche presso l'Ospedale Civile di Baggiovara.

Al fianco di tali attività si svolgono quelle pre-operatorie e quelle relative ai percorsi di specialistica ambulatoriale (cardiologia, ortopedia, oculistica, chirurgia generale, diabetologia, geriatria, ginecologia, dermatologia, endocrinologia, urologia, pneumologia, nefrologia, medicina riabilitativa). Nella medesima struttura, trova collocazione uno dei due OSCO attivi in provincia e, a far tempo dal 2019, sarà accolto il primo Hospice.

7) Miglioramento e verifica dei percorsi di centralizzazione dei pazienti critici che necessitano di assistenza in TI con definizione delle strutture di riferimento in funzione dei quadri clinici presenti, attraverso la ridefinizione delle afferenze per livello di area e per livello provinciale, nonché dei protocolli di inquadramento e di accompagnamento clinico.

8) Sviluppo dei percorsi di ri-decentramento dei pazienti centralizzati che hanno superato la fase di acuzie che richiedeva il loro ricovero presso l'hub. La restituzione al territorio di provenienza di tali pazienti oltre ad agevolare i percorsi dei pazienti più fragili (dimissione protetta, avvio di progetti di presa in carico della fragilità/cronicità, assistenza domiciliare), risulta rilevante nell'ottica di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse della rete; infatti, si liberano le "preziose" risorse delle strutture hub che in questo modo sono nuovamente disponibili per gli interventi di maggiore complessità. È in quest'ottica che trovano inquadramento le iniziative per la definizione e adozione dei percorsi di dimissione protetta per pazienti fragili e attivazione di sistema informatico condiviso di supporto a questa gestione.

9) Sviluppo del Team GRACER cerebrolesioni-mielolesioni. La Rete GRACER rientra nella

	rete assistenziale del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e nella Delibera di Giunta del 22/07/02 n° 1267 relativa alla organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello "Hub & Spoke". Il governo della rete a livello della provincia di Modena per quanto riguarda i bisogni riabilitativi dei pazienti con grave lesione cerebrale, si caratterizza per le modalità di invio dei pazienti ai centri Hub regionali e ai centri H/S e le modalità di rientro nel territorio dai centri di alta specialità, nonché il governo dei rientri in strutture di alta specialità regionali ove fosse necessario. La rete GRACER vede Ospedali con funzione Spoke per acuti (A), ospedali Hub di alta specialità, Ospedali H/S, Ospedali Spoke O e servizi con funzioni territoriali Spoke T. Obiettivi del TEAM sono di valutare il livello di intensità assistenziale e di intervento socio-assistenziale più appropriata per ciascun paziente identificando i bisogni riabilitativi e definendo precocemente rispetto alla dimissione ospedaliera la presa in carico territoriale dei pazienti in coerenza con la valutazione multidimensionale effettuata dalle UVM territoriali di residenza, condividendo ed elaborando criteri comuni; definire un percorso personalizzato di rientro dai centri Hub e H/S mediante il coordinamento con i referenti della Aree Fragili dei Distretti; monitorare il risultato del percorso in coerenza con il progetto riabilitativo individuale; promuovere il coinvolgimento del caregiver nel progetto riabilitativo individuale (scheda 5 PdZ)
<b>Destinatari</b>	pazienti del SSR, le Aziende Sanitarie e le Case di Cura Private Accreditate e i rispettivi professionisti
<b>Azioni previste</b>	<p>1- Ridefinire le discipline incluse nelle reti Hub&amp;Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto ai bacini di utenza, unità operative, assetto della rete.</p> <p>2- Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), miglioramento del livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere, incrementando il passaggio del ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali (ospedali di comunità).</p> <p>3- Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete.</p> <p>4- Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitari e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera.</p> <p>5- Sviluppare la valutazione sull'esperienza dell'organizzazione dei reparti per intensità di cure.</p> <p>6- monitoraggi dei PDTA a valenza provinciale, attraverso audit e revisione periodica.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unioni di comuni comune di Modena
<b>Referenti dell'intervento</b>	Panico Manuela – Direttore del Presidio Unico – mail - m.panico@ausl.mo.it - tel 0535/602253
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**



# Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità' in Emilia Romagna

Completato

## Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Rendere concreto il processo di integrazione fra reti cliniche/assistenziali significa ridisegnare, in simultanea, le cure primarie, l'assistenza ospedaliera e le soluzioni residenziali o domiciliari. Non si può riorganizzare l'assistenza primaria e la rete ospedaliera se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture intermedie territoriali, la cui carenza, o mancata organizzazione in rete, ha inevitabilmente forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.</p> <p>Il Rapporto OASI 2010 evidenzia come nella letteratura internazionale questo delicato tema dell'integrazione tra ospedale e territorio è stato negli anni sviluppato principalmente con due prospettive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'intermediate care, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l'ospedale ed il domicilio del paziente e che si caratterizza per il contenuto socio-assistenziale delle prestazioni erogate e per il coordinamento multi-professionale;</li> <li>• la transitional care, che include l'intermediate care e rappresenta invece l'assetto organizzativo che consente le modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza.</li> </ul> <p>L'Ospedale di Comunità, rappresenta uno snodo intermedio, sia per l'ospedale che per il domicilio, i cui tratti costitutivi, possono essere sintetizzati in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servire un bacino di utenza afferente al territorio di pertinenza</li> <li>• non essere dotato di funzioni specialistiche</li> <li>• avere dimensioni ridotte</li> <li>• essere collocato al di fuori degli ospedali generali</li> <li>• assistere pazienti in carico al medico di medicina generale</li> <li>• trattare un case mix che può coinvolgere tutte le branche specialistiche</li> <li>• fornire, quando appropriato, un programma riabilitativo finalizzato al recupero delle attività in particolare in soggetti anziani</li> </ul> <p>Gli elementi chiave, comuni a tutta la filiera organizzativa delle Cure Intermedie (che oltre agli OSCO comprendono i reparti di post acuzie e lungodegenza, le CRA e l'ospedalizzazione a domicilio) sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'implementazione delle "transitional care" (cure traslocazionali), cioè di quell'insieme di attività in grado di garantire il coordinamento e la continuità nel passaggio da un setting di cura all'altro;</li> <li>• la continuità terapeutico-assistenziale;</li> <li>• l'efficace comunicazione bidirezionale tra struttura inviante e struttura ricevente;</li> <li>• l'adeguata preparazione dei pazienti e dei caregiver a ricevere le cure previste dal setting successivo e dal loro coinvolgimento diretto nel piano di trasferimento.</li> </ul> <p>PROSSIMITÀ: valenza distrettuale</p> <p>GARANTIRE INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE</p> <p>SUPPORTO: in relazione alla impossibilità di gestire a livello domiciliare le disautonomie nella cronicità, facilitazione paziente / famiglia</p> <p>SUPPORTO/FORMAZIONE: possibilità di costruire un percorso di care giver per i famigliari come</p>
------------------	--

	<p>prospettiva di successiva domiciliarizzazione del paziente. Coinvolgimento delle risorse della comunità. INCENTIVAZIONE DI UNO STEP INTERMEDIO DI CURA PER PAZIENTI CRONICI: luogo di incontro tra valutazioni ospedaliere, MMG, SADI, CdS</p>
Descrizione	<p>Il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del sistema sanitario provinciale ha definito la trasformazione di posti letto ospedalieri sanitari in posti letto distrettuali (ospedali di comunità, strutture intermedie) nelle strutture di Fanano e Castelfranco.</p> <p>L'OsCo è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti.</p> <p>Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.</p> <p>Gli OsCo si caratterizzano nella degenza a gestione infermieristica, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal proprio MMG, nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio; si tratta pertanto di cure intermedie che realizzano, per questi soggetti, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera e prima del rientro al proprio domicilio, in raccordo con l'ADI.</p> <p>L'Ospedale di Comunità deve essere un luogo "aperto", dove gli spazi sono pensati per una tipologia di degenza che prevede la presenza dei familiari senza vincoli di orario, con la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole, dove prevale la cura ai bisogni della persona rispetto alla cura medica.</p> <p>Il personale infermieristico diventa il principale protagonista del nuovo modello assistenziale, nonché il riferimento operativo nella gestione del reparto nel corso delle 24 ore.</p> <p>La responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato quindi a svolgere una funzione di "case management", particolarmente strategica per l'impianto dell'Ospedale di Comunità. Prendendo in esame, infine, l'attività dei due OsCo già attivi in Provincia di Modena (Fanano e Castelfranco), che si collocano a ponte fra l'assistenza territoriale e l'ospedale, per tutti casi che non necessitano di un ricovero ospedaliero in ambiente specialistico, ma di un'assistenza sanitaria non erogabile al domicilio, emerge quanto segue.</p> <p>Per entrambe le strutture gli indici di occupazione sono di circa il 70%. L'OsCo di Castelfranco Emilia è dotato di 17 posti letto, nell'anno 2016 ha avuto 254 persone ricoverate e la proposta di ricovero avviene nel totale dei casi dalla Commissione UVM; l'OsCo di Fanano è dotato di 15 posti letto e nell'anno 2016 ha avuto 177 ricoveri, proposti solo in minima parte dalla Commissione UVM (7%) e nella maggioranza dei casi da MMG o da altri Medici. La degenza media supera le 6 settimane nell'0.4% dei casi presso la Struttura di Castelfranco Emilia e nel 4% dei casi presso quella di Fanano. Presso l'OsCo di Fanano la percentuale di re-ricoveri è del 16% per la classe di età 65-74 e del 13% per gli ultra75enni. Presso l'OsCo di Castelfranco Emilia la percentuale di re-ricoveri è pari al 3.6% per entrambe le classi di età. Le motivazioni dei ricoveri sono differenti nelle due strutture modenesi: a Castelfranco Emilia le motivazioni più frequenti per l'ammissione in OsCo sono la necessità di educazione/addestramento del paziente e/o caregiver, sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa e riattivazione funzionale; presso l'OsCo di Fanano la principale motivazione è la necessità di monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica, seguito dalla riattivazione funzionale e dalla necessità di sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa. Dall'analisi delle motivazioni socio-familiari, infine, per entrambe le strutture prevale la perdita di autonomia e disabilità, seguita per Castelfranco dalle difficoltà abitative e per Fanano dall'assenza di familiari/parenti.</p> <p>Le due strutture rispondono principalmente alla domanda dei residenti dei Distretti di Castelfranco Emilia e di Pavullo. Dall'analisi dei dati si evince una differente modalità di "utilizzo" e una diversa vocazione dei due OsCo: uno più legato alle strutture Ospedaliere dalle quali provengono la maggior parte degli accessi mediati tramite valutazione UVM e l'altro in maggiore continuità con le articolazioni territoriali.</p> <p>In entrambi i casi il governo dell'accesso alle strutture, tramite procedure e criteri codificati, assume evidentemente un'importanza strategica in un'ottica di utilizzo efficiente delle risorse e a garanzia di equità per i pazienti utenti.</p> <p>A livello provinciale si ritiene opportuno affrontare la problematica suddividendola in 3 tipologie di interesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OsCo attivi (Castelfranco E., Fanano)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi (Mirandola con inizio lavori previsto per il 2020 e Finale E. con inizio lavori previsto per fine 2018 / inizio 2019)</li> <li>Ipotesi di completamento rete OsCo (Modena, Vignola),)</li> <li>Continuum assistenziale fra Ospedali, OsCo, CRA e domicilio</li> </ul> <p>Per quanto riguarda gli OsCo attivi, necessità di verificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>appropriatezza e modalità di accesso</li> <li>efficacia degli interventi</li> <li>livelli di efficienza</li> <li>valutazione dell'esperienza dei pazienti/familiari ed operatori</li> <li>dimissione</li> </ul> <p>Per quanto riguarda gli OsCo in progettazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>definizione modello organizzativo, utilizzando le esperienze degli OsCo già funzionanti</li> <li>coinvolgimento risorse del territorio</li> <li>aspetti comunicativi</li> </ul> <p>Per quanto riguarda il completamento rete OsCo provinciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>definizione del fabbisogno per i Distretti</li> <li>mappatura delle strutture potenzialmente riconvertibili</li> </ul> <p>valutazione costi strutturali e di gestione</p>
<b>Destinatari</b>	<p>OsCo attivi      OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi      Ipotesi di completamento rete OsCo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pazienti</li> <li>famigliari</li> <li>operatori OsCo</li> <li>fornitori (H, MMG, CRA) – Distretto - DSS      •      Cittadinanza</li> <li>Associazioni</li> <li>MMG</li> <li>Servizio Sociale Territoriale</li> <li>Ospedali invianti</li> <li>CRA</li> <li>Direzione AUSL Mo</li> <li>CTSS</li> <li>Comitato di Distretto</li> <li>Uffici di Piano (per quanto attiene alle CRA)</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<p>OsCo attivi      OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi      Ipotesi di completamento rete OsCo</p> <p>1.Audit OsCo/DAST/H riferimento/ PUASS/DSS</p> <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>appropriatezza degli accessi</li> <li>standardizzazione modalità di accesso</li> <li>monitoraggio risultati</li> <li>ottimizzazione gestione (occupazione posti letto, re-ricoveri, ecc.)</li> <li>valutazione delle modalità di dimissione ed esiti sul territorio</li> </ul> <p>2. Corso di formazione per care giver</p> <p>3. Raccolta ed elaborazione esperienza pazienti/care giver ed operatori</p> <p>4. Possibili percorsi MMG (CRA) OsCo      •      Definizione assistenza medica in OsCo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuazione e formazione personale di assistenza</li> <li>Elaborazione e condivisione percorsi di accesso e dimissione      •      Analisi dati SIRCO e valutazione audit OsCo attivi per individuazione fabbisogno per Distretto</li> <li>Valutazione ulteriore possibile fabbisogno di strutture per la realizzazione di OsCo</li> <li>Valutazione fattibilità e sostenibilità</li> <li>Presentazione dati a Direzione Aziendale, CTSS, Comitato di Distretto</li> </ul>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	CTSS, Comunità (associazioni di pazienti di volontariato); Servizi Sociali nel percorso assistenziale individualizzato in ambito PUASS.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dallari Antonella – Direttore del Distretto di Castelfranco mail – an.dallari@ausl.mo.it tel. 059/929711 Serantoni Carlo – Direttore del Distretto di Pavullo mail - c.serantoni@ausl.mo.it tel. 0536/29248
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



# Budget di Salute

Completato

## Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Gli interventi di cura e riabilitazione più avanzati in Salute Mentale sono rivolti primariamente a contrastare il pericolo della neo-istituzionalizzazione attraverso metodi finalizzati alla prossimità territoriale delle cure, alla domiciliarità e alla de-ospedalizzazione degli interventi. La metodologia del Budget di Salute risponde a questi obiettivi attraverso interventi di politica sanitaria diretti ad intervenire sui determinanti sociali della salute, a favorire l'empowerment e a far sì che l'utente e i cittadini siano riconosciuti come co-produttori di salute, valorizzando le risorse informali della Comunità secondo il principio della sussidiarietà.</p> <p>Approccio già sperimentato in Canada, in USA e in UK, l'esperienza italiana del Budget di Salute si qualifica per il forte impulso diretto all'empowerment e per l'approccio rivolto ai diversi determinanti sociali della salute, il tutto realizzato all'interno della progettazione integrata che caratterizza l'assistenza sociosanitaria italiana.</p> <p>Le prime esperienze nazionali di interventi riabilitativi attraverso la metodologia del Budget di Salute hanno portato la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 2155 del 27 dicembre 2011, all'approvazione del progetto, denominato "Budget di Salute", finalizzato alla definizione di «... percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale e di supporto alla domiciliarità, all'interno del quadro programmatico offerto dai piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale....»</p> <p>Nel 2013 nella realtà modenese è stato steso il "Protocollo operativo" relativo al Budget di Salute tra DSMDP e Comune di Modena, frutto di una condivisione di intenti con il Terzo settore e le Associazioni di volontariato, atto che ha caratterizzato le successive convenzioni e accordi.</p> <p>La successiva Delibera della Regione Emilia Romagna 1554/2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la realizzazione di Progetti con la Metodologia del Budget di Salute" descrivendolo come "uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso"....."per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale."</p> <p>Gli interventi riabilitativi, infatti, che hanno dimostrato un'efficacia nel modificare il decorso delle malattie mentali, sono proprio quelli nell'ambito dell'inclusione attraverso l'asse lavoro, l'asse casa e della socializzazione. Sono ambiti che corrispondono anche ai determinanti sociali della salute, indicati dall'OMS quali obiettivi verso i quali indirizzare le politiche sanitarie. La metodologia del Budget di Salute, in particolare, fa riferimento al modello dell'abitare supportato, caratterizzato da una progettazione in ambienti reali con un elevato livello di integrazione nella Comunità e di inclusione sociale, così da rappresentare lo strumento principe per contrastare il pericolo della istituzionalizzazione che, come evidenziato dalle rilevazioni epidemiologiche, si nasconde dietro la tradizionale residenzialità psichiatrica.</p>
------------------	--

<b>Descrizione</b>	<p>Il Budget di Salute è uno strumento a sostegno della progettazione terapeutico riabilitativa in ambito sociosanitario delle persone in carico al DSM-DP. Tale progettualità si realizza secondo modalità personalizzate e si attua negli ambiti dell'abitare, della formazione/lavoro e della socialità con l'obiettivo della recovery e della restituzione dei diritti di cittadinanza.</p> <p>L'investimento economico, definito "budget di salute", rappresenta la sintesi delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie per innescare tale processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale accettabile e alla cui produzione perciò partecipano il paziente stesso, la famiglia e la comunità.</p> <p>La realizzazione prende inizio da una presa in carico congiunta, che vede parte attiva gli operatori del DSM-DP e del Settore Politiche Sociali che costituiscono l'Equipe integrata. Questa, in stretta relazione con gli obiettivi personali espressi dalla persona, attraverso una fase di valutazione multidisciplinare, arriva a definire i traguardi verso i quali indirizzare la progettazione.</p> <p>Tre sono gli strumenti utili per arrivare a tali obiettivi: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), il Contratto stipulato dai protagonisti della programmazione.</p> <p>L'UVM rappresenta il processo attraverso il quale l'Equipe integrata, tramite le competenze professionali e gli opportuni strumenti di valutazione ambientale, personale e funzionale, arriva ad una lettura individualizzata dei problemi complessi e molteplici di cui sono portatori le persone, individua gli obiettivi, almeno in uno degli ambiti dedicati alla progettualità integrata (abitare, lavoro, socialità), arriva a delle adeguate proposte progettuali di intervento, formula infine un giudizio di fattibilità e di equità rispetto all'utilizzo delle risorse. Al termine di tale processo viene a costituirsi l'Equipe di Progetto.</p> <p>All'interno della progettazione integrata l'UVM rappresenta anche una fase di periodica verifica: sono infatti previsti momenti di confronto e di verifica progettuale tra gli attori del processo per permettere un regolare monitoraggio e una verifica degli obiettivi raggiunti.</p> <p>Il PTRI rappresenta lo strumento concreto di programmazione e di definizione degli interventi riabilitativi che accompagna il percorso verso la recovery a partire dagli specifici bisogni di quel paziente e dalle risorse a disposizione, tanto personali quanto contestuali, consentendo di descrivere e attestare le modifiche dei percorsi intrapresi e dei risultati e delle verifiche in itinere.</p> <p>Il Contratto rappresenta un momento fondamentale della progettazione perché rappresenta il segno tangibile del coinvolgimento e della partecipazione attiva della persona al suo progetto di vita. Permette la definizione dell'impegno di ciascuno e quale sia l'utilizzo delle risorse, sia di comunità che professionali, sia umane che economiche; le responsabilità, gli impegni e le azioni di ciascuno; i tempi di realizzazione e la scadenza delle verifiche.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Pazienti dei Centri di Salute Mentale; pazienti in carico alle Dipendenze Patologiche; pazienti in carico alla NPJA; pazienti in carico alla Psicologia Clinica; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>a) Sottoscrizione di una convenzione tra Unione e Servizio Salute mentale che confermi la metodologia del Budget di Salute come premessa alla progettazione sociosanitaria in Salute Mentale</p> <p>b) Implementazione dello strumento nei pazienti CSM per favorirne l'uscita dai percorsi di residenzialità psichiatrica e in particolare adozione della metodologia nelle situazioni di esordio psicotico fin dalle prime fasi della progettazione</p> <p>c) Consolidare l'adozione della metodologia BdS a livello distrettuale attraverso la definizione e l'uso di strumenti condivisi tra AUSL ed Enti Locali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UVM: definizione di modalità di attuazione secondo le linee guida regionali pur tenendo conto delle caratteristiche peculiari delle realtà locali</li> <li>• PTRI: diffusione dello strumento attualmente in uso nella realtà modenese associato all'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento</li> <li>• Contratto: come segno concreto della partecipazione al progetto della persona</li> </ul> <p>d) Diffusione dell'uso della metodologia del BdS ai pazienti SerT, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Psicologia clinica</p> <p>e) Programmazione di eventi formativi congiunti ed eventi aperti alla comunità</p> <p>f) Sperimentazione dello strumento BdS rispetto ad altre tipologie di soggetti fragili</p> <p>OLTRE ALLE AZIONI DI LIVELLO PROVINCIALE RIPETUTE NEI DIVERSI DISTRETTI, nel distretto di Mirandola, ci si propone di:</p> <p>g) Programmare eventi formativi congiunti ed eventi aperti alla comunità</p>

	<p>h) Sperimentare lo strumento BdS rispetto ad altre tipologie di soggetti fragili (es: ragazzi con disabilità cognitiva)</p> <p>i) sperimentare l'attivazione di un appartamento ad alta autonomia con livelli di assistenza molto limitati, per utenti provenienti dalle altre due esperienze abitative in atto nel territorio (1 con copertura 6 ore e 1 con copertura 4 ore al gg), allo scopo di preparare un gruppo di utenti ad un rientro nella propria abitazione o nuova abitazione autonoma.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Domiciliarità e prossimità: salute in carcere, umanizzazione e reinserimento; Promozione autonomia: misure a contrasto della povertà (RES, SIA/REI); avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Legge Regionale 14/2015; la casa come forma di inclusione e benessere sociale. Partecipazione e responsabilizzazione: valorizzazione esperienze esperienziali e aiuto tra pari</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>DSMDP, DCP, Enti Locali, Enti del Terzo Settore, Associazioni Volontariato, Associazioni Utenti, Associazioni Familiari, Comunità intera, Giustizia (?), Gruppi di Auto-mutuo-aiuto, Utenti esperti</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>per le azioni provinciali: Marrama Donatella – Responsabile CSM Modena Est – mail - d.marrama@ausl.mo.it tel. 059/2134608</p> <p>per l'ambito territoriale: dott.ssa Roberta Covezzi - r.covezzi@ausl.mo.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>soggetti del terzo settore, famigliari</p>

Totale preventivo 2018: € 0,00

## Indicatori locali: 2

### 1°: soggetti con fragilità socio sanitaria

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 5 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 6

- **Obiettivo 2019:** 7

- **Obiettivo 2020:** 8

### 2°: soggetti con disturbo spettro autistico

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 5



# Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi, socio-sanitari e sanitari

Completato

## Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 4 Budget di salute
- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 7 Presa in carico del patient

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola, Unione comuni modenese area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Legge Regionale n.2 del 2014 e le linee attuative della legge approvate con DRG n. 858 del 16 giugno 2017 forniscono indicazioni operative per il sistema dei servizi socio-sanitari in merito alle azioni da sviluppare per l' identificazione, il coinvolgimento, la valorizzazione e il sostegno del ruolo del caregiver.</p> <p>Il caregiver viene riconosciuto come componente informale della rete di assistenza della persona, risorsa del sistema integrato della rete dei servizi socio-sanitari, ma anche portatore di specifici bisogni che richiedono ascolto e tutela. Le linee attuative offrono indicazioni funzionali precise in merito: al riconoscimento del caregiver nella rete assistenziale: - nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) il caregiver deve essere formalmente identificato e coinvolto nel percorso di definizione realizzazione e valutazione del PAI, il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nella redazione del PAI è anche previsto dai nuovi LEA ( DPCM 12 gennaio 2017; art.1 , comma 3) e dal Piano Nazionale Cronicità ; alla programmazione e realizzazione di interventi di informazione, formazione e di azioni di sostegno al benessere del caregiver in un ottica integrata di raccordo e coordinamento con la rete locale e al riconoscimento delle competenze del caregiver familiare nell'ambito del Pai.</p> <p>Un aspetto fondamentale è altresì rappresentato dai "Giovani caregiver" che si prendono cura assiduamente di un familiare bisognoso di assistenza, con responsabilità da adulti e conseguenze significative nella loro vita di tutti i giorni, a scuola, al lavoro, nelle relazioni sociali. Sono figli, fratelli, nipoti o, in qualche caso, giovani genitori di persone affette da disabilità fisiche o mentali, da malattie terminali o croniche, o da dipendenze. In Italia, secondo i dati ufficiali disponibili, elaborati dall'Istat ma che risalgono al 2011, sono almeno 170 mila i giovani caregiver tra i 15 e i 24 anni. Un numero di certo sottovalutato visto che la fascia d'età esaminata esclude i bambini più piccoli e i giovani adulti</p> <p>L' Azienda USL di Modena nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 partecipa al progetto della scheda 4.2 - Azioni situate di promozione alla salute mentale fisica nei confronti dei caregiver. Si tratta di un progetto volto a ridurre gli aspetti di rischio per la salute mentale dei caregiver che presentano un alto tasso di fragilità e di rischio per la propria salute. E' stata effettuata una mappatura delle azioni finalizzate a migliorare le competenze e la qualità dell'assistenza fornita (es. corsi di formazione, tutoring infermieristico, caffè Alzheimer ed altro) e una ricognizione delle azioni rivolte al benessere dei caregiver. Le fonti della mappatura sono state molteplici: PdZ 2015, programma aziendale demenze, ricognizione interna al DSM-DP, il Centro Servizi del Volontariato, le singole Associazioni di volontariato, e focus group con operatori e rappresentanti del terzo settore. Gli esiti, comunque parziali, evidenziano una significativa sensibilità al tema ( in particolare nel distretto di Carpi) e una ricchezza di iniziative frutto di una proficua collaborazione tra pubblico e terzo settore, al contempo emergono una frammentazione delle informazioni, non omogeneità nelle pratiche assistenziali nel riconoscimento e valorizzazione del ruolo del caregiver, necessità di metodi e</p>
------------------	--

	di strumenti condivisi relativi all' identificazione, al coinvolgimento del caregiver nel PAI e alla valutazione del carico assistenziale della relativa tenuta.
<b>Descrizione</b>	<p>Si ritiene importante favorire un percorso di messa a sistema /governance delle azioni volte al riconoscere, valorizzare e sostenere i caregiver. A tal scopo ritiene prioritario promuovere attività di sensibilizzazione/formazione dei professionisti con disseminazione di buone prassi e individuazione di metodi e strumenti condivisi da utilizzare nei percorsi di assistenziali. Inoltre sarebbe essere utile declinare la funzione di informazione/orientamento accompagnamento ai servizi a favore dei caregiver individuando un modello organizzativo sperimentale da implementare su tutto il territorio provinciale.</p> <p>Infine i servizi dedicati in generale ai giovani caregiver in Italia sono rari. Emerge come esistano prevalentemente progetti rivolti ai fratelli di persone disabili, finalizzati di solito alla promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto, a creare occasioni di conciliazione e a informare sul tema del "dopo di noi". E in effetti i caregiver lamentano l'assenza di supporto da servizi territoriali dedicati. Tra le forme di sostegno più utili: i gruppi di mutuo-aiuto, informazioni e orientamento sui servizi disponibili, attività di svago per rilassarsi e divertirsi, per contribuire a rendere visibili questi ragazzi, a fare in modo che la loro voce sia ascoltata e soprattutto cercare di valorizzare le loro esperienze perché da ostacolo si trasformino in valore aggiunto che possa aiutarli nel loro percorso verso l'età adulta.</p> <p>In particolare, nel distretto di Mirandola a supporto del caregiver e della rete familiare sono attivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo sportello di qualificazione del lavoro di cura a domicilio, sulla base di un protocollo d'intesa con la Provincia di Modena da gennaio 2010, è attivo il servizio di intermediazione assistenti familiari presso il Centro per l'Impiego di Mirandola e Finale Emilia al fine di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendere in carico le aspiranti assistenti familiari, con la valutazione delle competenze, al fine di offrire un servizio di supporto all'inserimento lavorativo attraverso attività di informazione, orientamento e mediazione;</li> <li>• Prendere in carico le famiglie, che sono alla ricerca di personale per i servizi di cura, al fine di individuare, nella maniera più precisa e personalizzata possibile, la figura di assistente familiare ricercata;</li> <li>• Svolgere un'attività di informazione relativamente al contratto di lavoro;</li> <li>• Incrociare domanda/offerta, con l'indicazione di una rosa di nominativi alla famiglia /datore di lavoro;</li> <li>• Monitorare le segnalazioni effettuate e della eventuale successiva assunzione. L'operatore dello sportello, inoltre, svolge attività a supporto delle assistenti familiari e dei familiari (informazione, orientamento, counselling, assistenza alla negoziazione delle esigenze tra famiglia/assistito/assistente familiare, formazione in situazione, mediazione dei conflitti) .</li> </ul> </li> <li>- L'Associazione di volontariato locale (ASDAM) contribuisce, tramite propri operatori (psicologi ed operatori addetti all'assistenza), agli interventi di sostegno alle famiglie attraverso gruppi di mutuo aiuto e di ascolto.</li> <li>- L'Associazione di volontariato locale (ASDAM) realizza attività socializzanti per caregiver; ginnastica, cucina, caffè alzheimer, gruppo di auto mutuo aiuto con psicologo 1 volta al mese, punto di ascolto;</li> </ul> <p>Si intendono potenziare le realtà già attive sul territorio in raccordo con la progettazione della Direzione socio-sanitaria e attraverso il confronto continuo del tavolo di lavoro permanente promuovere eventuali azioni innovative, quali la formazione a distanza per i caregiver utilizzando i materiali informatizzati messi a punto dalla regione.</p>
<b>Destinatari</b>	Cittadine/i , caregiver e persone accudite, professionisti dei servizi socio- sanitari e sociali e sanitari, Enti del terzo settore. Particolare attenzione sarà dedicata ai caregiver con caratteristiche di fragilità e ai giovani caregiver.
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituire un tavolo di coordinamento distrettuale, in relazione con il coordinamento aziendale per condividere le attività, le iniziative e la programmazione al fine di condividere buone prassi/metodi di lavoro coinvolgendo anche il terzo settore oltre all'area sociale.</li> <li>2. Promuovere la sensibilizzazione e il coinvolgimento della Comunità tramite campagne informative coordinate e diffuse sul tema (es.Caregiver day)</li> <li>3. Sensibilizzare/formare gli operatori al riconoscimento e valorizzazione del caregiver attraverso eventi formativi diffusi, ma mirati ad alcune aree funzionali sensibili (UVM; DSM-DP; Lungodegenze; Oncologie)</li> <li>4. Individuare metodi e strumenti condivisi di rilevazione della tenuta assistenziale/ benessere del caregiver nella fase di presa in carico e condivisione del progetto di intervento</li> <li>5. Coordinare sul territorio provinciale, l'implementazione della funzione di orientamento all'accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e alle opportunità e</li> </ol>

	<p>risorse sul territorio rivolte ai caregiver</p> <p>6. Coordinare la formazione specifica rivolta ai caregiver per il sostegno allo svolgimento delle attività di cura, per il loro supporto ed empowerment;</p> <p>7. Promuovere progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver;</p> <p>8. Coordinare i percorsi di riconoscimento delle competenze del caregiver familiare</p> <p>9. Predisporre un progetto sperimentale sui giovani caregiver in collaborazione con il Terzo settore e il mondo della scuola.</p> <p>10. Riprendere il progetto "ore di sollievo a domicilio" per caregivers</p> <p>11. Attivare la formazione di Assistenti famigliari per assistenza specifica a persone disabili in collaborazione con associazione "Noi per loro"</p> <p>12. Prosecuzione esperienza ASDAM di sostegno per caregiver</p> <p>13. Realizzare gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito dell'area disabili</p> <p>15. Attivare uno sportello territoriale per supportare i cittadini nella richiesta di amministratore di sostegno in collaborazione con il Centro Servizi Volontariato (formazione volontari per diventare amministratori e per gestione sportello informativo territoriale);</p> <p>16. adesione al percorso formativo sulla piattaforma e-learning self, nuovo strumento regionale previsto dalla DGR 2375/09 " Linee guida per l'innovazione e lo sviluppo di attività di contatto ed aggiornamento per le assistenti famigliari" che prevede:</p> <p>1) una parte in autoformazione per le assistenti famigliari (tramite la fruizione di filmati illustrativi/test di verifica) con il supporto e l'accompagnamento costante di un tutor;</p> <p>2) incontri in aula di approfondimento/verifica con team di esperti della rete dei servizi (movimentazione carichi di lavoro, demenza). Il percorso in oggetto prevede un'attività formativa che affronta le principali tematiche dell'assistenza (comunicazione, relazione, igiene personale e della casa, dieta e somministrazione pasti, animazione e tempo libero) e incontri di approfondimento su specifici temi, es: gestione del lutto; prevenzione alcolismo e violenza.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Fondamentale il raccordo con il PRP ( scheda 4.2), e con le con le schede attuative n. 1, n.4, 6, n. 7, n.11, n.21,28
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unioni dei Comuni, Terzo settore, ASSR
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>per il livello aziendale: Zanolì Cinzia – Direttore Attività Socio Sanitarie – mail. c.zanolì@ausl.mo.it tel. 059/435727</p> <p>Guiducci Paola – Direzione Socio Sanitaria – mail. p.guiducci@ausl.mo.it tel. 059/435556</p> <p>per il Distretto: Maria Teresa Mazzoli - responsabile servizio sostegno alla non autosufficienza 0535/29746</p> <p>teresa.mazzoli@unioneareanord.mo.it;</p> <p>Luana Reggiani -- resp. handicap area fragili distrettuale l.reggiani@ausl.mo.it 0535/602476</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	associazioni di volontariato ASDAM, AUSER, associazione regionale caregiver

**Totale preventivo 2018: € 18.200,00**

- FNNA: **15.000,00 €**

- Unione di comuni (*Unione Comuni Modenesi Area Nord*):**3.200,00 €**

**Indicatori locali: 5**

**1°: promozione di progetti di tutela della salute e benessere psico fisico del caregiver**

**Descrizione:** istituzione tavolo permanente

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

## **2°: promozione della figura del caregiver presso gli operatori dei servizi sociali e sanitari**

**Descrizione:** n eventi formativi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 1

- Obiettivo 2020: 2

## **3°: tavolo di incontro per la promozione di progetti di tutela della salute e ben**

**Descrizione:** numero incontri annuali

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 1

- Obiettivo 2020: 2

## **4°: progetto rivolto ai giovani caregiver**

**Descrizione:** individuazione del format del progetto

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

## **5°: condividere la programmazione delle attività e iniziative a sostegno dei caregiver**

**Descrizione:** costituzione di un coordinamento aziendale per condividere la progra

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S



# Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi. Sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità'

Completato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola, Unione comuni modenese area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'esigenza, il desiderio e la necessità di provvedere alle istanze e ai bisogni delle persone più fragili, delle persone con disabilità e dei soggetti svantaggiati in generale ha nel corso dei decenni subito profondi mutamenti, che hanno finito con l'impatto in modo significativo anche sulle risposte di carattere giuridico-organizzativo ed istituzionale.</p> <p>All'esigenza di provvedere all'assistenza dei soggetti portatori di handicap dopo la morte dei loro genitori (il cd "dopo di noi"), si è aggiunta quella di progettare azioni ed interventi di supporto ai medesimi soggetti nel corso della vita dei genitori (il cd "durante di noi").</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In entrambi i casi, si è assistito, in epoca recente, anche ad un cambiamento, per così dire, organizzativo nella definizione delle risposte fornite alle persone con disabilità. Trattasi di un cambiamento di paradigma in linea con le tendenze evolutive nel settore dei servizi alla persona, già contemplati nella legge n. 328/2000 e, in parte, anche nella l. 104/1992. Ed infine con la 122/2016 sono state delineate le indicazioni per la progettazione</li> <li>• Un primo obiettivo è garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza</li> <li>• Un secondo obiettivo è quello della vita indipendente per il mantenimento al domicilio di persone con disabilità grave, in coerenza con il concetto di autodeterminazione attraverso gli strumenti previsti dalle normative vigenti</li> <li>• Un terzo obiettivo è quello del cosiddetto "Dopo di noi"</li> <li>• Significativo è l'aumento negli anni recenti di due tipologie di utenti disabili in carico ai servizi sanitari e sociali: bambini con sindromi autistiche e persone con gravissima disabilità acquisita per i quali è necessario prevedere percorsi di sostegno</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenzione tra Ausl Modena e Cooperativa Sociale la Zerla per laboratorio dedicato alla disabilità acquisita.</li> <li>• Nucleo di 10 posti per gravissime disabilità acquisite presso la CRA A. Modena di San Felice in via di accreditamento ad ASP.</li> <li>• Diverse associazioni di volontariato (Centro Ancora di Croce Blu di San Felice- Associazioni Genitori Noi per loro di Mirandola – Pro handicappati di Finale Emilia) che offrono molteplici attività socializzanti e ricreative rivolte a disabili di età compresa tra i 18 e 65 anni.</li> <li>• Convenzioni con Associazioni sportive per attività ludico motorie in acqua e in palestra per mantenere le abilità residue di persone colpite da disabilità acquisita in collaborazione con la Medicina riabilitativa ( UISP-Wesport)</li> <li>• Collaborazione con la Fondazione Scuola di Musica Di Mirandola per attività musicale (Rulli e Frulli -Banda Jhon Lennon) e dal 2016 il Servizio di Medicina riabilitativa dell'AUSL ha attivato un percorso di musica corale rivolto persone con disturbi del linguaggio, afasici, disartrici, ipofonici e traumatizzati cranici</li> </ul>

<b>Destinatari</b>	Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima
<b>Azioni previste</b>	<p>Per obiettivo n. 1 "Garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza" si prevedono le seguenti azioni :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tavolo permanente di confronto costituito da istituzioni- disabili –associazioni che hanno partecipato al gruppo di lavoro del Piano di zona per favorire l'inclusione e partecipazione nella comunità locale e il coordinamento delle iniziative</li> <li>2) Organizzazione di serate ludico ricreative finalizzate all'inclusione in collaborazione con il Volontariato e Associazionismo (progetto serate danzanti per e con cittadini disabili e non, presso gli spazi di "Acquaragia" – ARCI – serate culturali)</li> <li>3) Prosecuzione progetti attivi con associazioni sportive (UISP-Wesport) per attività ludico motorie in acqua e in palestra per mantenere le abilità residue – Promozione della progettazione di nuove iniziative sportivo-ricreative ideate da Associazioni sportive finalizzate all'inclusione (es. progetto Bask-in )</li> </ol> <p>Per obiettivo n. 1 "Vita indipendente" per la sperimentazione delle autonomie della persona si prevedono le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Progetto "Weekend di Vita indipendente" presso locali messi a disposizione dalla parrocchia di Staggia (San Prospero) promosso dall'Associazione Noi per loro.- attivazione convenzione,</li> <li>5) Ampliamento a n. 6 posti dell'appartamento protetto di Finale Emilia -contratto di servizio con ASP per la gestione.</li> <li>6) Mantenimento al domicilio della persona con disabilità grave utilizzando tutti gli strumenti previsti dalle normative vigenti ( assegno di cura- contributo assistenti famigliari- misure per l'abbattimento delle barriere architettoniche</li> <li>7) Progetto aut-onomo per attività laboratoriali e di socializzazione per giovani disabili autistici</li> <li>8) Progetto disabilità acquisita presso centro socio educativo "Girasole" di Asp</li> <li>9) Promozione di iniziative volte all'associazionismo di cittadini disabili e famiglie di disabili per la Costituzione di fondazione di scopo</li> <li>10) Promozioni di azioni volte alla costituzione di gruppi di auto mutuo aiuto e sostegno a nuove aggregazioni di genitori per arricchimento delle associazioni di volontariato (giovani disabili)</li> <li>11) Aggiornamento della Convenzione con Coop la Zerla per 3 posti di laboratorio per la sperimentazione di competenze lavorative per disabili acquisiti dimessi da percorsi di riabilitazione sanitaria con obiettivo di analisi e osservazione delle abilità residue. n.3 progetti di inserimento con finalità formative per utenti con disabilità acquisita con livelli di compromissione che non trovano risposte nel libero mercato</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politica dell'istruzione e del lavoro politiche sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Associazioni di volontariato, Auser, Noi per Loro, Servizi Sociali,( UCMAN ) circolo Arci, Parrocchie, ASP, AUSL ( Servizio Disabili
<b>Referenti dell'intervento</b>	Luana Reggiani resp. handicap area fragili distretto AUSL l.reggiani@ausl.mo.it 0535/602476 Maria Teresa Mazzoli resp area non autosufficienza Unione teresa.mazzoli@unioneareanord.mo.it 0535/29746
<b>Risorse non finanziarie</b>	persone disabili genitori di minori disabili; associazioni di volontariato;

**Totale preventivo 2018: € 76.566,00**

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **76.566,00 €**

---

Indicatori locali: 0

---

## Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di cure palliative

Completato

### Riferimento scheda regionale

7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La legge 38 del 2010 sancisce il diritto di aver accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Successivi interventi normativi regionali forniscono alle Aziende Sanitarie Locali indicazioni circa le modalità organizzative idonee per garantire tale diritto. In particolare la DGR 560 del 2015 e la 1770 del 2016 descrivono gli elementi essenziali della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP). A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, sono stati definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e delle qualità assistenziale percepita. La Direzione Generale, nel gennaio 2017, ha deliberato l'Istituzione della Rete Locale di Cure Palliative dell'Azienda USL di Modena individuando le modalità di erogazione delle cure nei nodi 1) domicilio, 2) hospice, 3) ambulatorio ed 4) ospedale. Ha definito i professionisti coinvolti a vario titolo nelle attività della rete, le figure di coordinamento e di governo clinico. Ha infine programmato uno sviluppo almeno triennale delle attività.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative dell'Ausl di Modena, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie; essa è costituita dall'insieme degli interventi diagnostico-terapeutici e assistenziali dedicati ai pazienti e alle loro famiglie e caregiver, a fronte di patologie croniche evolutive per le quali non è possibile adottare terapie efficaci per il prolungamento della vita.</p> <p>La Rete è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali e le interconnessioni dalle modalità organizzative adottate.</p> <p>Target delle cure palliative sono tutte le persone affette da patologie croniche, inguaribili, evolutive che impattano gravemente sulla loro qualità di vita.</p> <p>L'accesso avviene attraverso qualunque professionista sanitario che individua il bisogno di Cure Palliative, segnalando il caso, anche telefonicamente, ai Punti Unici di Accesso già presenti in ogni Distretto, i quali registrano la segnalazione e attivano l'Unità di Valutazione di Cure Palliative Distrettuale.</p> <p>Le richieste di consulenza palliativista nel Nodo Ambulatorio e Ospedale potranno pervenire ai Punti di Accoglienza / PUASS o gestite secondo percorsi che verranno predisposti dal Coordinamento della RLCP. Dal gennaio 2018 è attiva in ciascuno dei 7 Distretti L'Unità di Valutazione per le Cure Palliative.</p> <p>Nodo domicilio: ciascuno dei 7 distretti è dotato di Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-MMG esperti inter pares (20 nella provincia) con il ruolo di consulenti ai Medici curanti</li> <li>- sottogruppo di Infermieri dedicati, formati in Cure Palliative</li> <li>- psicologo (al momento 5 distretti su 7)</li> <li>- Unità di valutazione attiva</li> <li>- Progetto CRA: Formazione alle CRA di 6/7 Distretti; attivazione delle istruzioni operative specifiche previste in Delibera in 6/7 Distretti</li> </ul> <p>Nodo Ambulatorio: Attivo un ambulatorio di cure palliative precoci in ciascuna Area ( 3 )</p>

	<p>Nodo Ospedale: Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in 2 Ospedali su 5 (Carpi e Sassuolo); Formazione e implementazione organizzativa per l'utilizzo di linee guida in 8 UUOO dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Attività come case manager di Infermiere territoriale esperto in cure palliative presso i D.H. oncologici di Modena, Sassuolo, Vignola.</p> <p>Nodo Hospice: collaborazione con l'Azienda Ospedaliera per i pazienti candidabili alle cure palliative reclutati presso le sedi del Policlinico o di Baggiovara ed azioni formative preparatorie all'apertura dell'Hospice territoriale di Castelfranco Emilia</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Pazienti target di cure palliative in tutta la provincia quantificabili come segue:</p> <p>deceduti per tumore : circa 2100 /anno</p> <p>stime di letteratura scientifica complessive : 370/ 100 000 abitanti per anno (2590)</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nodo domicilio: completamento della dotazione di psicologi entro il 2018 in 7/7 distretti</li> <li>2. Supporto alle UCPD dei Medici Palliativisti Dedicati</li> <li>3. Progetto CRA: completamento della formazione entro il 2018 e attivazione delle istruzioni operative con l'azione consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati in tutte le 56 CRA della provincia</li> <li>4. Nodo Ambulatorio: Attivazione di un ambulatorio in ciascun distretto. Nel 2018 raggiungere l'obiettivo di copertura di 5/7. Nel 2019 ..... e nel 2020</li> <li>5. Nodo Ospedale: Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in tutti gli Ospedali della provincia; nel 2018/19 completamento del programma negli Ospedali di Vignola e Mirandola</li> <li>6. Nodo Hospice: Apertura del primo Hospice territoriale nella Casa della Salute di Castelfranco entro il 2019. successive aperture di un Hospice in Area Nord e in Area sud</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Progetto CRA: la Direzione Sociosanitaria dell'Azienda ha promosso e condiviso con gli Enti Locali in ciascuno dei 7 Uffici di Piano un progetto di implementazione delle pratiche che riguardano le Cure Palliative nelle Case Residenza per Anziani . Ogni distretto in sede di coordinamento sanitario delle CRA ha organizzato un Incontro di presentazione del progetto e del documento di indirizzo allegato alla delibera della Direzione Generale. In tale sede è poi stato stabilito un calendario di incontri formativi rivolti a tutto il personale di tutte CRA della provincia. Oltre ai contenuti tecnico- professionali propri delle cure palliative sono stati forniti strumenti per la valutazione del paziente target e per la costruzione di PAI di fine vita. Inoltre sono state definite le modalità di supporto consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati alle cure palliative dei Servizi Domiciliari di ciascun Distretto. In 3 Distretti: Modena, Castelfranco e Carpi è stato fatto un primo incontro di verifica in sede di coordinamento con riscontri molto positivi</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Azienda USL di Modena, Enti locali , Enti gestori</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Vacondio Paolo – Responsabile Cure Palliative – mail: p.vacondio@ausl.mo.it tel. 059/ 438 067</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0



# Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Completato

## Riferimento scheda regionale

8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p><b>MOTIVAZIONI SANITARIE:</b> Il DPCM 01/04/2008 ha sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN; i principi di riferimento della riforma prevedono: "Il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; le linee guida sono quelle emanate dalla Regione in ambito sanitario penitenziario, ed i Protocolli siglati tra Regione e il Ministero della Giustizia per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena, al reinserimento sociale delle persone detenute e ad una appropriata tutela e promozione della salute. Nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d'attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-assistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.</p> <p><b>MOTIVAZIONI SOCIALI:</b> La rete dei servizi formativi e sociali, pubblici e del privato sociale, in collaborazione con i Servizi dell'Amministrazione penitenziaria riveste un ruolo fondamentale nella costruzione di un percorso riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale ed alla riqualificazione lavorativa delle persone in esecuzione penale. Individuare nella progettazione condivisa lo strumento principale per poter mettere in atto misure volte a concretizzare l'aspetto rieducativo e di recupero sociale deve essere l'asse principale di sviluppo delle misure alternative alla detenzione o finalizzate ai percorsi di reinserimento socio-lavorativo. La programmazione integrata dei servizi per favorire il reinserimento sociale costituisce uno strumento fondamentale per garantire la valorizzazione delle competenze dei diversi attori coinvolti, stimolando la promozione di attitudini di responsabilità sociale presenti nel territorio, attraverso l'attivazione del partenariato locale con i diversi soggetti coinvolti nella gestione dei servizi rivolti alle persone in esecuzione penale, in particolare: - comportamenti "socialmente responsabili" di imprese profit e no profit e delle cooperative sociali; - coinvolgimento del volontariato e dell'associazionismo nello sviluppo di interventi volti a facilitare la realizzazione di progetti di integrazione socio-lavorativa; - integrazione, a supporto della valorizzazione delle risorse delle persone, dei Servizi pubblici con i sistemi dell'istruzione e formazione. L'obiettivo è finalizzato prioritariamente ad una finalità inclusiva dei soggetti in esecuzione penale volto a prevenire eventuali recidive, ed a supportare la fase delicata delle dimissioni consentendo una reale integrazione nella società.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>E' necessario affrontare il tema individuando percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extramurario e prevedere, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali, interventi che favoriscano percorsi alternativi, o di dimissione, specie in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari, economiche o limiti personali. E' già operativa nel comune di Modena in tal senso l' EQUIPE DIMITTENDI e si auspica l'estensione della modalità nel nostro distretto, al bisogno, sui casi in dimissione.</p> <p>Dal punto di vista della tutela della salute, prendendo quale modello quello dei servizi di</p>

	<p>assistenza sanitaria territoriale, si attua un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della salute. Al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, la presa in carico di ciascun assistito prevede la condivisione di un PAI; l'intervento clinico-assistenziale viene offerto dalla fase di ingresso alla dimissione, con la possibilità per ogni persona dimessa di richiedere la propria Cartella Sanitaria. Vengono costruiti inoltre percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni dal carcere. La persona detenuta assistita è al centro della cura e deve essere favorito l'empowerment della persona stessa operando per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.</p> <p>E' già operativa in tal senso la MEDICINA PENITENZIARIA sancita dal DPCM del 01/04/2088 e dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute finanziati dalla Regione tramite la nuova figura dei Promotori di salute.</p> <p>La collaborazione tra servizi sanitari e sociali rivolti alle persone detenute in fase di dimissione, prevede azioni di accompagnamento finalizzate ad un graduale rientro nel tessuto socio-lavorativo mediante una attiva e fattiva collaborazione con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, dando attuazione sia al dettato della L. 67/2014 che prevede che il condannato possa chiedere l'applicazione della misura alternativa mediante l'assegnazione ad attività a titolo volontario e gratuito nell'esecuzione di progetti di pubblica utilità in favore della collettività sia all'applicazione della L. 193/2000 denominata "Benefici per l'inserimento lavorativo dei detenuti" che prevede varie misure con le quali si intende favorire l'attività lavorativa dei detenuti, con la possibilità di applicare sgravi fiscali e contributivi per quei soggetti pubblici o privati (imprese o cooperative sociali) che assumono lavoratori che si trovano nella condizione di detenuti in esecuzione di pena, sia attraverso le diverse misure messe in atto a sostegno della fragilità (Sia, Res, L.r. 14/2015).</p> <p>Per tutelare il diritto al lavoro dei detenuti è, dunque, necessario il concorso di numerose figure professionali, che devono essere capaci di lavorare insieme, per non lasciare il percorso a metà. Infatti, il detenuto da solo, in molti casi non dotato di grandi risorse (sociali, familiari, economiche) difficilmente riesce a concludere il percorso di reinserimento. Vanno, quindi, date in primo luogo risposte integrate e coordinate tra tutti i vari operatori. Non è possibile pensare a prassi standardizzate, ogni percorso deve essere creato ad hoc per ogni persona, con il necessario coinvolgimento armonico degli attori coinvolti, nel rispetto delle procedure burocratiche e delle regole che ogni servizio possiede.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>1) Soggetti detenuti ed internati presso la Casa Circondariale di Modena e Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia.</p> <p>2) tutte le persone che a diverso titolo e con diverse misure sono sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di limitazione o restrizione della libertà individuale, quali ad esempio persone detenute ed internate nei diversi Istituti del territorio regionale, persone che godono di misure alternative alla pena detentiva largamente intese: permessi per lavoro esterno, dimittendi inseriti in realtà di custodia attenuata, persone che usufruiscono della misura di "Messa alla Prova" con pena sospesa</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1. sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario;</p> <p>2. avvio/consolidamento della figura del promotore di salute in carcere</p> <p>3. promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";</p> <p>4. realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto.</p> <p>5) Attivazione azioni di accompagnamento finalizzate ad un graduale rientro del tessuto socio-lavorativo</p> <p>6) Attuazione di percorsi di lavoro di pubblica utilità quale modalità di riparazione del danno collegata all'esecuzione di misure penali</p> <p>7) Promozione dell'integrazione tra i vari servizi interessati: Uepe, Servizio sociale territoriale, servizi per l'impiego, imprese profit e no-profit, adottando la metodologia dell'UVM e la stesura del Piano assistenziale di ogni soggetto, che viene sottoscritto anche dal soggetto interessato che assume il valore di "Patto" o "contratto"</p> <p>8) Tirocini di orientamento e formazione oppure di inserimento o di reinserimento</p> <p>9) convenzione con autorità giudiziaria per essere sede di misure alternative alla pena</p>



<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	PRP scheda 4.8 politiche della casa, politiche del lavoro,
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	- AUSL; - Centro per l'impiego; - Centro stranieri; - Associazione di Volontariato; - Associazioni sportive UISP – CSI; - Centri di formazione scolastica e professionale
<b>Referenti dell'intervento</b>	per l'ambito provinciale: referente salute penitenziaria AUSL di Modena Petrella Stefano – Responsabile medico IIPP di Modena e Castelfranco – mail: s.petrella@ausl.mo.it tel.059/438067; referente servizio sociale territoriale: Emanuela Sitta 0535/86320 emanuela.sitta@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	operatori sociali; Medici di medicina generale; specialisti della salute mentale; volontari; insegnanti;

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 3

### 1°: percorsi di reinserimento sociale

**Descrizione:** percentuale percorsi reinserimento fine pena attivati sul totale casi in carico

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 25%
- **Obiettivo 2019:** 25%
- **Obiettivo 2020:** 40%

### 2°: percorsi di reinserimento sociale

**Descrizione:** percentuale percorsi alternativi alla pena attivati sui casi in carico

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 25%
- **Obiettivo 2019:** 25%
- **Obiettivo 2020:** 40%

### 3°: convenzione tra servizio sociale e tribunale

**Descrizione:** evidenza convenzione

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S
- **Obiettivo 2020:** S

## Medicina di genere

Completato

## Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Partendo dall'approccio all'equità richiamato nella scheda 11, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema così come richiamato dalla legislazione nazionale ( legge 405/1975 e legge 22 maggio 78 n°194 ) e regionale ( legge 6/2014) si rende necessario procedere attraverso diverse azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca.
<b>Descrizione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. partecipazione al coordinamento regionale "medicina di genere ed equità" presso la DG cura alla persona salute e welfare</li> <li>2. eventuale partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale</li> <li>3. sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell'azienda, compresi i medici convenzionati</li> </ol>
<b>Destinatari</b>	professionisti dell'azienda e delle altre istituzioni e medici convenzionati
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. partecipazione al coordinamento regionale "medicina di genere ed equità" presso la DG cura alla persona salute e welfare</li> <li>2. eventuale partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale</li> <li>3. sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell'azienda, compresi i medici convenzionati</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti;</li> <li>• promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità;</li> <li>• case della salute e medicina d'iniziativa;</li> <li>• contrasto alla violenza di genere;</li> <li>• riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;</li> <li>• promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, di abilità;</li> <li>• progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti;</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali, associazionismo
<b>Referenti dell'intervento</b>	Borsari Silvana – Responsabile area Consultori - mail s.borsari@ausl.mo.it tel 059/438099

Risorse non finanziarie	
-------------------------	--

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---

# Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Completato

## Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'Unione Europea, alla luce dell'aggravarsi della condizione di rom e sinti a livello europeo e nazionale, ha tracciato una precisa linea d'indirizzo per dare maggiore efficacia e prospettiva agli interventi finora messi in atto: agire contemporaneamente su più fronti strategici o quanto meno considerarli sinergici e strettamente collegati. La strategia proposta si articola in quattro assi, ricalcando così le indicazioni europee e nazionali: abitare, istruzione e formazione, lavoro e salute, tutti declinati avendo come riferimento anche la prospettiva di genere. Particolare attenzione è posta al tema dell'abitare in quanto strettamente connesso all'obiettivo del superamento progressivo delle aree sosta definito dalla legge. Inoltre rappresenta, soprattutto per i sinti che sono la grande maggioranza in Emilia-Romagna, lo specifico culturale che più di ogni altro connota lo stile di vita di queste comunità, in particolare agli occhi del resto della cittadinanza. Occorre infatti da un lato tutelare le caratteristiche culturali e le libere scelte di vita nell'ambito dei diritti e dei doveri costituzionalmente previsti per tutti i cittadini, dall'altro innescare processi di autonomia ed emancipazione, con particolare attenzione a minori, giovani e donne quali possibili soggetti del cambiamento, con l'obiettivo di garantire una maggior coesione e benessere dell'intera comunità</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Nel territorio dell'UCMAN sono presenti tre campi nomadi, tutti abitati da cittadini di etnia Sinti: due campi sono ubicati nel Comune di Mirandola e uno nel Comune di Camposanto. Quest'ultimo ha presentato un progetto di riqualificazione della microarea di sosta per adeguarla alla normativa vigente e facilitare l'integrazione della popolazione residente con la cittadinanza.</p> <p>Presenti nella microarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n. 20 cittadini di origine Sinti, di cui:</li> <li>1 anziano oltre 70 anni;</li> <li>2 anziani oltre 60 anni;</li> <li>1 disabile grave;</li> <li>5 minori.</li> </ul> <p>Nel progetto sono stati aggiunte n.3 unità adibite a servizi igienici di proprietà pubblica (di cui 1 adeguata per disabili) e 1 di proprietà privata.</p>
<b>Destinatari</b>	Cittadini Sinti residenti presso la microarea di Camposanto
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavori di riqualificazione dell'area individuata con opere di urbanizzazione e allacciamenti impiantistici e reti fognarie;</li> <li>- Redazione di apposita convenzione, prevista dalla normativa, con la specifica degli obblighi per la gestione della microarea</li> </ul>

	- Partecipazione al tavolo regionale per l'inclusione sociale di Rom e Sinti
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi e con il terzo settore e la comunità nel suo insieme per dare attuazione alle misure previste
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Camposanto
<b>Referenti dell'intervento</b>	Simona Busani responsabile area servizio integrazione e autonomia sociale dell'Unione simona.busani@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	ufficio tecnico comune di Camposanto

---

**Totale preventivo 2018: € 192.234,00**

---

- Altri fondi regionali (*Deliberazione della Giunta Regionale n. 242 del 22/02/2016 "Approvazione delle modalità e dei criteri per la concessione dei contributi previsti dall'art. 3, comma 4 della L.R. 16 luglio 2015, n.11"*): **153.446,80 €**

Risorse comunali: **38.787,20 €** di cui:

- Comune di Camposanto: **38.787,20 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

# Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Completato

## Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche. L'ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all'utilizzo dei servizi. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale.</p> <p>Se da un lato quindi vanno intraprese azioni di politica pubblica intersettoriali, e il Piano Regionale Sociale e Sanitario ne è un esempio in quanto agisce per modificare i determinanti sociali, dall'altro lato vanno anche considerate azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative: la questione si sposta da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale.</p>
<b>Descrizione</b>	l'azienda si impegna a promuovere politiche e azioni di contrasto alle disuguaglianze sull'accesso alle prestazioni, ai servizi di salute in generale, alle cure in modo che tutti i cittadini abbiano a fronte di stessi bisogni, stesse opportunità assistenziali
<b>Destinatari</b>	cittadine/i, professionisti dell'azienda USL
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>già presente il referente equità nella direzione operativa dell'azienda</li> <li>adozione del piano strategico equità</li> <li>utilizzo di strumenti e metodologie per programmare interventi a contrasto di eventuali disuguaglianze</li> <li>attività di sensibilizzazione dei professionisti</li> <li>monitoraggio degli equity audit già avviati (diabete e percorso nascita )</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Scheda 15 - potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi; Equia Piano regionale Prevenzione; scheda 9. medicina di genere; scheda 32 equità d'accesso alle prestazioni; scheda 1. case della salute e medicina d'iniziativa, scheda 8. promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale; scheda 12. sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate;
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali, associazionismo
<b>Referenti dell'intervento</b>	Costantino Rosa Responsabile Reputation & Brand – mail r.costantino@ausl.mo.it tel 059/435413
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---



# Inclusione delle persone straniere neo arrivate

Completato

## Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia-Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di adeguate risposte in una ottica preventiva e promozionale. Si registra un forte incremento di flussi "non programmati" di migranti richiedenti protezione internazionale (all'interno dei quali si registra una significativa quota di specifici target particolarmente vulnerabili come donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.). Accanto alla rete SPRAR si è sviluppato un sistema di prima accoglienza "straordinaria" (CAS) di esclusiva competenza governativa che si sta gradualmente insediando in tutti i Comuni della regione. In risposta a tale nuovo scenario, il sistema dei servizi regionali e locali è sollecitato alla definizione di risposte tempestive e competenti in termini interculturali, finalizzate a: supportare in termini specialistici la prima accoglienza di natura statale (HUB, CAS, SPRAR), sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale. Più in generale occorre rinnovare nel territorio un impianto di interventi e servizi di accoglienza ed integrazione, in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito del sistema di welfare universalistico. La definizione delle priorità di azione in ambito distrettuale dovrà trovare occasione di complementarità rispetto agli interventi previsti dal Fondo FAMI 2014- 2020 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri già in corso o che si realizzeranno nei prossimi anni nel territorio regionale
<b>Descrizione</b>	Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), al fine di rispondere a particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa). In relazione ai flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, occorre consolidare una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Accoglienza e del Piano Nazionale Integrazione così come previsti dal Dlgs 142/2015.
<b>Destinatari</b>	stranieri neo arrivati sul territorio tramite i progetti di accoglienza attivati dalla Prefettura tramite coop. sociali
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostenere i progetti di inclusione dei profughi proposti da soggetti del Terzo settore</li> <li>- Individuare una figura di connessione tra la rete dei servizi e le associazioni di volontariato e di promozione sociale che sviluppi azioni di inclusione</li> <li>- dare attuazione al protocollo con la prefettura per l'inserimento dei profughi in attività di volontariato</li> </ul>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche culturali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	associazioni di volontariato, CSV
<b>Referenti dell'intervento</b>	Simona Busani responsabile Servizio Integrazione e Autonomia sociale simona.busani@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

# Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

Completato

## Riferimento scheda regionale

14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e alle cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione. Malgrado i numerosi progressi compiuti, le donne appaiono ancora discriminate in diversi ambiti, come ad esempio nell'accesso al lavoro qualificato, nelle opportunità di fare carriera e di accedere ai livelli più elevati di responsabilità e retribuzione, nella rappresentanza politica, nella ripartizione del lavoro di cura tra uomini e donne. Tale situazione trae alimento dai numerosi stereotipi di genere diffusi in tutti gli strati della popolazione, presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nel mondo del lavoro, nell'organizzazione della società, nei media, su cui è importante intervenire. L'approvazione della LR 6/2014 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere" rappresenta una tappa importante verso la piena realizzazione delle pari opportunità ed il contrasto delle discriminazioni nella nostra Regione, culmine di un percorso intrapreso da anni su questi temi. La principale finalità della L.R. (art. 2 I comma) è rimuovere "ogni forma di disuguaglianza pregiudizievole, nonché di ogni discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone, in particolare delle bambine, delle ragazze e delle donne, che di fatto ne limiti la libertà, impedisca il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Regione". Con approccio trasversale, la L.R. 6/14 affronta gli ambiti discriminatori della soggettività femminile nella società agendo su vari fronti, dall'occupazione a una corretta rappresentazione della donna sui media, dalla salute e benessere femminile, alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere. Per la Regione Emilia-Romagna la rimozione di qualsiasi forma di discriminazione, la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne e l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche (mainstreaming di genere) costituiscono un importante obiettivo della propria azione: tenere presente la variabile di genere è infatti determinante perché donne e uomini vivono situazioni di vita differenti, hanno diversi bisogni, risorse ed opportunità. Nel Patto per il lavoro, siglato il 20 luglio 2015 e recepito con DGR n. 1646/2015, si richiama l'importanza di valorizzare e rafforzare il ruolo che le donne svolgono nell'economia e nella società regionale attraverso vari strumenti, tra cui i servizi pubblici per l'impiego e politiche attive per il lavoro, l'incentivazione e la qualificazione dell'occupazione e dell'imprenditoria femminile. Analogamente importante permane l'attenzione al ruolo del welfare e dell'offerta dei servizi alle famiglie, rispetto alla priorità dell'occupazione femminile. L'armonizzazione tra vita e lavoro è uno degli ostacoli principali all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Gli interventi volti ad ottenere una migliore integrazione tra vita lavorativa e vita familiare sono considerati strategicamente importanti al fine di affrontare una serie di problematiche sociali, quali, ad esempio, i mutamenti nella composizione della forza lavoro, nelle forme di organizzazione del lavoro, nell'individuazione di un nuovo welfare, e negli</p>
------------------	---

	<p>sviluppi demografici. Sulla scia degli indirizzi europei, accanto alla parità tra donne e uomini devono essere prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi, oltre a quelli in base al sesso, il colore, le origini etniche e sociali, la lingua, la religione o altre convinzioni, le opinioni politiche e ogni altro genere di opinioni, l'appartenenza ad una minoranza, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere o lo stato economico e sociale. Dalla differenza di genere alle diversità fra le persone, fra le culture, fra le religioni, fra i popoli: l'intreccio fra universalità dei diritti e riconoscimento delle diversità è uno dei nodi principali con i quali deve misurarsi oggi la cultura dei diritti umani. La caratterizzazione in senso pluriculturale della società può rappresentare un rischio di conflittualità sociale, in quanto i processi di coesione sociale non si realizzano spontaneamente, bensì abbisognano di una strategia e di una cura costante delle dinamiche tra gruppi, comunità ed individui in un dato territorio. La disuguaglianza nell'accesso ai diritti si manifesta oggi non soltanto in termini di ricchezza/povertà o di genere, ma anche lungo la linea di demarcazione della cittadinanza o dell'appartenenza culturale, con il rischio di limitare fortemente le possibilità di una reale inclusione sociale della popolazione straniera. Il processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio chiama in causa rilevanti questioni attinenti alla effettiva parità di genere ed emancipazione femminile ed alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro. L'aumento della popolazione giovanile di origine straniera richiama nuovamente il tema dell'accesso ai diritti con particolare riferimento a quelli di cittadinanza, e ne evidenzia altresì un aspetto specifico, relativo al possibile scarto fra diritti formalmente riconosciuti ed opportunità realmente fruibili, specie in riferimento alle opportunità dei coetanei italiani. Anche le persone con disabilità sono spesso vittime di discriminazioni dirette subendo in vari ambiti trattamenti meno favorevoli in ragione della propria condizione di disabilità. Occorre inoltre non trascurare le cosiddette discriminazioni indirette che si hanno quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18) stabilisce che per discriminazione fondata sulla disabilità "si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo". La convenzione impegna pertanto gli stati membri, anche a livello locale, "ad adottare tutte le misure adeguate ad eliminare la discriminazione sulla base della disabilità da parte di qualsiasi persona, organizzazione o impresa privata". Tali attività vengono realizzate con il coinvolgimento di Province e Città metropolitana. Infatti, ai sensi dell'art. 1 comma 85 della L. 56/2014, alle Province e Città metropolitane è attribuita la funzione fondamentale relativa a "...controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio".</p>
Descrizione	<p>Poiché la discriminazione ha spesso all'origine pregiudizi e stereotipi, la Regione è da tempo impegnata nella diffusione di una cultura delle differenze e nel contrasto agli stereotipi. Il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze costituisce infatti un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia. In questo modo si vuole inoltre contribuire anche all'importante obiettivo di contrastare la violenza contro le donne, che dagli stereotipi sessisti trova alimento. Le azioni regionali sono pertanto orientate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere un'attenzione alla prospettiva di genere in tutte le politiche regionali;</li> <li>- sviluppare una cultura più rispettosa delle differenze di genere;</li> <li>- sensibilizzare alle pari opportunità, sviluppare una cultura attenta alle differenze, contrastando gli stereotipi e ogni forma di discriminazione, con particolare attenzione alle giovani generazioni;</li> <li>- promuovere pari possibilità per tutti, uomini e donne, giovani, stranieri, disabili di accesso alle stesse opportunità formative e lavorative e più in generale di vita;</li> <li>- aumentare la consapevolezza del crescente contesto pluriculturale della società regionale, investendo nella diversità, nel dialogo culturale e interreligioso, valorizzando le inedite potenzialità delle "seconde generazioni" e promuovendo una rappresentazione pubblica non stereotipata del fenomeno migratorio con politiche in ambito culturale, sportivo e comunicativo;</li> <li>- promuovere un contesto sociale non discriminatorio potenziando iniziative di prevenzione, educazione e sensibilizzazione sulla parità di trattamento e la</li> </ul>

	<p>lotta al razzismo, in raccordo con le azioni del Centro regionale contro le discriminazioni. L'educazione alla differenza va promossa fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano modelli di riferimento, è pertanto importante un'integrazione maggiore con la scuola, anche attraverso la promozione e il sostegno di progetti dedicati a queste tematiche. Anche per le persone con disabilità è necessario assicurare un'azione specifica di contrasto alle discriminazioni sia dirette che indirette, non solo dando attuazione alle azioni puntuali che il quadro normativo prevede nel caso di discriminazioni accertate, ma anche promuovendo in termini più generali un cambiamento di tipo culturale, in particolare da parte delle nuove generazioni, che è lo strumento più potente per costruire contesti sociali realmente capaci di realizzare l'integrazione.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Tutti i cittadini e cittadine della regione, con particolare attenzione alla popolazione straniera e alle persone con disabilità.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Promuovere una cultura delle pari opportunità, con particolare attenzione alle giovani generazioni, anche attraverso il sostegno a progetti su queste tematiche e ad attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- integrare la dimensione di genere in tutte le politiche (anche attraverso l'attività dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali, che contribuisce alla realizzazione del Piano integrato sulle pari opportunità di genere e del Bilancio di genere della Regione Emilia-Romagna);</li> <li>- promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e una cultura della condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura di bambini, anziani e disabili, sostenendo misure e servizi conciliativi anche in raccordo con le aziende e le organizzazioni sindacali del territorio;</li> <li>- raccordare le politiche del lavoro e della formazione per sviluppare percorsi di accesso a tutte le professioni, per incentivare e qualificare l'occupazione femminile di tutte le età, e contrastare la segregazione occupazionale di genere e i differenziali retributivi;</li> <li>- sostenere la diffusione di un linguaggio più rispettoso delle differenze di genere (diffusione delle Linee guida in ottica di genere della Regione EmiliaRomagna);</li> <li>- riconoscere e sostenere l'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato socio sanitario regionale (LR 2/2014);</li> <li>- sostenere il centro regionale contro le discriminazioni;</li> <li>- promuovere interventi di promozione interculturale, sul versante comunicativo attraverso la valorizzazione dei media interculturali in coerenza alle finalità del Protocollo d'Intesa regionale sottoscritto il 17 febbraio 2014, mentre sul versante sociale valorizzando l'attività dei Centri interculturali, dell'associazionismo migrante ed il protagonismo dei giovani di origine straniera, e dei neo-cittadini italiani;</li> <li>- sostenere le iniziative, anche in raccordo con le istituzioni scolastiche, per l'insegnamento della lingua madre ai minori stranieri quale occasione per facilitare un raccordo trans-generazionale tra il paese di riferimento dei genitori e le nuove generazioni ed anche come esperienza che può migliorare il contestuale apprendimento della lingua italiana;</li> <li>- partecipare al rafforzamento delle rete regionale territoriale contro le discriminazioni, individuando Nodi, Sportelli e Antenne;</li> <li>- promuovere la sensibilizzazione, prevenzione e informazione rivolta ai cittadini di paesi terzi, potenziali vittime di discriminazione; in tal senso appare opportuno favorire la diffusione sul territorio di interventi in una logica di prevenzione, mediazione e risoluzione efficace dei conflitti sociali e promuovere iniziative di prevenzione delle discriminazioni istituzionali;</li> <li>- favorire l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità in tutte le fasi della vita, sostenendo e promuovendo consultazioni locali e territoriali delle associazioni, e promuovere azioni specifiche di contrasto delle discriminazioni dirette ed indirette nei confronti delle persone con disabilità</li> </ul> <p>Elementi di trasversalità/integrazione</p> <p>Il carattere di questo intervento è necessariamente trasversale e integrato con diversi settori delle politiche regionali e locali, in particolare con l'area della scuola, della formazione professionale, dell'Università, del lavoro, educativa, delle attività produttive. Per quanto riguarda le pari opportunità di genere e per lo sviluppo del mainstreaming, a livello regionale molto importante è il ruolo dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali (art. 39 LR 6/2014).</p>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Elementi di trasversalità/integrazione</p> <p>Il carattere di questo intervento è necessariamente trasversale e integrato con diversi settori delle politiche regionali e locali, in particolare con l'area della scuola, della formazione professionale, dell'Università, del lavoro, educativa, delle attività produttive. Per quanto riguarda le pari opportunità di genere e per lo sviluppo del mainstreaming, a livello regionale molto importante è il ruolo dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali (art. 39 LR 6/2014).</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>associazioni di volontariato: Noi per loro, Pro handicappati, Donne in Centro</p> <p>cooperative sociali che gestiscono profughi e migranti: La Fune, Caleidos, Aliante</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Daniela Mazzali responsabile Ufficio di Piano 0535/29690</p> <p>daniela.mazzali@unioneareanord.mo.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

# Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi

Completato

## Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola, Unione comuni modenesi area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	I primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo neurologico e psicologico della/del bambina/o. Le famiglie e le relazioni che in esse si istaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di fornire che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.
<b>Descrizione</b>	l'obiettivo prioritario è ridurre lo svantaggio sociale che si accumula dai primissimi mesi di vita attraverso interventi a sostegno della genitorialità positiva dal concepimento ai primi due anni di vita
<b>Destinatari</b>	genitori e i loro bimbi nei primi due anni di vita, donne in gravidanza e loro partner e familiari
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mappatura dei servizi presenti sul territorio a sostegno dei genitori fin dalle prime settimana di vita e valutazione delle modalità di lavoro e integrazione a sostegno dei genitori</li> <li>2. potenziamento dell'assistenza al percorso nascita con l'obiettivo di offrire attivamente, a partire dai distretti di Pavullo e dell'area nord, l'assistenza ostetrica a tutte le donne in gravidanza e nel post parto.</li> <li>3. offerta attiva dello screening della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti</li> <li>4. promozione e sostegno dell'allattamento e dell'attaccamento madre-bambino, con anche nuove metodiche quali il pelle a pelle subito dopo il parto e "allattare rilassate"</li> <li>5. dimissioni appropriate madre bambina/o dopo il parto garantendo la continuità assistenziale: appuntamento col pdls per il neonato e con l'ostetrica del consultorio per la donna</li> <li>6. promuovere e potenziare le attività di sostegno alla genitorialità positiva quali nati per leggere, nati per la musica...</li> <li>7. utilizzare l'home visiting quale strumento di sostegno alla genitorialità nei casi concordati</li> <li>8. definizione di un progetto integrato tra servizi sociali e sanitari ed educativi nei primi anni di vita del bambino e delle loro famiglie;</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sostegno alla genitorialità; PRP – allattamento, prevenzione dell'obesità infantile
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Consultori familiari, cure primarie, pediatria di comunità, centri per le famiglie, servizio

	sociale, servizi educativi prima infanzia, biblioteche, associazioni del territorio,
<b>Referenti dell'intervento</b>	per il livello aziendale Borsari Silvana – Responsabile Area Consultori – mail. s.borsari@ausl.mo.it tel 059/438099 per l'Unione Comuni Modenesi - Federica Pongiluppi - responsabile servizio minori famiglie mail federica.pongiluppi@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**



# Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi - progetto natalita' home visiting

Completato

## Riferimento scheda regionale

- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi  
16 Sostegno alla genitorialità  
18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione

**Riferimento scheda distrettuale:** Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Comuni Modenesi Area Nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La fase della Gravidanza, del puerperio, del parto, del post/parto e dei primi mesi di vita del figlio costituiscono una fase molto importante per la costruzione di un solido attaccamento genitore/bambino e di una genitorialità sana ed equilibrata, presupposto per lo svolgimento di un ruolo educativo efficace per il resto della vita. In tal senso la prevenzione, l'agire tempestivo ed in rete tra tutti i servizi in caso di rilevazione di situazioni di fragilità in questa delicatissima fase, consente di sviluppare azioni riparatrici, di sostegno e consolidamento efficaci al fine della prevenzione della povertà educativa, dell'incuria, della trascuratezza e del maltrattamento infantile.</p> <p>In tal senso un progetto di Home visiting, ben strutturato e multidisciplinare, aumenta il benessere dei genitori e dei bambini fornendo un supporto concreto, occasioni di confronto o anche solo la sicurezza di non essere soli in un passaggio cruciale del ciclo vitale o comunque in una fase di riorganizzazione dell'assetto familiare, anche se non si è alla prima esperienza. Scopo primario è la PREVENZIONE della genitorialità fragile e del maltrattamento all'infanzia.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Si intende realizzare un progetto integrato di sostegno educativo precoce rivolto alle donne in gravidanza e alle famiglie con neonati, da attuare sia nell'ambito dei percorsi di preparazione alla nascita sia nell'ambito di interventi home visiting post partum. Nella fase pre parto, il progetto prevede: l'individuazione precoce delle fragilità familiari attraverso l'elaborazione di una procedura condivisa di segnalazione reciproca fra i Punti nascita, l'Azienda ospedaliera, Consultorio, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta e i Servizi sociali; la scelta di criteri condivisi per l'individuazione dei fattori di fragilità al fine di ottimizzare i percorsi di presa in carico delle coppie in difficoltà e la promozione dell'empowerment familiare. Nella fase post partum si prevede l'attivazione di uno spazio dedicato ai neo genitori all'interno del Centro per le Famiglie; la formazione di gruppi di parola e di auto mutuo aiuto per neogenitori;</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Donne in gravidanza e puerpere che si incontrano nei luoghi dove si svolge il percorso verso la genitorialità: Consultori famigliari, percorsi preparto, reparti ospedalieri di ostetricia, neonatologia e pediatria; pronto soccorso.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>I^ FASE: RILEVAZIONE e PRIMA VALUTAZIONE</p> <p>Definizione di un modello di screening condiviso tra tutti i soggetti che incontrano le coppie, le famiglie, le donne nel percorso che porta alla nascita del figlio.</p> <p>Predetto modello di screening dovrà indagare e tenere in conto possibili segnali predittivi di genitorialità fragile, insicura, incapace di affrontare in modo adeguato le responsabilità proprie della maternità/</p>

	<p>paternità, come: povertà cronica, basso livello di istruzione, parti in età adolescenziale, carenza di relazioni interpersonali, carenza di reti e di integrazione sociale, esperienze di rifiuto, violenza, abuso subite nell'infanzia, accettazione della violenza e punizioni come pratiche educative, accettazione della pornografia infantile, scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino, condizione di monogenitorialità.</p> <p>Quando uno dei servizi della rete rileverà una madre/coppia a rischio per la presenza di più segnali predittivi attiverà un'equipe multiprofessionale che valuterà la situazione ed attiverà il servizio</p> <p>II^ FASE - PROGETTO DI INTERVENTO</p> <p>Il progetto di intervento vedrà coinvolta in una prima fase l'equipe multiprofessionale e, successivamente, la madre/coppia al fine di condividerne gli elementi ed i contenuti e concordare gli interventi.</p> <p>Dal rientro a casa dopo la nascita del bambino verranno concordati un certo numero di ore di visita, a domicilio, da parte degli operatori del servizio, educatori.</p> <p>Il progetto di intervento, di base, dovrà prevedere la realizzazione di interventi domiciliari che favoriscano una buona relazione di attaccamento fra mamma e bambino, sostengano le competenze genitoriali, inserendo la famiglia nella rete dei servizi territoriali sanitari e sociali.</p> <p>III^ FASE - MONITORAGGIO</p> <p>Si raccomanda che venga tenuto aggiornato un protocollo di osservazione al fine di condividere con le varie equipe sul caso l'evolversi del progetto.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Pari Opportunità Conciliazione Politiche per la famiglia e per la natalità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sanitari che si occupano di nascita e puerperio; Servizi Educativi 0/3 Associazionismo e Volontariato locale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Federica Pongiluppi - responsabile servizio minori famiglia Unione 0535/29680 federica.pongiluppi@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 6.779,23**

- Altri fondi statali/pubblci (*Fondo nazionale famiglia - intesa 2017*): **5.649,36 €**
- Unione di comuni (*Unione Comuni Modenesi Area Nord*): **1.129,87 €**

**Indicatori locali: 0**



# Sostegno alla genitorialità: flessibilità organizzativa dei nidi d'infanzia distrettuali

Completato

## Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi  
16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Nel territorio dell'Unione sono presenti diverse grandi industrie del settore biomedicale che producono a ciclo continuo a 12 e 24 ore. Molti addetti sono donne e in età fertile. L'organizzazione dei nidi d'infanzia pubblici rispetta un orario di apertura che, pur tenuto conto di aperture pre e post orario, comunque assicura il servizio dalle 7,30 alle 18 dal lunedì al venerdì e molte famiglie devono ricorrere all'aiuto di familiari o di baby sitter. Qualche volta rinunciano al lavoro per qualche anno.
<b>Descrizione</b>	dal 1 settembre 2017, 6 comuni hanno conferito all'Unione le funzioni educative/scolastiche. Sono stati trasferiti anche 5 nidi di cui 2 gestiti in forma diretta dall'Unione, 2 da cooperative sociali e 1 trasferito all'Azienda pubblica dei servizi alla persona dei comuni modenesi dell'area nord. La numerosità e la dislocazione sul territorio fa immaginare di poter introdurre forme di flessibilità negli orari di apertura e nelle modalità di funzionamento. Per avere una migliore conoscenza dei bisogni di flessibilità delle famiglie si attiva una ricerca tramite un questionario da sottoporre ai genitori dei bambini frequentanti
<b>Destinatari</b>	genitori dei bambini frequentanti 5 degli 8 nidi
<b>Azioni previste</b>	indagine presso i genitori degli attuali frequentanti tramite l'elaborazione e somministrazione di un questionario
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche del lavoro politiche familiari conciliazione tempi di vita e di lavoro
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Francesca Cavrini - responsabile servizi educativi 0-6 anni dell'Unione francesca.cavrini@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 2.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **2.000,00 €**

---

Indicatori locali: 0

---

# Sostegno alla genitorialita' - una famiglia per amica - creazione di una rete di famiglie e single accoglienti

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

**Riferimento scheda distrettuale:** Sostegno alla genitorialita' - una famiglia per amica - creazione di una rete di famiglie e single accoglienti

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Comuni Modenesi Area Nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il nostro territorio, dopo la fase emergenziale del sisma durante la quale il reciproco aiuto tra famiglie si è sviluppato in modo naturale e solidaristico, oggi attraversa la fase post/emergenziale durante la quale tutta questa solidarietà è rientrata e l'individualismo ha ripreso il sopravvento. La mancanza di reti parentali di supporto, le nuove tipologie contrattuali, la turnazione forte della manodopera femminile impiegata nelle camere bianche del biomedicale, il mancato adeguamento dei servizi educativi territoriali a questa realtà occupazionale, l'isolamento culturale delle famiglie straniere e la loro mancata integrazione anche nelle seconde generazioni e la complessiva, diffusa fragilità genitoriale fanno sì che oggi si renda indispensabile creare nella comunità una nuova cultura della solidarietà e dell'accoglienza poiché i servizi sociali, sanitari, scolastici, l'associazionismo, il volontariato - da soli - non riescono ad essere autoreferenziali su questi temi e necessitano di nuovi partner che siano attori attivi nella rete e nella costruzione di un progetto condiviso, partecipato e rispettoso dell'unicità di ogni persona e di ogni famiglia.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>A distanza di sei anni dal sisma, il tessuto sociale e le famiglie che ne fanno parte manifestano una diffusa fragilità che si evidenzia in tutta la sua forza nella crisi della genitorialità associata ad una sempre più diffusa povertà educativa, che già prima del sisma si intravedevano ma che dopo quel tragico evento paiono essersi accentuati. I rilevatori di questo disagio sono soprattutto i servizi per l'infanzia e le scuole di ogni ordine e grado, che ci rimandano l'immagine di una famiglia sempre più sfaldata, all'interno della quale si vivono elevata e prolungata conflittualità, isolamento sociale, instabilità e, relativamente ai figli minori, sempre maggiori difficoltà nell'esercizio di un ruolo genitoriale efficace, mancanza di autorevolezza, assenza di un patto educativo chiaro, genitori problematici e deboli, in difficoltà nella quotidianità e deleganti ai figli stessi o alle istituzioni. Si sono determinati così due macro fattori di rischio che incidono negativamente sulla genitorialità:</p> <p>1) Genitori sempre più DEBOLI e in difficoltà nella quotidianità e nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, senza risorse famigliari e/o parentali a cui appoggiarsi, non integrati culturalmente nella comunità in cui vivono e lavorano;</p> <p>2) Genitori PROBLEMATICI, con problemi sanitari cronicizzati, in difficoltà economica, con elevata</p>

	<p>conflittualità nella coppia che incide sul clima familiare in modo protratto nel tempo. Questa vulnerabilità genitoriale viene colta in primis da chi è a contatto con i bambini ed è capace di “anticipare i problemi e leggere i segnali di rischio”: i servizi educativi 0/3, le scuole dell’infanzia, le scuole dell’obbligo, i consultori familiari (che possono individuare maternità fragili ancor prima della nascita), i pediatri, i centri per le famiglie, le parrocchie e le associazioni ecc.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Famiglie e single disponibili ad essere "FAMIGLIE ACCOGLIENTI"</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Il progetto “ UNA FAMIGLIA AMICA! “ si svilupperà in n° 3 step:</p> <p><b>STEP 1: SENSIBILIZZAZIONE DEL TERRITORIO</b></p> <p>In questa prima fase sarà necessario avviare una intensa campagna di promozione dell’idea progettuale avvalendosi del supporto delle scuole, dei comitati genitori, delle parrocchie, dei gruppi agesci, del volontariato e dell’associazionismo locali. Con una attenta mappatura, andranno coinvolte nel progetto fin da subito eventuali famiglie accoglienti esistenti, portatrici di esperienza e di vissuti che possono essere utili in questa fase. Attraverso i canali comunicativi universalmente utilizzati dalle famiglie, social network e gruppi WhatsApp, andrà lanciato il progetto nei nove Comuni dell’Area Nord a cui seguiranno incontri informativi – anche informali attraverso la formula apericena/workcafe’ – in tutti i territori che dovranno fornire le necessarie indicazioni circa i contenuti e il valore solidaristico dell’iniziativa. Sul piano comunicativo si attiveranno tv e radio locali, siti web dei Comuni, Stampa locale.</p> <p>Verrà costituito un gruppo di lavoro che si occuperà di questa prima importantissima fase di “aggancio” delle famiglie; svolgerà la sua azione strategica su due piani: quello Comunicativo e quello Promozionale,</p> <p>rapportandosi con lo staff educativo del Centro per le Famiglie Distrettuale. Verranno promossi ed attivati incontri territoriali con le famiglie, nelle scuole, nelle parrocchie, nelle associazioni del territorio.</p> <p>In questa fase sarà funzionale alla buona riuscita del progetto l’organizzazione di un convegno aperto a tutta la cittadinanza durante il quale affrontare le tematiche della solidarietà familiare, della cura, della cultura dell’accoglienza. Durante tale evento la testimonianza di famiglie che già svolgono progetto di questo tipo sarà di fondamentale importanza, così come il coinvolgimento di tutti i soggetti che possono concorrere alla diffusione di questa buona prassi: Associazionismo, Volontariato, Scuola, Sanità ed Amministrazioni Locali.</p> <p><b>STEP 2; FORMAZIONE DELLE FAMIGLIE</b></p> <p>In questa seconda fase, raccolte le disponibilità di famiglie e/o singoli, saranno avviati incontri di conoscenza. Risulta infatti particolarmente importante che l’esperienza della prossimità si avvii in un clima di reciproca fiducia che si può creare solo attraverso la reciproca conoscenza. Da qui si procederà ad un percorso di formazione specifica sui temi rilevanti al progetto quali, ad esempio, “Il ciclo vitale della famiglia e il suo ruolo all’interno della comunità”, “le fasi e le tappe dell’età evolutiva”, “Ruolo e compiti delle famiglie e single accoglienti”, “Il dialogo con le famiglie”, “La rete dei Servizi territoriali”, “Le problematiche relative a disturbi dell’apprendimento, della personalità e relativi rapporti con gli operatori della neuropsichiatria infantile e con la scuola”, “Laboratorio di testimonianze e riflessioni relative ad esperienze di famiglie che aiutano famiglie” ecc.</p> <p>La formazione dovrà essere permanente, nel senso che periodicamente, dai momenti di incontro e confronto tra le famiglie accoglienti, potranno emergere temi ed argomenti meritevoli di approfondimenti di volta in volta, verranno proposti in momenti formativi programmati nel corso dell’anno.</p>

	<p>La formazione dovrà essere congiunta, nel senso che si programmeranno incontri di conoscenza tra famiglie e servizi, formazioni specifiche su temi condivisi.</p> <p>STEP 3: ACCOMPAGNAMENTO E SUPPORTO</p> <p>In questa terza fase, attraverso il coinvolgimento delle famiglie che già hanno fatto esperienza di accoglienza e delle nuove famiglie che si proporranno, si creerà una vera e propria rete di famiglie accoglienti. Verranno definite mission e progettualità e sarà attivata una azione di supporto e monitoraggio tra le famiglie. A questo proposito si sottolinea come sarà funzionale alla buona riuscita del progetto una solita strutturazione del supporto alle famiglie accoglienti, attraverso momenti di incontro e confronto, gruppi di parola, funzionali alla condivisione delle esperienze rispetto all'andamento del progetto. Sarà necessario garantire alle famiglie volontarie indicazioni e suggerimenti per il buon esito dell'affiancamento e assicurare supporto e facilitazione all'integrazione dei volontari con le risorse del territorio che possono essere funzionali alla buona riuscita del progetto di sostegno e aiuto.</p> <p>La titolarità del progetto sarà del Centro per le Famiglie Distrettuale, sotto la responsabilità del Servizio Educativo Territoriale e le Famiglie/Single Accoglienti diverranno strumenti essenziali nei progetti di aiuto, sostegno e cura di famiglie che attraversano periodi di difficoltà.</p> <p>La rete dei servizi andrà coinvolta attraverso la presentazione del progetto e la definizione condivisa del percorso, all'interno del quale andranno definiti strategie e procedure, attività da mettere a disposizione e momenti di monitoraggio e verifica.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche culturali e sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Centro per le Famiglie</p> <p>Associazionismo e Volontariato Locale</p> <p>Scuola</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Pongiluppi Federica - resp. servizio minori famiglie federica.pongiluppi@unioneareanord.mo.it 0535/29680
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0





# Sostegno alla genitorialità - Sviluppo e riorganizzazione del Centro per le famiglie distrettuale

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Unione Comuni Modenesi Area Nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>I Centri per le Famiglie sono stati istituiti dalla Legge regionale n° 27 del 1989 "Norme per la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli". In seguito, la Legge regionale n° 14 del 2008 "Norme in materia di politiche per le nuove generazioni" ha disposto che ogni Comune, in forma singola o associata, provveda a dotarsi di un Centro per le Famiglie.</p> <p>Le Linee guida della Regione Emilia-Romagna, approvate nel 2015, intendono delineare le prospettive di sviluppo dei CpF, rilanciandone un ruolo attivo e promozionale, in particolare nel valorizzare e sostenere le competenze ed il protagonismo delle famiglie quali attori sociali che svolgono un ruolo fondamentale nella costruzione dei legami fiduciari e dei processi identitari che sono alla base di una società inclusiva e coesa.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Nel lavoro di promozione culturale della famiglia come risorsa, di attivazione di reti territoriali, di sostegno alla genitorialità, il CpF da sempre opera con modalità di rete, integrandosi con gli operatori degli altri servizi che intervengono su tali fasce della popolazione e le organizzazioni del territorio che, a vario titolo, operano in favore delle famiglie. In questa prospettiva assume la valenza di target l'intera comunità locale, intesa come singoli cittadini, famiglie, pluralità di organizzazioni formali e informali che abitano un determinato territorio, poiché agiscono promuovendo la partecipazione attiva della famiglia nel proprio contesto territoriale, favorendo i processi di inclusione, integrazione e coesione sociale e fornendo alle famiglie in difficoltà sui temi educativi il necessario sostegno e supporto nell'ottica della prevenzione. Nel Distretto di Mirandola è attivo ed accreditato un Centro per le Famiglie distrettuale che necessita di un riassetto sia in termine di locali che di dotazione organica per lo svolgimento di tutte le attività connesse ai Centri per le Famiglie e richieste dalle Linee Guida Regionali circa la sede e gli spazi imprescindibili di cui deve essere caratterizzata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Spazio dedicato all'accoglienza</li> <li>* Spazio dedicato allo sportello informativo</li> <li>* Spazio dedicato ai colloqui con le famiglie</li> <li>* Spazi interni ed esterni ove svolgere attività con gruppi di genitori, operatori, famiglie.</li> </ul> <p>Il centro per le famiglie deve garantire un orario di funzionamento che preveda almeno 24 ore settimanali di apertura, di cui 18 di front/office e occorre la stabilizzazione e qualificazione delle figure professionali che ruotano attorno al centro</p>
<b>Destinatari</b>	Il CpF si rivolge prioritariamente ai genitori con figli minori che vivono nel territorio di riferimento dei nove Comuni Modenesi Area Nord.
<b>Azioni previste</b>	<p>ANNO 2018:</p> <p>1) ricerca di una nuova sede per il Centro per le Famiglie UCMAN, IN locali idonei allo</p>

	svolgimento di tutte le attività ed azioni connesse a questo Servizio. 2) l'organico del Centro per le Famiglie dovrà dotarsi di una figura strutturata di coordinatore, di un'operatore dipendente da dedicare all'accoglienza, all'attività informativa e divulgativa, al front/office ed al back/office, nonchè rendere stabile la rete dei rapporti con operatori dedicati ai servizi di consulenza come Mediatore Familiare, Educatori, Psicologi, Pedagogisti ecc.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche del personale dell'Unione politiche educative e scolastiche
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	associazioni del terzo settore che offrono consulenza sul diritto di famiglia mediatore familiare
<b>Referenti dell'intervento</b>	Pongiluppi Federica Servizio Minori e Responsabilità Familiari Unione Comuni Modenesi Area Nord federica.pongiluppi@unioneareanord.mo.it 0535/29680
<b>Risorse non finanziarie</b>	Coordinatore del Servizio Operatore di Sportello Informa Famiglie & Bambini

**Totale preventivo 2018: € 32.336,32**

- Centri per le Famiglie: **21.036,68 €**
- Unione di comuni :**11.299,64 €**

**Indicatori locali: 0**

# Sostegno alla genitorialita' - servizio educativo territoriale

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

## Riferimento scheda distrettuale: Sostegno alla genitorialita' - servizio educativo territoriale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale. Così come l'impoverimento complessivo del contesto sociale porta un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva.</p>
<b>Descrizione</b>	<p><b>Obiettivo prioritario:</b>  Il Servizio Educativo Territoriale è un servizio di sostegno alle famiglie che presentano difficoltà nello svolgimento della funzione genitoriale ed educativa, tali da configurare un possibile rischio per i figli, che potrebbero pregiudicare lo sviluppo e la crescita nelle varie fasi evolutive, minando le loro capacità d'integrazione sociale, di riconoscimento e di soddisfazione dei propri bisogni. Il Servizio Educativo Territoriale ha una funzione di tutela educativa e sociale in quanto è rivolto alle famiglie a rischio di inadeguatezza genitoriale. Il Servizio Educativo Territoriale può essere svolto a domicilio o in altri luoghi frequentati dal minore o contemplati nel progetto educativo individualizzato. Il Servizio Educativo Territoriale contribuisce a perseguire le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. garantire al minore la permanenza nella propria famiglia, rinforzando le risorse affettive ed educative dei genitori;</li> <li>b. contrastare situazioni di pregiudizio e povertà educativa, tutelando il minore nel suo diritto ad essere ascoltato non soltanto nei suoi bisogni primari;</li> <li>c. prevenire le situazioni a rischio di disadattamento, emarginazione e di devianza per i minori ed il nucleo familiare, stimolando potenzialità latenti atte a migliorare l'organizzazione familiare e a far maturare il senso di responsabilità verso i figli minori;</li> <li>d. sostenere il nucleo familiare nei casi di difficoltà transitorie e temporanee, attuando un sostegno che non sia sostitutivo né disconfermante;</li> <li>e. affiancare il minore nel suo processo di crescita, superando eventuali situazioni di solitudine o di mancanza di stimoli culturali che possono invalidare il suo percorso formativo, tutelando il diritto all'educazione scolastica, alla socializzazione, all'integrazione nel contesto del territorio;</li> <li>f. sviluppare nel minore, a seconda dell'età e del grado di maturazione, la consapevolezza delle proprie risorse e la crescita di fiducia in se stessi, lo sviluppo di autotutela e di progettualità personale, l'acquisizione di abilità per la partecipazione attiva alla vita sociale.</li> </ul>

<b>Destinatari</b>	Il Servizio Educativo Territoriale si rivolge alle famiglie residenti nel territorio dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord con figli minori rientranti nella fascia 0-17 anni;
<b>Azioni previste</b>	<p>Gli interventi, svolti in ambito domiciliare o nel contesto di vita allargato del minore, si caratterizzano:</p> <p>1.1. Interventi educativi rivolti direttamente al minore anche adolescente e/o giovane, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo personale e le relazioni con il proprio nucleo familiare e il contesto socio-ambientale di riferimento. In tale ambito rientrano le seguenti prestazioni:</p> <p>a. supporto educativo per lo sviluppo di autonomie personali (es. cura della persona);</p> <p>b. supporto educativo nelle attività della vita quotidiana e nei rapporti con il territorio (es. nell'organizzazione delle consegne scolastiche, accompagnamento nella relazione con il gruppo dei pari, accompagnamento nelle attività del tempo libero, nelle esperienze aggregative, nella relazione con i servizi territoriali, nell'inserimento lavorativo).</p> <p>1.2. Interventi di sostegno alle figure genitoriali, con l'obiettivo di affiancare e rinforzare gli adulti nello svolgimento delle funzioni educative e di cura con i figli. In tale ambito rientrano le seguenti prestazioni:</p> <p>a. supporto educativo nella relazione genitori/figli (es. educazione all'ascolto e comprensione dei bisogni del minore, definizione condivisa e reciproca osservanza delle regole educative);</p> <p>b. sostegno ai genitori nel rapporto con i servizi e le istituzioni del territorio (promozione dell'autonomia dei genitori nell'accesso a prestazioni e servizi socio-sanitari);</p> <p>c. sostegno nei momenti delle fasi critiche del ciclo vitale della famiglia (es. lutti o separazioni) o in situazioni di emergenza (es. ricoveri in ospedale).</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche sanitarie, politiche scolastiche, politiche culturali,
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizio Minori e Responsabilità Familiari;</p> <p>Servizi Sociali Territoriali;</p> <p>Servizi Sanitari;</p> <p>Servizi Educativi e Scolastici</p> <p>Scuole e Comitati Genitori</p> <p>Associazionismo del Volontariato e dello Sport</p> <p>Soggetti/Enti Culturali ed educativi (Scuola di Musica, Biblioteche ecc.)</p> <p>Parrocchie</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Federica Pongiluppi - responsabile servizio minori famiglia Unione</p> <p>0535/29680</p> <p>federica.pongiluppi@unioneareanord.mo.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	Sede del Servizio presso Centro per le Famiglie Distrettuale; Risorse materiali e strumentali; Volontari con esperienza educativa

**Totale preventivo 2018: € 73.600,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **36.569,49 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **37.030,51 €**

**Indicatori locali: 0**



## Progetto adolescenza - interventi di prossimità per i giovani: promozione e prevenzione

Completato

### Riferimento scheda regionale

17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La promozione del benessere rappresenta il primo livello per un intervento strategico con un'alta valenza preventiva, inteso come la possibilità di fornire adeguati strumenti in grado di affrontare situazioni di difficoltà, di rischio, di soluzione di strategie e azioni di vita efficaci. La promozione del benessere implica un lavoro sul rafforzamento dei fattori protettivi relativamente ai diversi ambiti fisico, psicologico e sociale, della scuola e della comunità e finalizzato al sostegno della formazione, alla facilitazione all'ingresso nel mondo del lavoro e allo sviluppo delle potenzialità individuali e di gruppo.</p> <p>L'idea di salute come un concetto positivo che si fonda sulle risorse sociali, personali e fisiche, non intesa come "assenza di malattia" ma come stato di benessere fisico, psichico e sociale; sembra necessario dotare gli adolescenti e i giovani di conoscenze, competenze e opportunità tali da potersi muovere, dapprima in maniera guidata e successivamente in maniera autonoma, come soggetti attivi capaci di innescare meccanismi a catena, finalizzati alla "contaminazione" di percorsi di cittadinanza.</p> <p>La prevenzione è strettamente connessa alla promozione, ed è una forma d'intervento volta a ostacolare l'insorgenza di una situazione problematica e a promuovere negli individui e nel loro contesto sociale forme di autotutela, incrementando le risorse personali e sociali.</p> <p>La prevenzione deve aiutare a comprendere le ragioni delle scelte rischiose o dei comportamenti; è una funzione ponte rispetto agli altri servizi di consultazione e di cura dedicati agli adolescenti e sostenere lo sviluppo di una coscienza critica nei confronti dei modelli prevalenti come matrici di molti comportamenti devianti o a rischio.</p> <p>Deve inoltre misurarsi con le disuguaglianze sociali, culturali ed economiche esistenti e con i fattori di rischio specifici di gruppi e singoli, come l'appartenenza a famiglie problematiche, la presenza di problemi scolastici, l'abbandono prematuro della scuola, i disturbi del comportamento, i percorsi migratori ecc.</p> <p>In questo contesto si inseriscono in modo strategico le azioni di tutti gli attori coinvolti nelle relazioni/azioni rivolti ai giovani e adolescenti in un rapporto di rete che deve necessariamente interfacciarsi e confrontarsi per rispondere ai veloci cambiamenti della società e delle giovani generazioni e soprattutto in grado di ascoltare la voce dei ragazzi.</p> <p>Per questo motivo le azioni di promozione/prevenzioni rivolte ai giovani devono avere una flessibilità e una trasversalità che consenta di avere la più ampia panoramica possibile su una fascia di età ampia e nello stesso tempo complessa che richiede coinvolgimento, attenzione e strategia e soprattutto l'ascolto, l'andare verso, "uscire".</p> <p>La prossimità viene quindi interpretata anche come metodo di approccio e non solo come azione, come metodo di confronto di vicinanza di trasparenza e co-partecipazione</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'utilizzo coordinato e strategico delle risorse è il modo di intervento nei percorsi/azioni /progetti/attività rivolti agli adolescenti e giovani. L'esperienza e le competenze esistenti sul territorio e la rete che nel tempo si è costruita possono elaborare una programmazione</p>

	<p>condivisa grazie alle competenze e le risorse in campo.</p> <p>Rete che deve, ciascuno per le proprie competenze, contribuire alla crescita di un sistema che dia voce e possibilità ai giovani del territorio; dai servizi sanitari, ai servizi sociali, servizi scolastici ed educativi e il terzo settore. La raccolta delle esperienze e la messa in rete dei servizi, delle risorse, dei professionisti permette di avere una continuità, una linea comune condivisa e variegata degli interventi di promozione e prevenzione.</p> <p>Una connessione trasversale può essere efficace nel mantenere uno sguardo più ampio e dirigere al meglio le forze messe in campo per le azioni rivolte ai giovani; azioni di prossimità come quelle svolte dall'educativa di strada ( con azioni di prevenzione emergenza monitoraggio e promozione) , sportelli di ascolto nelle scuole, dal csv con percorsi di inclusione sociale e cittadinanza attiva, laboratori contro la dispersione scolastica, lavoro con i peer, percorsi condivisi .</p> <p>Impegnare tutti gli attori per mettere in campo conoscenze e tecniche di integrazione dedicate in modo particolare all'attivazione della propensione di tutti ad assumere una posizione progettuale partecipata e collaborante e di sistemi di lavoro, coordinati in costante contatto e aggiustamento dei percorsi .</p> <p>Costruire forme di promozione e prevenzione strutturate sul campo su azioni che prevedano l'andare fuori" e l'andare verso" i giovani cercando ascoltare e rendere partecipativo realmente il mondo dei ragazzi, l'ascolto delle figure che nella comunità lavorano o si prendono cura a vario livello dei ragazzi, l'attenzione verso le esigenze future, lavorare in co-progettazione e come alternativa all'erogazione di servizi intervenendo e co-progettando strategie di autonomia</p>
<b>Destinatari</b>	adolescenti e giovani tra gli 11 e 18 anni
<b>Azioni previste</b>	<p>Punti d'ascolto nelle scuole secondarie di primo grado</p> <p>Sportello free entry nelle scuole secondarie</p> <p>Azioni di educativa di strada con azioni di promozione/prevenzione/emergenza</p> <p>Azioni a contrasto della dispersione scolastica</p> <p>Coinvolgimento del terzo settore per le azione di cittadinanza attiva e consapevole</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>politiche scolastiche</p> <p>politiche sanitarie di prevenzione, riparazione e cura</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	dirigenti scolastici, soggetti del terzo settore, istituto San Filippo Neri di Modena - capofila di progetto
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Luca Barbieri - resp. politiche giovanili area nord 0535/53807</p> <p>luca.barbieri@unioneareanord.mo.it</p> <p>Pierangelo Bertoletti - DSM-DP Settore Psicologia</p> <p>AUSL di Modena - distretto di Mirandola 0535/602754</p> <p>p.bertoletti@ausl.mo.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 95.500,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **35.000,00 €**
- AUSL (*fondo per interventi di strada area dipendenze*): **33.500,00 €**
- Altri fondi regionali (*bando regionale per soggetti pubblici*): **20.000,00 €**
- Unione di comuni (*Unione Comuni Modenesi Area nord*): **7.000,00 €**

**Indicatori locali: 2**



**1°: sportelli nelle scuole**

**Descrizione:** n. scuole secondarie primo grado con sportello

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 3 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 5

**2°: sportelli nelle scuole**

**Descrizione:** n. scuole secondarie secondo grado con sportello

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 4

# Progetto adolescenza: Contrasto alla povertà educativa e alla dispersione scolastica

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed En

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Unione Comuni Modenesi Area Nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Enti locali, servizi sociosanitari e istituzioni scolastiche intendono promuovere azioni congiunte di contrasto alla dispersione scolastica e al fallimento formativo nel contesto delle politiche sociali a sostegno della genitorialità poiché ritengono che tale fenomeno sia molto spesso legato alla fragilità educativa della famiglia
<b>Descrizione</b>	<p>Dispersione scolastica e fallimento formativo producono inevitabilmente emarginazione e conflitto sociale. Non di rado, peraltro, ne sono maggiormente vittime ragazzi con famiglie in situazione di disagio sociale e fragilità educativa. La dispersione si verifica a diversi stadi del percorso scolastico, si presenta in forme diverse per ambiente sociale, genere, età, collocazione geografica, si manifesta con abbandono scolastico, uscita dal sistema formativo, evasione dall'obbligo scolastico.</p> <p>La scuola non può contrastare dispersione scolastica e povertà educativa da sola. Misure di contrasto alla dispersione e alla povertà educativa devono essere progettate e realizzate sul principio di comunità educante nella quale scuola, servizi socio-sanitari ed educativi, famiglie, istituzioni culturali e terzo settore condividono obiettivi e metodologie, lavorano in rete, estendono buone pratiche</p>
<b>Destinatari</b>	Alunni delle scuole del primo e del secondo ciclo
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione al coordinamento distrettuale del progetto adolescenza di cui alla L. R. n°14</li> <li>2. Mappatura dei servizi e delle offerte educative del territorio</li> <li>3. Potenziamento delle attività pomeridiane (supporto allo studio, laboratori di potenziamento e valorizzazione delle competenze ...)</li> <li>4. Sostegno alle azioni di prevenzione, individuazione e recupero delle difficoltà di apprendimento della letto-scrittura</li> <li>5. Sostegno alla didattica orientativa e incremento delle attività di orientamento</li> <li>6. Formazione congiunta (scuole, servizi sociosanitari, terzo settore), documentazione, diffusione delle esperienze</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>politiche per la famiglia</p> <p>politiche giovanili</p> <p>politiche sanitarie</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Istituzioni scolastiche del primo e del secondo ciclo</p> <p>Servizi sanitari (NPIA, SERT)</p> <p>Servizi sociali</p>

	Istituzioni culturali (Fondazione scuola di musica, biblioteche) Associazionismo e volontariato Parrocchie Comitati genitori Centro per le famiglie Servizio educativo territoriale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Marina Caffagni, Responsabile Servizio Unione "Accesso ai servizi, integrazione, qualificazione e orientamento" marina.caffagni@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	- Educatori dei servizi (nell'ambito del conferimento dei Servizi Sociali ed educativi all'Unione è stato possibile destinare al Centro per le Famiglie e ad alcune azioni previste da questo progetto nuovo personale che è stato riqualificato e formato per

---

**Totale preventivo 2018: € 323.000,00**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **100.000,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC...): **50.000,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*fondi per il "Contrasto alla povertà educativa minorile" di cui alla L. n.208/2015, art.1,comma 392*): **78.000,00 €**
- Altri soggetti privati (*Fondazione Cassa di Risparmio di Mirandola*): **95.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

# Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

Completato

## Riferimento scheda regionale

18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Accanto al dato demografico della riduzione della natalità, determinato da molteplici fattori economici, sociali e relazionali, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità quali l'abuso di sostanze, l'obesità e il sovrappeso, la diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, le malattie sessualmente trasmesse e l'HIV.
<b>Descrizione</b>	Il Piano Nazionale Fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla durata e come proteggerla evitando comportamenti che possano metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente. Gli obiettivi prioritari sono la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare. Ulteriori obiettivi sono il potenziamento e la valorizzazione delle attività consultoriali individuate come punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione. I consultori famigliari rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.
<b>Destinatari</b>	giovani adulte/i 20-34 anni
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>partecipazione alla formazione regionale dei professionisti dedicati in ogni distretto agli spazi giovani adulti (tre per distretto) su prevenzione diagnosi e follow-up endometriosi.</li> <li>programmazione e realizzazione di interventi formativi per i professionisti della rete assistenziale territoriale su "stili di vita e salute riproduttiva", formazione all'utilizzo di strumenti adeguati per favorire scelte di stili di vita consapevoli nei ragazzi quali la consulenza motivazionale breve, health literacy ed altro</li> <li>apertura in ogni distretto di uno spazio giovani adulti con il personale dedicato (medici ginecologi e e andrologi ostetriche, psicologhe/i)</li> <li>promozione e progettazione di interventi multipli di informazione rivolti ai cittadini in questa fascia d'età per dare strumenti per mettere in atto stili di vita salutari e per accedere ai servizi a loro dedicati.</li> <li>applicazione della delibera regionale sulla contraccezione gratuita per le ragazze e i ragazzi fino al compimento del 26 anno d'età, e per fasce di popolazione svantaggiata E02 E 99 nel post parto e post IVG.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche</b>	Delibera Num. 1722 del 06/11/2017 Regione Emilia-Romagna

<b>integrate collegate</b>	PSSR: sceda 9. Medicina di genere PSSR: sceda 25. Contrasto alla violenza di genere
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Consultori famigliari, servizi territoriali (sert, salute mentale, cure primarie) specialisti ospedalieri ginecologi/andrologi , Enti locali, associazionismo
<b>Referenti dell'intervento</b>	Borsari Silvana – Responsabile area consultori – mail. s.borsari@ausl.mo.it tel 059/435099
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

# Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Completato

## Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena - distretto di Mirandola - Comune di Mirandola</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnata da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>In esecuzione delle indicazioni del Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo 2017/2018" ai sensi della delibera di Giunta Regionale n. 2098/207 ", con delibera Giunta Unione n. 25 del 27.03.2018 in forma di comitato di distretto, è stato approvato il Piano locale GAP che prevede l'impiego delle risorse ricevute dalla regione tramite l'AUSL di Modena. il Piano locale è frutto di un confronto congiunto tra gli operatori sociali dell'Unione e sanitari del Servizio Tossicodipendenze del distretto di Mirandola. Le misure di intervento da sviluppare nel territorio, privilegiano le azioni di prevenzione dirette alla diffusione della consapevolezza del fenomeno e ad un diverso approccio al gioco d'azzardo, piuttosto che destinarle ai percorsi di presa in carico e cura che dovrebbero essere messi a disposizione dal Fondo sanitario in quanto dal 2017 i disturbi da GAP sono inseriti ufficialmente nei LEA</p>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cittadini</li> <li>• Giocatori d'azzardo patologici e loro familiari</li> <li>• Esercenti di locali con giochi di azzardo</li> <li>• Studenti e Docenti</li> <li>• Personale sanitario, sociale, educativo e delle associazioni del territorio</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<p><b>OBIETTIVO GENERALE 1</b></p> <p>Promuovere presso la cittadinanza la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale:</p> <p>obbiettivi da declinare in ambito dei singoli territori sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventi pubblici: azioni a carattere culturale per promuovere una sensibilizzazione</li> </ul>

<p>efficace sul territorio riguardo al fenomeno del gioco d'azzardo rivolti alla cittadinanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo: momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento</li> <li>• Valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati: Implementare mappatura locali con e senza slot e altri gap e attività di empowerment dei locali slot</li> <li>• Sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie: sportelli, convenzioni con centri antiusura, ecc.</li> <li>• Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura: rete territoriale con terzo settore e ente locale</li> </ul> <p><b>OBIETTIVO GENERALE 2</b></p> <p>Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e ampliamento con quanto previsto dal PRP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento della prevenzione, conoscenza del fenomeno e rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in ambito scolastico: utilizzo di percorsi laboratoriali rivolti a studenti e docenti</li> </ul> <p><b>OBIETTIVO GENERALE 3:</b></p> <p>Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione specifica con l'obiettivo di creare una rete territoriale competente nell'intercettazione precoce del fenomeno, nella cura di interfacce per la cura e il trattamento, in continuità con la formazione regionale prevista.</li> </ul> <p><b>OBIETTIVO GENERALE 4:</b></p> <p>Definizione di percorsi e linee di indirizzo per facilitare l'accesso ai percorsi di cura AUSL e che permetta di integrare i servizi dipendenze patologiche con altri servizi coinvolti nel percorso di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione di un coordinamento o tavolo di lavoro territoriale Ausl, Ente locale, terzo settore, gruppi AMA</li> </ul> <p><b>RICADSUTA SUL LIVELLO DISTRETTUALE:</b></p> <p><b>AZIONI PREVISTE e BREVE DESCRIZIONE</b></p> <p>Eventi pubblici</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio teatrale serale (Mirandola e Finale Emilia)</li> <li>• Ciclo cineforum tema gap in paesi UCMAN</li> <li>• Spettacolo teatrale altri comuni UCMAN: Medolla\Cavezzo, San Felice, Concordia\San Possidonio, San Prospero, Camposanto</li> </ul> <p><b>SPESA PREVISTA EURO 14.351,72</b></p> <p>- Responsabilizzare gli esercenti di locali con gioco d'azzardo, attraverso momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento, con modulo discusso a livello regionale, come si è fatto con i programmi della formazione obbligatoria</p> <p>- Sperimentare azioni di prossimità, implementando l'attività di educativa di strada già esistente nel distretto, attraverso attività di outreach all'interno e/o nelle vicinanze dei locali adibiti al GA <b>SPESA PREVISTA EURO 10.000</b></p> <p>Valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare mappatura locali con e senza slot e altri gap e attività di empowerment dei locali slotfreER <b>SPESA PREVISTA EURO 1.000</b></li> </ul> <p>Sostegno e consulenza per sovra in-debitamento famiglie (sportelli, con-venzioni con centri antiusura)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementare presenza degli sportelli già attivi a Mirandola e Finale Emilia <b>SPESA PREVISTA EURO 2.000</b></li> </ul> <p>Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare gruppo psicoeducativo per familiari di gap, già presente a Mirandola</li> <li>• Incrementare gruppo terapeutico per gambler non necessariamen-te seguiti dal SerT, già presente a Mirandola</li> <li>• Incrementare il lavoro di rete e le buone pratiche fra sert, terzo set-tore e servizi sociali ucman attra-verso una supervisione metodo-logica esterna</li> <li>• Coinvolgere a Finale Emilia gruppo Giocatori Anonimi</li> </ul>
---

	SPESA PREVISTA EURO 15.000 Laboratori per Scuole (spettacoli, conferenze ecc.) • Polo scolastico Mirandola e polo scolastico Finale Emilia laboratorio teatrale tema gioco azzardo SPESA PREVISTA EURO 5.000 TOTALE SPESA DISTRETTO 47.351,79
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche urbanistiche, politiche culturali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl, EE.LL, Scuole, Associazioni territoriali, Associazioni di categoria
<b>Referenti dell'intervento</b>	A livello aziendale Pifferi Giorgia – Responsabile programma GAP – mail.g.pifferi@ausl.mo.it tel. 0536/863111; A livello locale Pierangelo Bertoletti, psicologo Sert p.bertoletti@ausl.mo.it; Miranda Corradi ufficio interventi economici comune di Mirandola m.corradi@comune.mirandola.mo.it; Daniela Mazzali - responsabile ufficio di piano 0535/29690 daniela.mazzali@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	dipendenti uffici interventi economici, degli uffici scuola e cultura, degli uffici urbanistica dei comuni dell'Unione

---

**Totale preventivo 2018: € 47.351,79**


---

- Programma gioco d'azzardo patologico: **47.351,79 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---



# Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità nell'anziano

Completato

## Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda Ausl Modena Distretto di Mirandola</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante l'Emilia-Romagna, così come l'Italia e in generale i Paesi occidentali. In Emilia-Romagna nel 2015 l'indice di vecchiaia è pari a 175,5, valore superiore a quello nazionale e di altri Paesi europei. Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e dell'aspettativa di vita libera da disabilità. Si stima che in Emilia-Romagna gli uomini e le donne di età <math>\geq 65</math> anni abbiano circa 10 anni di vita attesa liberi da disabilità (indagine PASSI d'Argento 2012-2013). La popolazione di età <math>\geq 75</math> anni (e non <math>\geq 65</math> anni) identifica in maniera più appropriata la popolazione anziana a maggiore rischio di fragilità, sanitaria e sociale. In Emilia-Romagna nel 2015 erano presenti 560.835 abitanti di età <math>\geq 75</math> anni (12,6% pop. generale) e nel 2035 saranno 625.486 (14,0% pop. generale), secondo le proiezioni del servizio statistico regionale. Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha proposto un cambiamento di paradigma rispetto al modo di valutare la popolazione anziana: da un'accezione "passiva", di popolazione bisognosa con un impatto elevato sulla comunità in termini di domanda di servizi sanitari e sociali, ad un'accezione "attiva", di vera e propria risorsa per la comunità. Il nuovo paradigma è stato definito dall'OMS "invecchiamento attivo", inteso come processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane. Nel 2012 la Commissione Europea ha avviato un programma di Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo con l'obiettivo di accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione Europea entro il 2020. Il Partenariato prevede la collaborazione a livello locale tra istituzioni pubbliche e soggetti privati (es. aziende, associazioni) rispetto a diversi ambiti di intervento, tra cui lo sviluppo di modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione e multidisciplinarietà e la prevenzione e gestione della fragilità. Il mantenimento di uno stato di "buona salute" rappresenta un prerequisito essenziale per un invecchiamento attivo. La prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita costituiscono quindi obiettivo rilevante in tutte le fasi e luoghi di vita delle persone, dall'infanzia fino all'età adulta, indispensabile anche al fine di sostenere l'efficacia degli interventi mirati all'invecchiamento attivo.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza la Regione Emilia-Romagna sostiene da anni lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento al domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti. Nei prossimi anni si manterrà costante l'impegno regionale per l'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, prevedendo anche l'identificazione di soluzioni maggiormente flessibili ed innovative orientate al lavoro di comunità, al fine di sostenere reti sociali, sinergie tra servizi e associazioni di volontariato, singoli cittadini e centri di aggregazione territoriale, e nel contempo mantenere la necessaria prossimità ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza. Le azioni, regionali e locali, di promozione dell'invecchiamento attivo e in salute riguardano sia l'ambito dei servizi/interventi che della ricerca. Rispetto al primo (servizi/interventi) da tempo la Regione sostiene programmi e interventi per la prevenzione e</p>

	<p>promozione della salute della popolazione anziana, a partire dal Piano Regionale della Prevenzione e dalla Programmazione locale per il benessere sociale e la salute. In questo ambito è stata realizzata un'analisi delle azioni innovative che costituiscono punto di riferimento di buone pratiche (es. gruppi di teatro con anziani, che diventano opportunità anche per i loro familiari e giovani studenti/tirocinanti; gruppi di anziani per la narrazione delle loro storie di vita/o canzoni e, quindi, mantenere viva la memoria). Tra i setting ideali per la realizzazione di iniziative di promozione della salute, con la partecipazione della comunità, vi sono le Case della Salute, che rappresentano al tempo stesso una opportunità per garantire un accesso ed una risposta ai bisogni della popolazione anziana, integrati, multidisciplinari, e orientati al paradigma della medicina d'iniziativa. Rispetto al secondo ambito (ricerca) dal 2013 la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, partecipa al Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, come reference site.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Tutta la popolazione anziana destinatari professionali: Direzione Sanitaria, Direzione Socio-sanitaria, Direttori di Distretto, Dipartimento di Cure Primarie - Area anziani, Programma fragilità, Dipartimento di Sanità Pubblica, Uffici di Piano, Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, Aree sociali dei Comuni, Associazionismo del terzo settore</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>A livello Aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sovracampionamento aziendale e interviste telefoniche o vis a vis a cittadini con 65 anni e oltre o eventualmente a una persona che ne sia in stretto contatto con loro e che ne conosca le abitudini e i bisogni di salute e assistenza (proxi) nel caso di impossibilità nel sostenere un'intervista.</li> <li>2. Promozione attività motoria per il benessere e la salute dell'anziano attraverso la declinazione negli ambiti specifici di intervento di progetti preesistenti e già attivi sul territorio provinciale condotti dal Servizio di Medicina dello Sport con la collaborazione dei MMG, specialisti, Associazioni, Enti Locali, Società sportive.</li> <li>3. Favorire la socializzazione e la aggregazione attraverso il movimento per la salute</li> <li>4. Offrire momenti di formazione-informazione sui benefici dell'attività motoria per l'anziano</li> <li>5. Fornire consulenza, monitoraggio e supervisione per la sicurezza della somministrazione dell'attività motoria adattata nei vari contesti</li> <li>6. Favorire e sostenere la realizzazione di nuove realtà di aggregazione per la condivisione di attività motoria per la salute dell'anziano anche attraverso programmi a fine ricreativo, ludico-motorio (ginnastica dolce, ballo, fitness, etc.)</li> </ol> <p>-Proseguire i progetti ed i programmi previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2015-2018 riguardanti l'empowerment dei cittadini, l'educazione su stili di vita salutari, l'esercizio fisico, l'alimentazione, e altri.</p> <p>A livello distrettuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costituzione di gruppo di lavoro distrettuale per la promozione di progetti relativi a gruppi di cammino e "allenamento della memoria" e buone pratiche sul lavoro di comunità.</li> <li>- Realizzare reti solidali di contrasto all'isolamento e alla solitudine (es: filo d'argento Auser) in collaborazione con la rete dei Medici di medicina generale e le associazioni di volontariato</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche culturali e sportive
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL- Unione Comuni Modenesi Area nord- Associazioni Sportive e di volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>per il livello provinciale: Carrozzi Giuliano – Responsabile Epidemiologia – mail s.carrozzi@ausl.mo.it tel 059/3963189 e Savino Gustavo – Responsabile Medicina dello Sport – mail g.savino@ausl.mo.it tel .059/3963111</p> <p>per il distretto: Beatrice Menza resp. cure primarie distrettuale b.menza@ausl.mo.it Maria Teresa Mazzoli resp. servizio non autosufficienza teresa.mazzoli@unioneareanord.mo.it</p>

Risorse non finanziarie

**Totale preventivo 2018: € 2.000,00**

- FRNA: 2.000,00 €

**Indicatori locali: 4**
**1°: costituzione gruppo di lavoro**
**Descrizione:** gruppo di lavoro per promozione progetti

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** N
- **Obiettivo 2019:** S
- **Obiettivo 2020:** S

**2°: n. progetti promossi**
**Descrizione:** n. progetti di cammino

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0
- **Obiettivo 2019:** 0
- **Obiettivo 2020:** 2

**3°: n. progetti promossi**
**Descrizione:** n. progetto allenamento memoria

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 2

**4°: n. progetti promossi**
**Descrizione:** n. incontri per scambio buone pratiche

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** non ci sono reti di relazioni tra istituzioni e terzo settore in q - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** obiettivo da perseguire con la costituzione del gruppo di lprogeto
- **Obiettivo 2019:** 1
- **Obiettivo 2020:** 2

# Innovazione della rete dei servizi per anziani e disabili nell'ambito del fondo regionale per la non autosufficienza

Completato

## Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione comuni modenesi area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>DA SCHEDA N.21</p> <p>“Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane e disabili.</p> <p>Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.</p> <p>Il Fondo regionale si attiva nel 2007 è costituito da una quota di FSR e da una quota proveniente dall'addizionale regionale e ha natura strutturale; il Fondo regionale è integrato dal FNA.</p> <p>L'istituzione del Fondo ha come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ consolidare e qualificare i servizi storici esistenti;</li> <li>☑ garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità e garantire l'equità di accesso ai cittadini</li> <li>☑ garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi.</li> </ul> <p>In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e territoriale di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.</p> <p>Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi per raggiungere una maggiore omogeneità nell' erogazione dei servizi in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela. “</p> <p>In tale contesto si colloca la nuova riorganizzazione dei Servizi Sociali nell'ambito dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord e nello specifico il Servizio Sostegno alla non autosufficienza che unisce in una unica area “fragili” le funzioni del settore “Anziani e Disabili .</p> <p>Il Servizio Sostegno alla non autosufficienza opera in connessione con il Servizio Sociale Territoriale ( Sportelli Sociali e Servizio Sociale Professionale) e l'Area socio sanitaria dell'Azienda Ausl per garantire percorsi di accesso e presa in carico integrati di cittadini in situazione di non autosufficienza.</p> <p>La definizione di percorsi dedicati intende rispondere alle problematiche emerse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assenza di percorsi dedicati di presa in carico all'interno delle strutture ospedaliere per utenti provenienti sia dalle strutture socio riabilitative che dal domicilio. (Applicare i principi del CRAPSOS all'area disabili )</li> <li>- Difficoltà di gestione delle problematiche assistenziali della persona disabile con disturbi del comportamento durante la degenza ospedaliera (coop badanti; Sostegno ai caregiver Scheda n. 5)</li> <li>- difficoltà ad applicare le azioni di prevenzione</li> <li>- screening alla popolazione disabile (azioni di formazione -educazione oltre che di percorsi</li> </ul>
------------------	---

	dedicati)
<b>Descrizione</b>	<p>OBITETTIVO N.1 “ Consolidare e qualificare i servizi storici esistenti”. Per vedere la rete esistente andare in APPENDICE al documento triennale</p> <p>OBIETTIVO 2 “ garantire e sviluppare l’ambito della domiciliarietà e garantire l’equità di accesso ai cittadini;</p> <p>A) Potenziamento del Punto Unico di accesso Socio - Sanitario e aggiornamento e riqualificazione dei percorsi di dimissione protetta</p> <p>Il PUASS rappresenta il luogo di raccordo ed integrazione istituzionale tra sociale e sanitario per l’attivazione della rete dei servizi socio sanitari territoriali e l’organizzazione dell’integrazione professionale delle diverse figure coinvolte nell’erogazione dell’assistenza socio sanitaria alle persone non autosufficienti. Consente di far relazionare i diversi obiettivi parziali dei singoli servizi al fine di ricomporre una visione unitaria dell’individuo e dei suoi bisogni e l’attivazione di una risposta più efficace perché appropriata, condivisa e coordinata.</p> <p>Le funzioni del Punto Unico di Accesso Socio sanitario sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l’accoglienza, l’ascolto, la valutazione del bisogno di natura socio sanitaria da qualsiasi punto del sistema esso provenga ( assistente sociale, medico di medicina generale, reparto ospedaliero, servizi domiciliari, diurni e residenziali). Al PUASS afferiscono le segnalazioni provenienti dall’ospedale in forma di dimissione protetta con le modalità specifiche già strutturate;</li> <li>- organizzazione ed attivazione del percorso di Valutazione Multidimensionale e la formulazione di un progetto assistenziale (PAI)</li> <li>- attivazione di percorsi dedicati a supporto della dimissione protetta per il mantenimento della domiciliarietà:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progetto di inserimento temporaneo in CRA per un periodo di circa di 20gg rivolto a utenti fragili con problematiche di tipo sociale per consentire il rientro al domicilio.</li> <li>2) Progetto di assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni successivi alle dimissioni protette</li> </ol> <p>Consiste nell’attivazione di assistenza domiciliare gratuita per un aiuto alla famiglia/ caregiver nell’ aiuto all’adempimento delle cura al domicilio della persona a seguito della dimissione protetta.</p> <p>Il funzionamento del PUASS è assicurato da una équipe composta da professionisti afferenti all’area sociale e sanitaria individuati in modo congiunto da Unione e AUSL, tra operatori con esperienza in ambito territoriale di lavoro per processi fortemente orientati all’integrazione socio sanitaria. Chi opera nel PUASS possiede competenze di case management, in particolare relazionali/comunicative per lavorare in gruppo, di coordinamento e di gestione di gruppi di lavoro, approfondita conoscenza della rete dei servizi del territorio, conoscenze dei sistemi di valutazione e utilizzo dei sistemi informatici.</p> <p>L’attività del PUASS è regolata attraverso convenzione tra AUSL e UCMAN e nello specifico operano le seguenti figure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 1 Assistente sociale</li> <li>- n. 2 infermieri</li> <li>- n. 1 educatore professionale</li> <li>- n. 1 coordinatore</li> </ul> <p>B) individuazione di strumenti per reperire in tempi rapidi ed efficaci assistenti famigliari a supporto della domiciliarietà da offrire alla famiglie</p> <p>C) Percorso di accesso presa in carico e continuità assistenziale per le persone con disabilità nell’accesso alle cure sanitarie in emergenza (ospedale, PS, assistenza specialistica), ponendo particolare attenzione ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, relazionale/comportamentale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accesso specifico ai servizi del consultorio famigliare</li> </ul> <p>D) di ascolto, monitoraggio e socializzazione di persone con fragilità legate alla solitudine (Filo d’argento); Consolidare una rete di protezione per le fasce di popolazioni fragili (gestione delle situazioni di emergenza es. disagio bioclimatico, consegna farmaci a domicilio, ecc...)</p>
<b>Destinatari</b>	Anziani e disabili non autosufficienti
<b>Azioni previste</b>	<p>Per la realizzazione del punto A)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rinnovo della convenzione tra UCMAN e AUSL distretto di Mirandola per il funzionamento del PUASS alla luce della nuova riorganizzazione dei Servizi per la Non Autosufficienza .</li> <li>- Costituzione di gruppo di lavoro socio-sanitario per aggiornamento e implementazione di procedure operative e strumenti integrati socio sanitari.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione congiunta degli operatori Ospedale -Territorio sui percorsi di dimissione protetta e strumenti in uso e discussione di casi clinici per la condivisione di un linguaggio comune</li> <li>- Raccordo tra gli strumenti informatici AUSL – UCMAN Servizio non autosufficienza (cityware)</li> <li>- Declinare in termini organizzativi il “ percorso temporaneo in CRA” e il progetto “assistenza domiciliare tutelare nei primi 30 giorni”</li> </ul> <p>Per la realizzazione del punto B)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestazione di interesse per la verifica delle possibili risorse disponibili sul territorio dell’area nord.</li> </ul> <p>Per la realizzazione del punto C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costituire un gruppo tecnico socio sanitario per delineare protocolli operativi specifici</li> </ul> <p>Per la realizzazione del punto D)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mappatura delle situazioni di maggiore fragilità attraverso la collaborazione con associazioni del territorio (AVO AUSER) e Servizi sociali territoriali e sanitari</li> <li>- Filo d’argento AUSER: Azioni di supporto ad anziani fragili/soli, quali: monitoraggio - telefonate- visite -accompagnamento per piccole commissioni</li> <li>- Attività formative rivolte ai volontari per il riconoscimento e la gestione di situazioni di forte emarginazione/solitudine</li> <li>- sostegno al Percorso formativo sulla figura dell’amministratore di sostegno e alla costituzione di un gruppo di volontari per la gestione di uno sportello informativo, in collaborazione con Associazione centro servizi per il volontariato</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	UCMAN, AUSL, Gestori dei Servizi, Associazioni del territorio, Associazione centro servizi per il volontariato, Consulta del volontariato di Mirandola
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Maria Teresa Mazzoli resp. servizio sostegno alla non autosufficienza  <a href="mailto:teresa.mazzoli@unioneareanord.mo.it">teresa.mazzoli@unioneareanord.mo.it</a> 0535/29746</p> <p>Beatrice Menza - <a href="mailto:b.menza@ausl.mo.it">b.menza@ausl.mo.it</a> 0535602484</p> <p>Luana Reggiani - <a href="mailto:l.reggiani@ausl.mo.it">l.reggiani@ausl.mo.it</a> 0535/602476</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	volontari delle associazioni dell'ambito territoriale

**Totale preventivo 2018: € 42.454,00**

- FRNA: **24.400,00 €**
- FNNA: **3.054,00 €**
- AUSL (*Ausl di modena distretto di Mirandola*): **15.000,00 €**

## Indicatori locali: 5

### 1°: sostegno domiciliare

**Descrizione:** progetti di assistenza domiciliare a seguito dimissioni protette max 30gg

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 3
- **Obiettivo 2020:** 5

### 2°: inserimento temporaneo in CRA

**Descrizione:** soluzione di ricovero temporaneo per consentire rientro a domiciliari

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 3

**3°: percorsi facilitati per disabili**

**Descrizione:** accesso al consultorio familiare per tutela sessualità

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 3
- **Obiettivo 2020:** 5

**4°: percorsi facilitati per disabili**

**Descrizione:** evidenza di percorsi concordati per l'accesso e la permanenza nei servizi di emergenza urgenza

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** nessuna azione
- **Obiettivo 2019:** costituzione gruppo di lavoro e definizione protocollo
- **Obiettivo 2020:** monitoraggio protocollo

**5°: percorsi facilitati per disabili**

**Descrizione:** evidenza di percorsi concordati per l'accesso e la permanenza nei servizi specialistici ospedalieri

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** nessuna azione
- **Obiettivo 2019:** costituzione gruppo di lavoro e definizione protocollo
- **Obiettivo 2020:** monitoraggio protocollo

# Misure a contrasto della povertà

Completato

## Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto i 4 milioni e 598 mila di individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. Il SIA è stato una "misura ponte" che ha anticipato alcuni elementi essenziali della nuova misura varata con la Legge n°33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà", al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali», approvata in marzo 2017 ed entrata in vigore a dicembre 2017 con l'introduzione del Reddito di inclusione-REI, che ha sostituito il SIA. La Regione Emilia-Romagna ha rafforzato le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo con la legge n. 24/2016 "Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale, per dare avvio al Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica in ottica universalista, infatti possono accedervi tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>1) Abbiamo presentato domanda di accesso ai finanziamenti PON - avviso 3, e sottoscritto la convenzione di sovvenzione con il ministero l'8 settembre 2016 per un finanziamento di euro 199.574 destinato all'assunzione tramite agenzia interinale di due assistenti sociali per affiancare la rete degli operatori sociali, del lavoro e della sanità nella gestione dell'accoglienza degli richiedenti, per la progettazione degli interventi, il monitoraggio e la verifica dell'andamento dei progetti. Hanno preso servizio nel mese di dicembre 2016 con previsione di attività fino al termine del progetto previsto per il 31.12.2019,</p> <p>2) è stata nominata l'equipe distrettuale composta dalle figure professionali indicate dai servizi sociali, sanitari e del lavoro che si compone sul singolo caso da chi ne ha la presa in carico, ad eccezione del referente del centro per l'impiego, sempre presente. L'equipe ha un livello di "governo" del processo costituito dal responsabile del Servizio integrazione ed autonomia sociale dell'Unione, dal rappresentante del centro per l'impiego e dell'AUSL di Modena che periodicamente si confrontano per monitorare l'andamento e dare indicazioni agli operatori sul campo.</p> <p>Il Sostegno all'inclusione attiva prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizioni disagiate (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nelle quali almeno un componente sia minorenne oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Dal mese di settembre 2016 i servizi sociali dei comuni hanno iniziato a raccogliere le domande di cittadini in possesso dei requisiti per accedere al SIA e sono attualmente impegnati nella presa in carico integrata. L'approvazione della LR 24/2016 che istituisce il Reddito di Solidarietà per la</p>



	<p>Regione Emilia-Romagna permetterà l'allargamento della platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro. L'attuazione della misura regionale RES si configura in maniera strettamente integrata con l'attuazione del REI in quanto prevede le medesime modalità di accesso e di presa in carico integrata.</p> <p>Nell'ambito distrettuale di Mirandola l'attività legata al SIA dal settembre 2016 al 30 novembre 2017 è stata la seguente:  Domande pervenute 341  Valutate idonee e inviate INPS 321  Accolte INPS 112 - respinte 209  beneficiari decaduti 29 (di cui nessuno per inadempienza).</p> <p>Poichè il REI modifica i parametri di ammissione al contributo ci aspettiamo almeno un raddoppio delle domande di contributo. Ci aspettiamo anche una migliore efficienza tra domande presentate, valutate idonee e accolte INPS, data l'esperienza acquisita da parte degli operatori e dei richiedenti e la migliore informazione sui meccanismi di funzionamento della misura. Come si vede, invece, lo scarto tra gli ammessi e i decaduti è relativamente basso a significare che i progetti sono stati seguiti con cura.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Per il SIA i beneficiari sono i nuclei familiari con presenza di almeno un componente minorenni o di un figlio disabile, ovvero di una donna in stato di gravidanza accertata e con ISEE inferiore o uguale a 3000 euro. L'approvazione del REI attivo dal 1 luglio 2018 permette l'estensione della platea dei beneficiari fino a 6000 euro di ISEE; per il RES i beneficiari sono tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro; per la Legge Regionale 14/15 i beneficiari individuati sono individui "fragili" così come definiti dallo strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità denominato "Indice di fragilità" (DGR 191/2016).</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con ANCI ER, dovrà supportare e coordinare i Comuni al fine di facilitare l'avvio del Reddito di Solidarietà su tutto il territorio regionale, garantendo il necessario coordinamento con l'attuazione del SIA/REI, da un lato, e dall'altro con l'attuazione della legge regionale 14/15 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari" che prevede di promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone fragili e vulnerabili e che pertanto rappresenta l'infrastruttura delle misure di politica attiva del lavoro attivabili, se possibile ed opportuno, per promuovere il reinserimento delle persone beneficiarie del RES e del SIA/REI.</p> <p>L'attuazione congiunta di queste 3 misure (SIA/REI, RES e LR 14/15), dovrebbe consentire di potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori e delle organizzazioni per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi. L'obiettivo è migliorare le competenze, potenziare le capacità e favorire l'occupabilità dei soggetti coinvolti; fornire loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare gradualmente il benessere e l'autonomia.</p> <p>A livello territoriale i Comuni e gli ambiti distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia, dovranno garantire interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio. Alle possibilità concrete di rafforzare e qualificare l'organico attraverso la partecipazione ai bandi PON, va data continuità con la quota vincolata per i servizi d'inclusione sociale, parte della dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (REI).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riorganizzazione delle procedure di condivisione tra gli assistenti sociali del SST afferenti ai diversi ambiti per trovare modalità di presa in carico congiunta delle famiglie beneficiarie degli interventi economici ( es: area minori per progetti di supporto educativo, area non autosufficienza per supporto a eventuali carichi di cura )</li> <li>- potenziamento dell'ascolto, accoglienza orientamento e avvio delle pratiche tramite acquisizione di 3 Assistenti sociali a tempo determinato negli sportelli sociali, utilizzando il Fondo povertà;</li> <li>- costituzione TAVOLO distrettuale di concertazione con i soggetti del terzo settore e delle imprese per individuazione strategie comuni di contrasto alla povertà, per accrescimento di</li> </ul>

	<p>nuove opportunità da offrire nella stesura dei progetti di individualizzati alle persone che ricevono i benefici economici . (OBIETTIVO PREVISTO ANCHE NEL PATTO PER LO SVILUPPO DELL'AREA NORD IN FASE DI DISCUSSIONE)</p> <p>- co-progettare con organizzazioni di volontariato e sostenere loro progettazioni volte all'inserimento dei beneficiari dei contributi in attività di volontariato per accrescere la loro responsabilizzazione sociale e come veicolo per opportunità di inclusione sociale</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche del lavoro, politiche sanitarie,
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	centro per l'impiego, Servizio dipendenze patologiche e salute mentale dell'AUSL - distretto di Mirandola
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Simona Busani - Responsabile servizio Integrazione e autonomia sociale 0535/29659 simona.busani@unioneareanord.mo.it</p> <p>Emanuela Sitta - Responsabile servizio sociale territoriale emanuela.sitta@unioneareanord.mo.it 0535/86320</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	educatori del servizio di inserimento lavorativo, assistenti sociali, soggetti del terzo settore

---

**Totale preventivo 2018: € 539.824,25**


---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **96.809,95 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **222.183,05 €**
- Quota Fondo povertà nazionale: **135.299,25 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **85.532,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---

# Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili - L.R. 14/2015

Completato

## Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine non ha fatto altro che aumentare il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.</p> <p>La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."</p> <p>Questa legge scommette su alcuni punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza;</li> <li>la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione tempo-ranea che può essere superata;</li> <li>il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.</li> </ul> <p>Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;</li> <li>2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.</li> </ol>
<b>Descrizione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) si è data attuazione al piano integrato territoriale sperimentale 2016-2017 ancora in corso di attuazione e la cui conclusione è prevista per settembre 2018.</li> <li>2) Secondo le indicazioni regionali è stato presentato il Piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano, coordinato o integrato con il piano di zona, viene approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza.</li> <li>3) contestualmente è stato predisposto il programma annuale di attuazione distrettuale 2018 che definisce in modo specifico l'utilizzo delle risorse in funzione delle diverse tipologie di intervento.</li> </ol> <p>A seguito della programmazione avviene da parte dell'équipe multi professionale la presa in carico integrata. Non si è creato un nuovo modello organizzativo ma si utilizza la stessa organizzazione prevista per la gestione del SIA/REI/RES, con un livello di governo rappresentato dai referenti distrettuali dei tre enti istituzionali (Unione, AUSL e centro per l'Impiego) mentre</p>

	<p>l'èquipe operativa si compone sul caso con la presenza dell'incaricato del centro per l'impiego a cui eventualmente si aggiunge un operatore del collocamento mirato in caso di disabilità, dall'assistente sociale referente del caso e, al bisogno, dal referente della salute mentale /dipendenze patologiche o delle cure primarie che ha in carico l'utente. In funzione di consulente esperto partecipa anche un dipendente dell'Unione del servizio di integrazione lavorativa. L'èquipe così composta, assieme alla persona, effettua l'analisi della situazione e predispone il programma personalizzato.</p> <p>Il programma personalizzato è finalizzato all'inserimento lavorativo e all'inclusione, si basa sulle risorse, competenze, bisogni e propensioni della persona e sui sostegni che si ritengono necessari per ricostruire le condizioni atte a superare o ridurre in modo significativo le fragilità. Gli interventi che compongono il programma sono quelli offerti dai soggetti istituzionali e dagli altri soggetti coinvolti secondo i programmi di attuazione annuali supportati da risorse e sostegni di rete. Il programma viene sottoscritto in forma di patto come assunzione degli impegni da parte dei servizi e della persona per la quale è formulato. Ogni programma è affidato ad un responsabile individuato all'interno dell'èquipe.</p> <p>L'attività svolta fino al 30 aprile 2018, con risorse del Piano Integrato Territoriale sperimentale 2016/2017, è la seguente:</p> <table> <tr> <td>Utenti richiedenti</td><td>136</td></tr> <tr> <td>utenti con percorso attivo</td><td>84</td></tr> <tr> <td>Tirocini tipo c</td><td>12</td></tr> <tr> <td>Tirocini tipo d</td><td>33</td></tr> <tr> <td>Accompagnamento al lavoro</td><td>8</td></tr> <tr> <td>Corsi a qualifica attivati</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Utenti coinvolti nei corsi</td><td>26</td></tr> </table> <p>A completamento degli interventi promossi tramite la L.14 e degli interventi del collocamento mirato finanziati dal FRD, l'Unione tramite il proprio Servizio di Inserimento Lavorativo attiva ulteriori percorsi di tirocinio formativo su utenti che non soddisfano i parametri per l'accesso alla L.14, ma che necessitano di sperimentare percorsi di autonomia; la progettazione degli interventi avviene con le stesse modalità utilizzate per i percorsi con L. 14. Molti di questi progetti riguardano persone in carico ai servizi dipendenze patologiche e psichiatria e per garantire i quali a marzo 2017 è stata sottoscritta una convenzione tra il servizio Integrazione ed autonomia sociale dell'Unione dei comuni e il Dipartimento Salute mentale Azienda USL - distretto di Mirandola e finanziati da risorse proprie dell'Unione, da risorse FSR dell'AUSL e sostenuti dalla Fondazione Cassa di Risparmio</p>	Utenti richiedenti	136	utenti con percorso attivo	84	Tirocini tipo c	12	Tirocini tipo d	33	Accompagnamento al lavoro	8	Corsi a qualifica attivati	2	Utenti coinvolti nei corsi	26
Utenti richiedenti	136														
utenti con percorso attivo	84														
Tirocini tipo c	12														
Tirocini tipo d	33														
Accompagnamento al lavoro	8														
Corsi a qualifica attivati	2														
Utenti coinvolti nei corsi	26														
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti, che possono accedere alla legge 14 indifferente da qualunque servizio sociale, sociosanitario o del lavoro.</li> <li>- I cittadini in carico alla salute mentale e al servizio disabili che non rientrano nella legge 14, ma ne sono poco distanti</li> </ul>														
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri periodici con associazioni di categoria del territorio per facilitare l'inserimento dei beneficiari e creare una rete di supporto per l'incrocio domanda-offerta;</li> <li>- Definizione delle modalità operative dell'èquipe e di rapporto con l'ente gestore;</li> <li>- Verifica dell'attuazione del piano integrato dopo il primo anno di sperimentazione, e successiva rimodulazione dei bisogni e modalità di intervento;</li> <li>- Formazione e aggiornamento degli operatori in percorsi regionali o locali, anche su argomenti trasversali ( isee, permessi di soggiorno ecc.);</li> </ul>														
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi, ente gestore e di formazione, con il terzo settore e la comunità nel suo insieme per dare attuazione a quanto previsto dalla normativa. Connessione ed interazione con gli operatori incaricati della gestione del reddito di inclusione ( REI) e del reddito di solidarietà (RES). Protocollo con AUSL per 15 tirocinanti che non rientrano nei parametri definiti per l'attivazione di inserimenti lavorativi</p>														
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comuni del Distretto</p> <p>Ausl</p> <p>Centro per l'Impiego e collocamento mirato</p> <p>Ente gestore</p> <p>Enti di formazione del territorio</p> <p>Terzo settore</p> <p>Imprese locali</p> <p>Associazioni di categoria</p>														

<b>Referenti dell'intervento</b>	Simona Busani responsabile servizio Integrazione e autonomia sociale simona.busani@unioneareanord.mo.it 0535/29659
<b>Risorse non finanziarie</b>	soggetti del terzo settore

**Totale preventivo 2018: € 523.886,20**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **50.000,00 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **344.442,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **34.444,20 €**
- AUSL (5.000 quota per prestazioni riabilitative L.14; 40.000 per tirocini formativi): **45.000,00 €**
- Altri soggetti privati (Fondazione Cassa di risparmio): **50.000,00 €**

## Indicatori locali: 5

### 1°: incontri èquipe

**Descrizione:** numero con presenza collocamento mirato

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 6 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 12
- **Obiettivo 2019:** 11
- **Obiettivo 2020:** 10

### 2°: incontri èquipe

**Descrizione:** numero per soggetti fragili

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 9 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 24
- **Obiettivo 2019:** 22
- **Obiettivo 2020:** 20

### 3°: numero tirocini

**Descrizione:** numero progetti disabili fuori L.14

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 50 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 50
- **Obiettivo 2019:** 50
- **Obiettivo 2020:** 50

### 4°: numero tirocini

**Descrizione:** numero progetti salute mentale fuori L.14

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 12
- **Obiettivo 2019:** 15
- **Obiettivo 2020:** 15

### 5°: progetti accompagnamento al lavoro

**Descrizione:** numero progetti gestiti dal ACSV

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 5
- **Obiettivo 2019:** 8
- **Obiettivo 2020:** 2

# La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Completato

## Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.</p> <p>La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.</p> <p>Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona. L'intervento pubblico, da questo punto di vista, non può che configurarsi come "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'abitare deve essere inteso come insieme di soluzioni tra loro differenziate e correlate, in funzione del livello di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie. Si mira a consolidare l'idea della filiera dell'abitare, quale "percorso abitativo" connotato da differenti soluzioni in funzione dei bisogni delle persone: la casa infatti dovrebbe essere un luogo accessibile sia dal punto di vista fisico (assenza di barriere architettoniche in correlazione alla condizione fisica dei componenti del nucleo) che dal punto di vista economico (i contratti di locazione privati; le case pubbliche latamente intese – Edilizia Residenziale Sociale; i mutui prima casa; ecc.). Dovrebbe essere sostenibile in termini di costi di gestione, dovrebbe essere progettata per includere e favorire i rapporti sociali e di vicinato, dovrebbe essere flessibile come possibilità di adattare il luogo dell'abitare alle varie fasi evolutive della vita della persona (famiglia con figli; nuclei unipersonali; famiglia composta da soli anziani, ecc.).</p> <p>È necessario in primo luogo ridefinire le caratteristiche e gli snodi all'interno della filiera e rimodularla, a partire dal settore strategico dell'Edilizia Residenziale Pubblica. L'obiettivo della riforma in atto dell'ERP è proprio quello di ridefinire il patrimonio pubblico quale servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà, assegnandogli un valore riconosciuto con la revisione, basata su parametri oggettivi, del canone d'affitto: in concreto si tratta di favorire il "turn over" delle famiglie assegnatarie in base alle mutate condizioni economiche in modo da garantire equità sociale ed evitare che siano sempre le stesse categorie ad usufruire delle case popolari.</p> <p>Il sistema della formazione e della gestione delle graduatorie comunali dovrà di conseguenza essere rivisto per diventare uno strumento più adeguato agli effettivi posti disponibili e ai tempi di rotazione degli alloggi.</p> <p>Accanto a questo, i cambiamenti socio-demografici che si stanno verificando, e sempre più si verificheranno nell'utenza dell'edilizia residenziale pubblica, implicano un forte impegno da parte di tutti gli attori coinvolti e la messa in cantiere di progetti e iniziative di mediazione, di animazione e integrazione sociale e intergenerazionale, di risocializzazione all'interno dei</p>

	<p>quartieri e/o dei condomini ERP, con l'obiettivo di evitare l'acuirsi delle conflittualità e i conseguenti effetti di degrado e di abbandono.</p> <p>Alle risposte che possono essere fornite dall'Edilizia Residenziale Pubblica vanno affiancati interventi pubblici fortemente integrati con il Servizio Sociale Territoriale per sostenere i nuclei familiari che hanno perso il proprio alloggio a seguito di uno sfratto: in questi casi purtroppo si ricorre frequentemente a risorse emergenziali, spesso inutilmente onerose, che dovrebbero invece essere ricondotte a soluzioni che garantiscano maggiore appropriatezza di intervento (sostegno educativo professionale), omogeneità territoriale e coerenza, anche grazie a percorsi di co-progettazione con il Terzo settore.</p> <p>Per sostenere la domanda abitativa di quell'area grigia della popolazione che non rientra nei canoni di povertà economica per l'accesso all'ERP, ma che, allo stesso tempo, non è in grado da sola di misurarsi con il libero mercato, occorre incoraggiare e agevolare le iniziative di social housing, promosse da enti locali e da soggetti privati, tramite una normativa semplice e non ostativa, anche tramite eventuali contributi da parte degli enti pubblici.</p> <p>Un'altra linea di attività è data dallo sviluppo di progetti di cohousing (co-abitazione), un differente modo di abitare e di vivere il condominio, il quartiere e la città, che permette di riscoprire la socialità e la cooperazione tra vicini di casa coniugando spazi privati e spazi comuni. Questo significa abitare unità immobiliari con ampi spazi, coperti e scoperti, destinati all'uso comune tra i coresidenti che li gestiscono in modo collettivo, avendo in cambio benefici dal punto di vista sociale, economico e ambientale, ad esempio una cucina collettiva, sale studio-laboratorio, lavanderia comune, sale di lettura, spazi gioco per i bambini, ecc. fino a dividersi mezzi di trasporto (car-sharing, bike-sharing), orti e giardini.</p> <p>Da ultimo si segnala la difficoltà nell'individuare soluzioni che incrocino il mercato delle abitazioni sfitte/non occupate/invendute e la domanda di soluzioni abitative per famiglie a rischio di vulnerabilità. In merito alle strategie di intervento il tentativo dei servizi territoriali di porsi come mediatori con le agenzie immobiliari non ha prodotto sinora risultati particolarmente efficaci in quanto le agenzie richiedono garanzie molto elevate; risulta necessario monitorare gli esiti dei progetti di agenzie per l'affitto realizzate dai Comuni per individuare i modelli più efficaci da implementare.</p> <p>In un quadro di questo tipo, fondamentale risulta promuovere l'integrazione operativa e professionale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, pubblici e privati, al fine di individuare soluzioni innovative e rispondenti alle caratteristiche specifiche del territorio.</p> <p>Nell'ambito distrettuale pesa ancora l'esito del sisma del 2012; molte famiglie sono ancora in attesa di rientrare nella propria abitazione danneggiata dal sisma e anche diversi complessi di alloggi ERP sono in via di rifacimento. Gestione della casa e gestione sisma sono fortemente intrecciate e l'esperienza acquisita dagli operatori sociali sul mercato immobiliare da un lato e i bisogni abitativi delle persone dovrebbe essere meglio utilizzata ai fini di un ripensamento generale delle politiche abitative dell'Unione.</p> <p>Il patrimonio di alloggi sociali gestito attualmente dall'Ufficio casa si aggira sui 900 alloggi, meglio descritto nell'APPENDICE al Piano di zona</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, ovvero senza una abitazione e non in grado di reperirne una a canoni di mercato, ma anche i cosiddetti nuclei della "zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp. Per quanto riguarda le azioni relative all'Erp, ne sono beneficiari in primis gli inquilini, ma anche potenzialmente i nuclei iscritti nelle graduatorie.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stesura regolamento unitario per l'ambito territoriale, compreso il comune di Finale Emilia. La finalità è proseguire la costruzione della "filiera dell'abitare", disegnando delle politiche in grado di sostenere la platea di chi si trova in condizioni di disagio abitativo, attraverso strumenti adatti ai bisogni differenziati.</li> <li>2. In relazione al sistema di edilizia residenziale pubblica, la priorità è il completamento e la piena attuazione della riforma in atto, al fine di facilitare il turn-over all'interno degli alloggi e responsabilizzare maggiormente gli inquilini, attraverso la valorizzazione del bene-casa nel calcolo del canone di affitto. In merito alle azioni di social housing, vanno attentamente valutate, e realizzate nel limite delle risorse disponibili, possibili sperimentazioni per promuovere nuove forme dell'abitare, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato.</li> <li>3. Per quanto riguarda emergenza abitativa ed ERS, partendo da una analisi sulle risposte oggi in campo a livello regionale in questi ambiti e sulla loro efficacia, occorre definire o ridefinire modalità di lavoro tra politiche abitative e SST ed il livello di servizio e di strumenti di cui ci si intende dotare per dare risposte ai nuclei familiari in difficoltà.</li> </ol> <p>In una fase come quella attuale che vede forte tensione abitativa con nuclei in difficoltà e contemporanea presenza di alloggi sfitti in aumento, occorre promuovere lo sviluppo di</p>



	<p>progetti che intercettino il patrimonio privato sfitto e lo rendano disponibile per rafforzare i vari nodi della “filiera dell’abitare” (emergenza abitativa, ERP ed ERS), favorendo anche nuove tipologie di accordo tra pubblico e privato (es. affitti a riscatto) permettendo così agli Enti Locali di investire le ingenti risorse che oggi dedicano a questi temi a soluzioni più adeguate.</p> <p>Di grande importanza è anche l’analisi delle soluzioni abitative disponibili per la cosiddetta “zona grigia” e l’eventuale revisione delle condizioni di accesso.</p> <p>A seguito della costituzione della Città Metropolitana di Bologna e della revisione delle competenze della Province, un ruolo crescente hanno assunto di Distretti socio-sanitari, il cui ambito territoriale è stato ritenuto in diverse occasioni una dimensione adeguata anche per le politiche abitative. Emerge quindi l’opportunità di una riflessione sulle sedi tecniche e politiche di governo di questa materia.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Con riferimento al livello di integrazione di una persona o di un nucleo familiare, si evidenzia una specifica e stringente correlazione tra i seguenti tre assi o ambiti, e le corrispondenti politiche di supporto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. integrazione sociale;</li> <li>2. integrazione lavorativa;</li> <li>3. integrazione abitativa.</li> </ol> <p>Si è visto, ad esempio, in questi anni di crisi economica come la perdita anche solo temporanea del lavoro, e quindi del reddito, abbia innescato dirette ripercussioni sulle possibili soluzioni abitative e sul livello delle relazioni sociali, e viceversa. È fondamentale pertanto che ogni intervento a sostegno dell’autonomia venga progettato, realizzato e monitorato alla luce delle connessioni e sinergie fra i diversi ambiti, tenendo conto del lavoro di approfondimento dei gruppi tecnici del Tavolo regionale di concertazione sulle politiche abitative.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Acer, agenzie private, Sunia, ASPPI,
<b>Referenti dell'intervento</b>	Simona Busani - responsabile servizio Integrazione ed autonomia sociale 0535/29659 simona.busani@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



# Contrasto alla violenza di genere

Completato

## Riferimento scheda regionale

- 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità  
25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena - Unione comuni modenesi area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”, dedica il titolo V “Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere”, alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell’ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l’obiettivo di pre-venire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.</p> <p>E' ormai evidente il fenomeno della violenza di genere come fenomeno strutturale facente parte dell'esperienza umana. E' possibile toccarne con mano gli effetti, in differenti forme, in ogni parte del mondo. La nostra Regione, la nostra Provincia, il nostro territorio non ne è immune ed i dati lo dimostrano.</p> <p>Nell'anno 2017 nella provincia di Modena n°502 donne si sono rivolte agli sportelli di ascolto attivi per ricevere informazioni, orientamento e consulenza; n°26 donne hanno richiesto di entrare nel percorso di protezione offerto dai due Centri Antiviolenza attivi ed accreditati nel nostro territorio (Casa delle Donne Modena: Vivere Donna Carpi); n°10 donne hanno trovato ospitalità nelle case rifugio messe a disposizione dai due centri antiviolenza ed i Servizi Sociali territoriali hanno offerto temporanea ospitalità nella fase di emergenza negli alberghi per n° 1.065 notti. (fonte: DATI DEI CENTRI ANTIVIOLENZA DEL COORDINAMENTO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA).</p> <p>Nel territorio dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord, dalla data di apertura dello Sportello Donna (giugno 2014) ad oggi n°92 donne, con figli e non, hanno dichiarato di subire violenza in famiglia, prevalentemente dal proprio partner ed anche in presenza dei figli. (fonte: dati Sportello Donna UCMAN)</p> <p>Diverse e differenti sono le forme di violenze perpetrate contro le donne: fisica, sessuale, psicologica, economica, ecc. e le conseguenze sul benessere e sulla salute delle donne sono molteplici: lesioni, lividi, fratture, disturbi gastro/intestinali e somatici, disturbi ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate, stati d'ansia, disturbi dell'alimentazione e del sonno, bassa autostima, perdita della rete parentale ed amicale - con conseguente isolamento e depressione, perdita del lavoro.</p> <p>Altrettanto allarmante, e portatore di rilevanti conseguenze, è il maltrattamento agito nei confronti dei minori vittime di violenza assistita intrafamiliare, che riportano disturbi del comportamento, difficoltà scolastiche, isolamento, tentativi di fuga, intenzioni autolesive e suicidarie.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Piano Regionale individua quali aree di intervento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;</li> <li>2 la protezione e il sostegno verso l’autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita</li> </ol>

	<p>dalla violenza;</p> <p>3 il trattamento per gli uomini autori di violenza;</p> <p>4 le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.</p> <p>Il Piano Regionale individua quali aree di intervento:</p> <p>1 la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;</p> <p>2 la protezione e il sostegno verso l'autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita dalla violenza;</p> <p>3 il trattamento per gli uomini autori di violenza;</p> <p>4 le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.</p> <p>Nel territorio dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord sono presenti e attivi tre sportelli: SPORTELLO DONNA (Offre orientamento, ascolto, sostegno alle donne); SPORTELLO LEGALE (Offre consulenza gratuita in materia di diritto di famiglia); SPORTELLO ANTIVIOLENZA (per una vera e propria presa in carico della donna che ha già maturato la convinzione di voler uscire da una condizione di subordinazione e/o violenza di genere).</p> <p>Si sono attivati progetti di prevenzione sui temi della violenza di genere, del superamento degli stereotipi, del bullismo e della prevaricazione nelle scuole e nel territorio; è stato istituito il tavolo interistituzionale distrettuale della Violenza quale luogo privilegiato di confronto e programmazione; è stato stipulato un protocollo per l'accoglienza in emergenza delle donne vittime di violenza, approvato nel 2014, attraverso il quale si è costituito un "sistema di rete" per il contrasto della violenza contro le donne del territorio del distretto di Mirandola/Area Nord, al quale partecipano tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, del servizio sociale, dei servizi sanitari, delle forze dell'ordine, dell'associazionismo e volontariato locale e della scuola.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>donne vittime di violenza di genere, uomini che agiscono la violenza di genere, tutta la popolazione femminile, gli operatori dei servizi socio sanitari della rete, le forze dell'ordine, le scuole</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1. partecipazione all'osservatorio regionale violenza di genere</p> <p>2. partecipazione al tavolo provinciale prefettizio e alla raccolta dati da esso promossa</p> <p>3. rafforzare il lavoro integrato della rete distrettuale di prevenzione, accoglienza e accompagnamento delle donne che subiscono violenza di genere</p> <p>4. prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza e loro monitoraggio (Centri Liberiamoci dalla violenza-LDV).</p> <p>A livello distrettuale:</p> <p>Nel corso dell'anno 2017 l'Unione Comuni Modenesi Area Nord ha ricevuto il conferimento dei Servizi Sociali e Scolastici da parte dei Comuni che ne fanno parte. Si è avviato, pertanto, un percorso di riorganizzazione dei servizi che si svilupperà nei prossimi anni fino a trovare l'assetto privilegiato su cui consolidarsi. Anche nei servizi sanitari del territorio abbiamo assistito ad un considerevole ricambio di figure di riferimento di diversi servizi. Si sono succedute nuove nomine anche ai vertici delle forze dell'ordine locali.</p> <p>Pertanto, alla luce di tutta questa evoluzione si rende necessario nel prossimo piano sociale e sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Aggiornare e rinforzare la rete dei soggetti che operano sul territorio distrettuale</li> <li>* Dare nuovo impulso al lavoro di monitoraggio e programmazione del tavolo interistituzionale distrettuale, quale sede privilegiata di dialogo e condivisione di prassi e modalità operative sui temi della violenza;</li> <li>* Rivedere e aggiornare il protocollo sugli interventi in emergenza alla luce della riorganizzazione dei servizi, delle recenti normative nazionali e regionali e degli impegni assunti dai Sindaci in occasione della stipula del Protocollo stipulato tra i Sindaci dei Comuni della Provincia di Modena in occasione della Giornata Internazionale contro la violenza alle donne del 24/11/2017;</li> <li>* Formazione congiunta tra tutti gli operatori della rete (Sanitari, Sociali, Scolastici, Forze dell'Ordine, associazionismo e Volontariato locale)</li> <li>* dotarsi di un luogo di protezione per le donne vittime di violenza da porre in disponibilità anche alla rete sovradistrettuale</li> <li>* continuare nella formazione nelle scuole, adesione ai bandi regionali</li> <li>* campagne di sensibilizzazione nei vari comuni in occasione di ricorrenze nazionali o locali</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche</b>	<p>14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere,</p>

<b>integrate collegate</b>	intergenerazionali, interculturali e delle abilità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Tutti quelli delle reti: Prefettura, Forze dell'ordine ( carabinieri, polizia e polizia municipale), case delle donne contro la violenza, consultori famigliari compresi i centro LDV di Modena , cure primarie, pronti soccorso generali e ostetrico-ginecologici, servizi sociali, centri per le famiglie, associazioni delle donne ( donne e giustizia), Magistratura, associazioni avvocati
<b>Referenti dell'intervento</b>	per il livello provinciale: Borsari Silvana – Responsabile Area Consultori – mail. s.borsari@ausl.mo.it tel 059/438099 Dotti Monica – Coordinatore consultorio LDV – mail m.dotti@ausl.mo.it tel. 059/438788 Per il livello distrettuale: Federica Pongiluppi - referente tecnico pari opportunità mail: federica.pongiluppi@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 8.000,00**

- Centri per le Famiglie: **8.000,00 €**

## Indicatori locali: 5

### 1°: protocollo interventi in emergenza

**Descrizione:** rivedere e aggiornare il protocollo

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

### 2°: azioni formative

**Descrizione:** incontri di formazione congiunta tra i soggetti della re

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 2

### 3°: azioni formative

**Descrizione:** incontri di formazione nelle scuole

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 4

### 4°: azioni informative/sensibilizzazione

**Descrizione:** iniziative nei comuni/eventi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- Obiettivo 2020: 3

**5°: dotazione luogo di protezione per donne**

**Descrizione:** evidenza di individuazione soluzione alloggiativa

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** N - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: N

- Obiettivo 2020: S

# Capiersi fa bene alla salute ( Health Literacy)

Completato

## Riferimento scheda regionale

27 Capiersi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La Health Literacy (HL), nata negli USA negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Le competenze alfabetiche e numeriche degli italiani, secondo lo studio PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, 2011-2013) promosso dall'OCSE, sono insufficienti per accedere alle informazioni e destreggiarsi nella società. Lo studio, che ha analizzato le competenze alfabetiche e numeriche della popolazione adulta (16-65 anni) di 24 paesi tra Europa, America e Asia, colloca l'Italia all'ultimo posto per competenze alfabetiche e al penultimo per competenze numeriche, stimando che il 47% di italiani sia, inconsapevolmente, "analfabeta funzionale". Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti a interrompere per fare domande, mentre spesso i professionisti sanitari usano termini scientifici, parlano rapidamente e interrompono il paziente. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali</p>
<b>Descrizione</b>	<p>A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR (Professionisti sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, personale amministrativo e di front office per la semplificazione della comunicazione scritta e verbale)</p>

<b>Azioni previste</b>	<p>A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.</p> <p>Trasversalità dell'approccio nella formazione dedicata ad intere unità operative e a gruppi di professionisti multidisciplinari nell'ambito delle attività di integrazione ospedale-territorio, integrazione socio sanitaria e nello sviluppo e applicazione dei PDTA, con supporto dei referenti aziendali HL e dei professionisti già impegnati nella formazione tra pari. Condivisione del materiale informativo tra le Aziende in un'ottica di benchmarking.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche formative e culturali, innovazione scientifica
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	soggetti del terzo settore come facilitatori
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Costantino Rosa Responsabile Reputation &amp; Brand – mail r.costantino@ausl.mo.it tel 059/435413</p> <p>Podetti Silvia – Responsabile Customer Experience – mail s.podetti@ausl.mo.it tel 059/435413</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



## Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Completato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico  
 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola, Unione comuni modenese area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuta come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.</p> <p>Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;</li> <li>- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;</li> <li>- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;</li> <li>- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne.</li> </ul> <p>Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.</p> <p>A livello regionale sono presenti numerosi programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari. Si identificano alcuni di questi, per il valore del loro obiettivo intrinseco ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo). A livello locale si sono comunque sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.</p>
<b>Descrizione</b>	<p><b>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE</b></p> <p>La demenza è considerata dall'OMS un problema di sanità pubblica e interessa sia la persona con demenza sia il familiare/caregiver che la assiste. Numerose analisi sistematiche della letteratura hanno dimostrato che programmi di supporto multicomponentiali, che includono interventi mirati a fornire informazione, lo scambio tra pari e a garantire supporto pratico, emotivo e sociale, sono più efficaci rispetto alle singole attività dirette alle persone con demenza o ai loro familiari, anche al fine di prevenire la tendenza all'isolamento (sia del malato che del familiare), lo stigma, il disorientamento per la scarsa conoscenza della malattia. Tra gli esempi di interventi multicomponentiali, il programma di "Supporto" dei centri d'incontro ha dimostrato, nelle ricerche svolte, di essere un modello efficace ed efficiente nel migliorare il senso di competenza da parte dei caregiver, ridurre i sintomi, contenere i costi e ritardare l'istituzionalizzazione. Il programma di supporto dei centri di incontro (nell'ambito dell'iniziativa Europea denominata JPND - Joint Programming on Neurodegenerative Disease), è stato adattato alla realtà regionale individuando le caratteristiche ottimali per la sua</p>

	<p>implementazione nel contesto italiano in generale e in quello della Regione Emilia-Romagna in particolare.</p> <p>Nel territorio distrettuale è attiva l'associazione ASDAM che, in collaborazione con i servizi sanitari e sociali e il supporto economico del Fondo, gestisce: sportello d'ascolto, attività di rilassamento per famigliari e assistenti famigliari, oltre che COGS club. L'Unione assicura presso il centro disturbi cognitivi un'attività di supporto psicologico di gruppo per famigliari e assistenti famigliari, oltre che consulenza legale.</p> <p>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE</p> <p>In Regione sono presenti numerose esperienze di valorizzazione del sapere esperienziale del quale le persone con disturbo mentale sono portatrici. Il riconoscimento di questo sapere modifica la percezione sociale della malattia mentale e riduce lo stigma, ma introduce anche elementi innovativi nei servizi di cura, favorendo il passaggio da un modello di approccio paternalistico a una vera condivisione del percorso di cura. E' importante mappare e conoscere queste esperienze.</p> <p>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI</p> <p>La Regione ha riconosciuto alle Associazioni che gestiscono questi gruppi (AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat) un riconoscimento formale attraverso la sottoscrizione di protocolli di collaborazione. Tali protocolli riconoscono il ruolo di risorsa per il sistema della cura alle Associazioni richiamando la seguente definizione "L'auto aiuto non è un'attività, ma una risorsa. Il concetto di auto aiuto è importante nell'ambito della salute in quanto può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza e di migliorare la salute" OMS 1997.</p> <p>Nel territorio sono attivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) incontri settimanali del gruppo di ex alcolisti dell'associazione Alcolisti anonimi (media 19 utenti);</li> <li>2) incontri settimanali di un gruppo di famigliari AI ANON (media 13 persone);</li> <li>3) incontri settimanali di gruppi famigliari APCAT (media 11 nuclei famigliari);</li> </ol> <p>attivo in accordo con Sert uno sportello informativo men sile delle associazioni AI ANON e ACAT.</p> <p>Inoltre sono attivi a cadenza quindicinale due gruppi di automutuoaiuto di famiglie di giocatori patologici gestiti 1 da associazione Papa Giovanni XXIII e 1 dall'associazione CEIS</p>
<b>Destinatari</b>	<p>- famigliari e caregiver di persone con demenza; persone con dipendenze patologiche per ludopatia, persone ex dipendenti e loro famigliari; persone con dipendenze patologiche area alcol, persone ex dipendenti e loro famigliari</p> <p>- operatori, facilitatori sociali ed utenti esperti in automutuoaiuto</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE</p> <p>A livello regionale diffusione del documento "Prime Indicazioni per l'implementazione di Centri d'Incontro secondo il modello del Programma di supporto dei Meeting center" e monitoraggio degli interventi. A livello locale: seminari rivolti a tutti i responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione, secondo le indicazioni contenute nel documento regionale.</p> <p>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE</p> <p>Avviare un coordinamento regionale per promuovere e sostenere le diverse esperienze finalizzate all'empowerment dei singoli e della comunità sul tema della salute mentale. A tal fine sarà effettuata un confronto tra le diverse esperienze attivate sul territorio regionale, per quanto concerne: gruppi di auto mutuo aiuto (AMA) ed esperienze di empowerment delle persone assistite dai Centri di salute mentale (utenti esperti, facilitatori sociali ecc...).</p> <p>L'obiettivo è facilitare la conoscenza e il confronto tra le diverse esperienze, anche con possibili scambi a livello interregionale, individuare e diffondere buone pratiche. Obiettivo secondario è definire, sulla base delle esperienze regionali ed extra-regionali già in corso, un percorso formativo base per volontari che desiderano impegnarsi in attività di supporto nelle diverse aree della salute mentale.</p> <p>La AUSL di Modena coordina per la Regione questo percorso.</p> <p>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI</p> <p>Monitorare nel territorio regionale l'applicazione dei protocolli e la loro diffusione; giungere entro il 2017, per quanto attiene le associazioni di alcolisti formalizzare l'allargamento del protocollo di collaborazione alle Università. Favorire la nascita di nuovi gruppi con particolare</p>

	<p>riferimento alla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo.</p> <p>Mantenimento sede;</p> <p>sostegno informativo alle attività dei gruppi alcool, promozione e potenziamento attività associazioni rivolte al gioco d'azzardo ( vedi scheda sul contrasto al gioco patologico e progetto distrettuale)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche culturali, politiche giovanili
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	soggetti del terzo settore, cittadini singoli esperti
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>-Pierangelo Bertoletti - psicologo SERT- p.bertoletti@ausl.mo.it</p> <p>-educatore associazione papa giovanni XXXIII,</p> <p>-educatore CEIS</p> <p>-Emanuela Sitta - responsabile servizio SST emanuela.sitta@unioneareanord.mo.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>-educatore associazione papa giovanni XXXIII,</p> <p>-educatore CEIS</p> <p>volontari associazione Alcolisti anonimi</p> <p>gruppo di famigliari Al A-non</p> <p>famigliari di ex dipendenti area alcol associazione APCAT</p>

**Totale preventivo 2018: € 8.000,00**

- Unione di comuni (*affitto e spese utenze per sede di associazioni area alcol e gioco d'azzardo patologico*):**8.000,00 €**

**Indicatori locali: 0**

## Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed enti del terzo settore: servizio civile per l'esercizio di cittadinanza attiva

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti  
29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

**Riferimento scheda distrettuale:** Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed enti del terzo settore: servizio civile per l'esercizio di cittadinanza attiva

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'obiettivo prioritario del Servizio Civile è finalizzato al coinvolgimento dei giovani in un'esperienza di difesa civile non armata, nonviolenta e di cittadinanza attiva, che possa essere utile alla comunità e occasione di crescita per il giovane che la compie. Allo stesso modo il Servizio Civile si pone un ulteriore obiettivo che è quello del sostegno all'integrazione.</p> <p>L'opportunità di impegnare i giovani del Servizio Civile può rappresentare per le nostre comunità un'occasione importante di protagonismo giovanile, di esperienze quotidiane dei valori costituzionali di solidarietà sociale, valorizzazione dei beni culturali, di difesa civile e non violenta della Patria, oltre a costituire per gli Enti coinvolti un supporto per lo svolgimento di attività sociali, assistenziali, culturali ed educative;</p> <p>Il servizio civile non può e non deve sostituire posti di lavoro, né svolgere attività che siano in alcun modo assimilabili a profili professionali;</p> <p>L'esperienza di servizio civile deve costituire occasione di valorizzazione e d'integrazione, in primis, per le persone più "fragili" che vi partecipano e ne diventano protagoniste;</p> <p>il servizio civile, stante la sua natura e l'impossibilità di ripetere l'esperienza, deve rappresentare strumento privilegiato per individuare nuovi volontari e condividere con loro, e le loro realtà di riferimento, pratiche di gratuità e di attenzione agli altri;</p>
<b>Descrizione</b>	<p>I Comuni aderenti all'Unione Comuni Modenesi Area Nord e l'Unione Comuni Modenesi Area Nord stessa hanno partecipato in forma associata al Bando Straordinario di Servizio Civile Nazionale e Regionale per l'emergenza post-terremoto "Per Daniele Straordinario come voi" anno 2013/2014, con un numero totale di 125 volontari di cui n. 65 direttamente gestiti da U.C.M.AN. ed impegnati nelle sedi di attuazione dei diversi comuni. L'esito del progetto è stato superiore alle aspettative: si è visto il valore aggiunto dell'esperienza perché non solo i giovani hanno realizzato gli obiettivi posti nel progetto ma hanno contribuito con la I risultati di questa esperienza durante il periodo post sisma hanno convinto gli amministratori e i servizi a continuare l'esperienza e di strutturare il servizio civile, in particolare in due aree di intervento: socio - assistenziale ed educativo-culturale, a cui si è aggiunta un progetto di intervento ambientale. Dal 2013 partecipiamo a tutti i bandi regionali e nazionali e abbiamo intenzione di accreditarci per il servizio civile universale, partecipando al bando 2017 con un progetto sperimentale dal titolo. "Per un nido animato".</p> <p>l'esperienza del servizio ha offerto la possibilità di mettere in pratica conoscenze e relazioni; di acquisire competenze e assumere comportamenti spendibili nel mondo del lavoro; ha rafforzato la loro generica disponibilità alla solidarietà in affermazione di un più maturo senso civico; ha consentito a giovani incerti e fragili, sostenuti in un percorso di crescita, di riprendere</p>

	fiducia in se stessi, di avere nuove e positive relazioni sociali e amicali, per alcuni di essi di dare una vera e propria svolta alla loro vita, rimettendosi a studiare, cercandosi un lavoro adatto alle proprie capacità e competenze. 2) Allargamento dei partners di progetto ad altri enti ed associazioni, per arricchire l'offerta di opportunità per i giovani; 3) Istituzione del tavolo di progettazione del servizio civile e di monitoraggio, con la partecipazione dei giovani che hanno terminato il loro servizio;
<b>Destinatari</b>	GIOVANI DAI 18 AI 29 ANNI ITALIANI E STRANIERI
<b>Azioni previste</b>	1) Accredimento dell'Unione al servizio civile universale; 2) Allargamento dei partners di progetto ad altri enti ed associazioni, per arricchire l'offerta di opportunità per i giovani; 3) Istituzione del tavolo di progettazione del servizio civile e di monitoraggio, con la partecipazione dei giovani che hanno terminato il loro servizio;
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche del lavoro; valorizzazione dell'associazionismo e del volontariato; contrasto all'esclusione sociale dei giovani neet;
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unione comuni modenese area nord, comuni aderenti all'Unione, Azienda pubblica dei servizi alla Persona, Cooperativa sociale la Zerla
<b>Referenti dell'intervento</b>	Luca Barbieri - responsabile politiche giovanili Unione 0535/53807 luca.barbieri@unioneareanord.mo.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	operatori dedicati alla formazione; operatori locali di progetto (OLP); sedi, strumentazione, materiali, mezzi di trasporto forniti gratuitamente dai comuni aderenti all'Unione e dai partners di progetto;

**Totale preventivo 2018: € 7.800,00**

- Altri fondi statali/pubblici (*Dipartimento della gioventù e del servizio civile nazionale - Presidenza del Consiglio dei ministri*): **3.000,00 €**

- Unione di comuni (*Unione Comuni Modenesi Area nord*): **4.800,00 €**

**Indicatori locali: 7**

**1°: numero domande presentate**

**Descrizione:** numero delle domande presentate dai ragazzi

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 50 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 50

- **Obiettivo 2019:** 51

- **Obiettivo 2020:** 52

**2°: titolo di studio**

**Descrizione:** ragazzi che presentano domanda con laurea

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 25 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 25

- **Obiettivo 2019:** 23

- **Obiettivo 2020:** 21

**3°: titolo di studio**

**Descrizione:** ragazzi che presentano domanda con diploma scuola superiore

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 24 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 24
- **Obiettivo 2019:** 25
- **Obiettivo 2020:** 26

**4°: titolo di studio**

**Descrizione:** ragazzi che presentano domanda con scuola dell'obbligo

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 1 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 3

**5°: media età**

**Descrizione:** età media dei ragazzi che presentano domanda tra 18 e 29 anni

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 24 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 24
- **Obiettivo 2019:** 23
- **Obiettivo 2020:** 22

**6°: co-partecipanti**

**Descrizione:** numero dei soggetti co-partecipanti ai progetti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 3 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 3
- **Obiettivo 2019:** 2
- **Obiettivo 2020:** 3

**7°: enti figli**

**Descrizione:** numero degli enti figli

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 7 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 7
- **Obiettivo 2019:** 9
- **Obiettivo 2020:** 9

# Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed enti del terzo settore: il tavolo distrettuale di co-progettazione

Completato

## Riferimento scheda regionale

29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola, Unione comuni modenesi area nord</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>La società regionale è caratterizzata da una crescente diversità culturale generata da fattori molto differenti: la presenza significativa e in aumento di persone e famiglie migranti (provenienti da ben oltre 170 differenti paesi di origine), la separazione tra generazioni e tra nuclei famigliari, la persistente “distanza” e in parte iniquità tra generi. Si rileva un certo grado di frammentazione e segmentazione a livello sociale, ma anche la presenza di straordinarie risorse civiche, di impegno sociale, di collaborazione tra cittadini e con la pubblica amministrazione, in un’ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità per l’interesse generale e per i cosiddetti beni comuni.</p> <p>Costituisce quindi un obiettivo rilevante il supporto alla ricerca della coesione sociale e del superamento positivo di distanze e conflitti, alla ricucitura di un tessuto di relazioni, alla consapevolezza dei diritti e doveri di cittadinanza a partire dalle fasce d’età più giovani, attraverso la valorizzazione e la promozione del capitale sociale in tutte le forme in cui le nostre comunità lo esprimono: dalle associazioni di promozione sociale al volontariato, dalla cooperazione sociale alle forme di autorganizzazione di cittadini, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi. Ciò nella consapevolezza che azioni che soddisfano bisogni sociali, e quindi con impatto positivo sul benessere delle persone e della società, contribuiscono non solo allo sviluppo umano ma anche allo sviluppo socioeconomico.</p> <p>Molti Enti locali sono già impegnati per questo obiettivo: progetti di servizio civile, regolamenti d’uso dei beni comuni, patti di collaborazione o territoriali con Enti del terzo settore, forme di partecipazione alla vita pubblica dei migranti e dell’associazionismo stesso con il coinvolgimento della intera popolazione sia autoctona che immigrata (art. 8 LR 5/2004), ecc. ... Sono già attive, a livello regionale e locale, sedi e iniziative differenti che garantiscono rappresentanza ai cittadini in alcuni ambiti e in processi particolari (di consultazione, decisionali...). La partecipazione alla vita della comunità deve essere promossa anche con strumenti innovativi, che vadano oltre le rappresentanze formali, per sviluppare una competenza diffusa nella comunità e progetti supportati da un “volontariato competente”, come forme nuove di autorganizzazione dei cittadini nella tutela dei beni comuni.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>esperienze significative di collaborazione tra unione/comuni e soggetti del terzo settore sono in atto da tempo; ad esempio la costituzione di una fondazione di scopo per la costruzione dell'Hospice dell'area nord della provincia (distretto Carpi e Mirandola) vede impegnate l'ASP - azienda pubblica dei servizi alla persona del distretto di Mirandola e le due associazioni rivolte ai malati oncologici (AMO) che operano nei due distretti di Mirandola e Carpi.</p> <p>Di seguito si elencano le principali collaborazioni in atto:</p> <p>In ambito sanitario:</p> <p>AMO nove comuni modenesi, AVIS, AVO. Oltre alla loro specifica attività, insieme assicurano un progetto per l'ascolto, il sostegno e l'accompagnamento alle persone in attesa al Pronto soccorso.</p> <p>In ambito sociosanitario:</p>

	<p>* ass. ASDAM ( sostegno demenza) e NOI per Loro (sostegno disabili), ass. Penso positivo (sostegno psichiatrico) oltre alle ricordate ass. Area alcol e gioco d'azzardo;</p> <p>In ambito sociale:</p> <p>* Ass. Donne in centro che gestisce presso il centro famiglie lo sportello di ascolto per donne, offre consulenza sul diritto di famiglia e insieme a associazione Vivere donna di Carpi gestisce lo sportello d'ascolto a contrasto della violenza di genere;</p>
<b>Destinatari</b>	cittadini dell'area nord, volontari delle associazioni,
<b>Azioni previste</b>	<p>- costituzione di un tavolo distrettuale di collaborazione con il terzo settore, in particolare con associazioni di volontariato e di promozione sociale come condizione di coprogettazione di interventi comuni;</p> <p>- dare vita a consulte del volontariato nei comuni dove ancora non presenti, affinché diventino "nodo" di una rete operativa di collegamento tra pubblico e terzo settore;</p> <p>- promuovere forme di collaborazione stringenti tra associazioni comunali che si riferiscono alla stessa associazione provinciale/regionale.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche culturali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Daniela Mazzali - resèonsabile Ufficio di Piano 0535/29690</p> <p>daniela.mazzali@unionearenord.mo.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



# Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Completato

## Riferimento scheda regionale

31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'intesa Stato Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita (PN) e, a questo fine "[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il man-tenimento/attivazione dei punti nascita."</p> <p>Nel 2015 sono stati emanati quattro documenti che definiscono le condizioni per aderire alle richieste dell'intesa del 2010 sui punti nascita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività;</li> <li>il DM 11.11.2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede, all'art.1, che il CPNn debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN che viene confermato do-ver essere &gt; 1000 parti anno;</li> <li>il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in appli-cazione dell'art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPNn gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero;</li> </ul> <p>La DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali.</p> <p>I Punti Nascita in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell'Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017.</p> <p>Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati.</p> <p>Le gravidanze che necessitano di un'assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l'età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un'assi-stenza specifica per la patologia di cui sono portatori.</p> <p>Miglioramento dell'appropriatezza, della qualità e della sicurezza del percorso nascita.</p> <p>L' Azienda USL di Modena ha realizzato quanto definito dalle vigenti normative (DM 70/2015; DM 11/11/2015 e relativo protocollo metodologico, DGR 2040/2015), procedendo alla chiusura del PN di Pavullo ed alla riorganizzazione del PN di Mirandola (mantenuto aperto in deroga).</p> <p>si ritiene prioritario:</p> <p>Garantire l'assistenza a tutte le donne in gravidanza secondo il principio della completa presa</p>
------------------	---

	<p>in carico per tutte le fasi del percorso nascita, sia nelle situazioni fisiologiche che in quelle con fattori di rischio, comprese le diverse forme di disagio/difficoltà</p> <p>Garantire l'offerta attiva di tutti i servizi del percorso nascita alle donne del territorio montano, con particolare attenzione al puerperio ed all'allattamento (home visiting). L'offerta attiva deve essere un obiettivo da estendere progressivamente anche all'Area Nord ed a tutto il territorio provinciale</p>
Descrizione	<p>Aumentare il livello di sicurezza per le utenti e per i neonati nel rispetto dell'appropriatezza, potenziando la rete assistenziale del percorso nascita, sia nelle articolazioni territoriali che ospedaliere, ponendo particolare attenzione all'interazione sinergica di tutte le strutture della rete.</p> <p>Necessità di percorsi definiti, conosciuti e fruibili territorio-ospedale-territorio, rimarcando che, dopo l'ospedale, c'è il ritorno a casa, momento di importanza non certo minore per la salute...</p> <p>Nella logica del contrasto alle disuguaglianze, dare garanzia dell'accompagnamento con mediazione delle donne straniere in tutto il percorso per mettere a disposizione percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.</p> <p>Interventi sul territorio provinciale, con alcune specifiche relative al territorio montano (Distretti di Pavullo, Vignola, Sassuolo), ed a quello di Area Nord (indicazioni del protocollo metodologico).</p> <p>Descrittivo: Rete integrata di sostegno supporto alla gravidanza secondo i bisogni della donna.</p> <p>A) Riorganizzazione della rete dei PN. Adeguamento ai criteri del Protocollo Metodologico allegato al DM 11.11.2015)</p> <p>-Mirandola: guardia attiva H24 di ginecologo, anestesista, pediatra, I.P. di sala operatoria, doppio turno ostetrico.</p> <p>-Carpi: anestesista dedicato H24-</p> <p>Estensione dell'offerta di parto-analgesia h 24 a Carpi ed attivazione a Mirandola</p> <p>B) Riordino dell'assistenza integrata alla gravidanza.</p> <p>Bisogni sanitari: percorsi integrati consultorio ospedale consultorio, con continuità assistenziale basata sulla omogeneità dei percorsi e dei protocolli utilizzati e fondata sulla completa presa in carico della donna in tutto lo sviluppo di gravidanza parto puerperio in tutte le articolazioni utili. I profili assistenziali sono pre-definiti oggi in base 1.ai fattori di rischio e 2.alle competenze professionali. Dovranno essere integrati con percorsi ri-definiti in base ai bisogni di salute delle donne (e loro fam...), sia sui contenuti scientifici che nei percorsi materialmente strutturati ed usufruiti, garantiti a tutte (presa in carico con programmazione di tutti i controlli clinico strumentali previsti). Ad oggi molti percorsi sono strutturati (presa in carico in gravidanza e per il parto, dgn prenatale, test combinato, assistenza alle donne con patologie, sostegno allattamento...), molti necessitano di ampliamento o di strutturazione (corsi accompagnamento alla nascita, dimissione dall'H con link sul consultorio, assistenza a diverse situazioni patologiche, sostegno all'allattamento in H e post dimissione, individuazione e sostegno alla fragilità psicologica...).</p> <p>Nota: l'assistenza alle patologie della gravidanza non è l'invio ad un ambulatorio X di un presidio Y (inviare e demandare), ma la costruzione di un sistema professionale che si fa carico del problema e della gravida in toto.</p> <p>Bisogni sanitari delle donne straniere: garanzia dell'accompagnamento con mediazione; garanzia di percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.</p> <p>Tutte queste situazioni si affrontano in sinergia consultori (e territorio nelle sue molteplici articolazioni) ed ospedali, ma spesso anche con un lavoro comune con i servizi sociali e del volontariato. Le fragilità sono sempre più numerose e solo una rete integrata, strutturata con sinergie efficaci, è in grado di limitare gli effetti negativi di tante "povertà" diverse.</p> <p>C) Monitorare le reti STAM e STEN. Occorre continuare a monitorare, per cogliere eventuali problemi nella qualità e tempestività dell'assistenza, che possano essere rapidamente corretti.</p> <p>D) Promuovere campagne informative alla popolazione. Supportare l'attività della RER e della Commissione Nascita nello sviluppo di strumenti informativi per l'utenza che attraverso l'illustrazione delle caratteristiche del Percorso Nascita e dei differenti Punti Nascita possa garantire una scelta informata e consapevole da parte delle donne</p> <p>E) coinvolgere i/le cittadini/e le loro associazioni nella valutazione e ridefinizione dei percorsi assistenziali proposti.</p> <p>F) ... monitorare e promuovere la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare. Attraverso l'Health Equity: audit elaborare strategie di contrasto alle disuguaglianze.</p> <p>Particolare impegno richiede il recupero del Punto Nascita di Mirandola della propria attrattività per il parto fisiologico, attraverso molteplici iniziative sviluppate in integrazione con il Punto Nascita di Carpi, in favore della informazione relativa alla specializzazione del</p>

	<p>punto nascita di Mirandola per il parto fisiologico con tecniche analgesiche farmacologiche e non, e con una attività' professionalizzante delle ostetriche che gestiscono sia sul territorio che in ospedale la maggior parte delle gravidanze in autonomia. Grande attenzione va dedicata inoltre al rapporto con il territorio: MMG, PLS e ostetrici libero-professionisti. Come indicato dalla deroga concessa dalla Commissione Nascita Nazionale la valutazione dei risultati ottenuti andrà condotta semestralmente.</p> <p>G) Elementi di trasversalità/integrazione</p> <p>La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).</p>
<b>Destinatari</b>	Tutte le donne in gravidanza ed i neonati e le loro famiglie, residenti nel territorio della Provincia di Modena.
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio dei percorsi assistenziali previsti e programmati per le diverse necessità della donna in gravidanza e della sua famiglia.</li> <li>2. Nella logica dei percorsi, valutare l'appropriatezza degli strumenti diagnostici ed assistenziali utilizzati (dal monitoraggio della gravidanza alla modalità di parto, al percorso puerperale, agli esiti di salute materni e neonatali) compresa l'appropriatezza della tipologia di professionista che prende in carico.</li> <li>3. Valutazione sistematica del funzionamento dei nodi della rete assistenziale, per focalizzare le sinergie, sia quelle efficaci che quelle che necessitano di interventi correttivi e/o migliorativi.</li> <li>4. Percorso "home visiting" in puerperio: in affiancamento all'intervento delle ostetriche (e dei servizi sociali ove necessario) valutare il coinvolgimento del volontariato.</li> <li>5. Introduzione della offerta dei test di valutazione della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti</li> <li>6. Favorire la libera scelta delle donne sui percorsi della gravidanza attraverso una ampia e completa informazione.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL, Unione dei Comuni, Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Accorsi Paolo - Direttore del Dipartimento Ostetricia Ginecologia e Pediatria – mail p.accorsi@ausl.mo.it tel. 059/659301
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0



# Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Completato

## Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Ausl di Modena - distretto di Mirandola</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La garanzia dell'effettiva accessibilità alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano uno degli esempi del tema in oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione.</p> <p>Proprio per questo alto valore al contempo simbolico e sostanziale, il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.</p> <p>L'applicazione della Legge Regionale 2/2016 art 23, della DGR. 377 del 22/03/2015 e successive circolari operative, costituisce una delle azioni prioritarie con le quali la Regione Emilia Romagna intende garantire il rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sanzionando i comportamenti contrari al corretto utilizzo delle risorse destinate a garantire l'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione.</p> <p>Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla diagnostica pesante, rappresenta un obiettivo prioritario per la Regione Emilia-Romagna. A tale proposito la DGR 704/2013 ha definito le condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM e la DGR 1056/2015 ha posto l'appropriatezza tra gli obiettivi da conseguire per il contenimento dei tempi di attesa. Anche l'intesa sottoscritta il 2 luglio 2015 fra Governo e Regioni sulle misure di razionalizzazione ed efficientamento del Servizio Sanitario Nazionale ha posto particolare enfasi sulle condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di inappropriatezza.</p> <p>La presa in carico dei cittadini con patologie croniche o che necessitano di visite/esami di secondo livello o di percorsi di follow-up è stato individuato tra gli obiettivi prioritari della Regione Emilia-Romagna, così come ribadito nella DGR 1056/2015, nell'ottica di garantire continuità delle cure e dell'assistenza, nonché facilitazione dell'accesso alle prestazioni.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale: Applicazione delle disposizioni previste dalla Regione Emilia Romagna per garantire l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali- Il presente intervento prevede una serie di azioni coordinate e strutturate finalizzate alla corretta applicazione delle sanzioni per ritardate o mancate disdette di prenotazioni di specialistica ambulatoriale, nel rispetto delle condizioni operative dettate dalla Regione nella Circolare 4 bis del 4 dicembre 2016.</p> <p>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - Il presente intervento prevede una serie di azioni che coinvolgono medici di medicina generale, specialisti e direzioni sanitarie al fine di condividere appropriati percorsi clinico-organizzativi di accesso alle prestazioni</p>

	<p>nell'ottica di promuovere un utilizzo efficiente delle risorse e di facilitare la presa in carico dei bisogni di salute del cittadino.</p> <p>Incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito: Le azioni previste dal presente intervento coinvolgono medici specialisti e direzioni sanitarie al fine di favorire percorsi clinico-organizzativi di presa in carico diretta dei cittadini da parte delle strutture sanitarie presso cui sono in cura per l'effettuazione dei follow-up e degli approfondimenti di secondo livello.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>- L'intera popolazione: l'intervento viene realizzato su tutto il territorio provinciale (Provincia di Modena), con riferimento alle prenotazioni di specialistica ambulatoriale erogate da tutti gli erogatori pubblici presenti sul territorio aziendale e da quelli privati accreditati per la specialistica ambulatoriale</p> <p>- medici prescrittori.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione dei criteri clinici di appropriatezza prescrittiva e dei percorsi di accesso in collaborazione con medici specialisti, medici di medicina generale e direzione sanitaria. Diffusione degli stessi ai prescrittori. In tale ambito viene dedicata particolare attenzione alla predisposizione ed all'aggiornamento continuo del catalogo urgenze della Provincia di Modena contenente le indicazioni cliniche-organizzativa per le prestazioni richiedibili con priorità urgente.</li> <li>2. Organizzazione di momenti informativi e formativi con medici specialisti e medici di medicina generale (riunioni di nucleo di cure primarie) sui criteri clinici di appropriatezza prescrittiva.</li> <li>3. Definizione e utilizzo di strumenti di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.</li> <li>4. Definizione di percorsi clinico-organizzativi di presa in carico rispetto alle principali patologie croniche, con particolare attenzione a quelle oncologiche, e alle prestazioni di secondo livello o di percorsi di follow-up.</li> <li>5. Sviluppo dei day service ambulatoriale quale modalità organizzativa volta a favorire la tempestività e la continuità della presa in carico.</li> <li>6. Definizione di obiettivi di budget per le UU.OO. relativi alla presa in carico delle casistiche sopra descritte.</li> <li>7. Promozione dell'utilizzo di applicativi per la presa in carico tramite prenotazione diretta dello specialista su agende interne.</li> <li>8. Spostamento delle disponibilità per visite di controllo e prestazioni di II livello da agende CUP ad agende interne.</li> <li>9. Definizione e utilizzo di strumenti di monitoraggio della presa in carico.</li> <li>10. Definizione delle posizioni da sanzionare attraverso procedure informatiche che mettono a confronto le prestazioni di specialistica effettivamente erogate e le prenotazioni di specialistica ambulatoriale;</li> <li>11. Trasmissione dei verbali di accertamento e di richiesta di pagamento delle sanzioni, tramite notifica di atto giudiziario;</li> <li>12. Attivazione di un canale di raccolta informatizzato, tramite casella di posta elettronica dedicata, delle motivazioni che hanno impedito il rispetto dei termini di disdetta, che vengono valutate sulla base dei criteri fissati dalla normativa;</li> <li>13. Disponibilità di una linea telefonica dedicata alle contestazioni e richieste di chiarimenti, anche in merito alle finalità dell'azione sanzionatoria;</li> <li>14. Verifica della efficacia dell'attività sanzionatoria nei tre anni, desumibile dalla progressiva auspicata riduzione del rapporto tra: n. sanzioni annuali/n.prenotazioni annuali.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>le parti sociali;</p> <p>gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie;</p> <p>le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).</p>

<b>Referenti dell'intervento</b>	Fabbri Giuliana – Responsabile dell'accesso alla specialistica ambulatoriale – mail: giuliana.fabbri@ausl.mo.it tel. 059/435511
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Completato

### Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute.</p> <p>La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).</p> <p>In questa articolata rete di offerta, il Pronto Soccorso in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.</p> <p>Il Pronto Soccorso ,oggi ,si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>In relazione a quanto premesso risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati quali il fast-track o l'affidamento specialistico. La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.</p> <p>Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati.</p>



<b>Destinatari</b>	-	pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato
<b>Azioni previste</b>	1.	<p>Aggiornamento del Piano provinciale di gestione dei percorsi in emergenza ed urgenza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politrauma e Trauma service;</li> <li>• STEMI</li> <li>• TROMBOLISI nell'ICTUS, incluso il Progetto Telestroke area Sud</li> <li>• aggiornamento del trattamento in urgenza delle emorragie digestive</li> <li>• STAM e STEN</li> </ul>
	2.	Implementazione dei Protocolli avanzati di trattamento infermieristico in emergenza territoriale (DGR 508/2016);
	3.	Implementazione attività di elisoccorso provinciale ed attivazione di aree provinciali per attività di elisoccorso notturno
	4.	Piani di gestione del sovraffollamento dei PS per Presidio Ospedaliero e per Area (Nord, Centro, Sud). istituzione Patients flow facility group con rilevazione Posti letto disponibili per PS 2 vv /die; previsti interventi a risposta rapida, intermedia e lunga nei singoli Presidi Ospedalieri
	5.	Attivazione dei percorsi fast track nei PS provinciali e di percorsi di affido specialistico: Carpi, Mirandola, Vignola, Pavullo
	6.	Implementazione di aree di degenza a rapido turno over (medicina d'urgenza e medicina): Baggiovara, Policlinico, Carpi, Vignola, Mirandola
	7.	Pianificazione dipartimento emergenza urgenza delle dotazioni e competenze del personale medico e delle professioni sanitarie in relazione agli standard di prodotto (emergenza territoriale, PS, OBI, medicina d'urgenza, medicina delle catastrofi); piani per la gestione delle carenze di personale medico ed infermieristico, job rotation (personale medico ed infermieristico per l'emergenza territoriale)
	8.	Piani per la Gestione delle cronicità e delle fragilità nei PS: es. percorso CRAPSOS, scompenso cardiaco, BPCO. Azioni Distrettuali con i servizi territoriali, le case della salute, le CRA, i MMG
	9.	Ruolo socio sanitario dei PS: implementazione del progetto attivato nel 2012-14 per la gestione delle difficoltà socio economiche, della violenza di genere, sui minori, delle fragilità psichiche degli adulti e degli adolescenti, del gioco d'azzardo e delle dipendenze in genere, della salute dei migranti e degli homeless, della salute sessuale. Ricerca delle sinergie con i servizi sociali, il volontariato, enti ed associazioni provinciali
	10.	Osservatorio permanente con il Volontariato per la gestione dei servizi di emergenza urgenza e per i servizi intraospedalieri
	11.	Attivazione centrale trasporti intraospedalieri (2018)
	12.	Applicativo unico informatico provinciale di Pronto Soccorso per ottimizzare strategie e performance (Patient's input)
	13.	<p>Gestione Dati e monitoraggio e sinergia con Data &amp; Business Intelligence Chief Manager:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• on line PS AUSL sul sistema BI aziendale Pagoda, tabelle e grafici dinamici con aggiornamento ogni 3' su Pazienti in attesa, Pazienti in carico divisi codice colore, Pazienti in OBI, N Pazienti valutati in PS ultime 24 ore.</li> <li>• Rilevazione NEDOCS indice dinamico di sovraffollamento dei PS</li> <li>• rilevazione settimanale per sorveglianza virologica influenza dati nazionali, regionali, dati epidemiologici provinciali di Modena</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>		
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>		
<b>Referenti dell'intervento</b>		Toscani Stefano – Responsabile Emergenza Urgenza – mail: s.toscani@ausl.mo.it tel. 0535/602244 059/2134914
<b>Risorse non finanziarie</b>		

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

# L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Completato

## Riferimento scheda regionale

35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Ausl di Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Techno-logy) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori.</p> <p>Sviluppare servizi ICT (Innovation and Communication Technology) a servizio di aree disagiate della provincia sfruttando le potenzialità che il mercato della telemedicina mette oggi a disposizione in una logica di distribuzione delle informazioni cliniche. La logica e' quella della "prossimità" tecnologica e digitale"</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Fornire alla popolazione target, dell'area disagiata, un servizio strutturato di controllo e monitoraggio delle patologie croniche in un'ottica di erogazione di un servizio personalizzato sul paziente cronico ma diversificata in funzione della prossimità, del contesto di vita e di assistenza.</p> <p>In quest'ottica definire e strutturare uno scenario organizzativo e tecnologico sostenibile.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Popolazione target da registro cronicità, utenti (singole persone/famiglie, associazioni di utenti, di familiari...), volontari.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle aree disagiate (con diverse caratteristiche geografiche) in provincia, della popolazione residente e nell'ambito della popolazione residente definire la prevalenza delle malattie croniche individuate (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, pazienti in terapia anticoagulante orale, malattie neurodegenerative).</li> <li>2. Definire i criteri di arruolamento dei pazienti, la loro classificazione sia in termini di malattia che di stadio di gravità della stessa.</li> <li>3. Definire i criteri per il monitoraggio dello stadio di gravità della malattia e di conseguenza lo scenario assistenziale che ne deriva.</li> <li>4. Di conseguenza definire lo scenario organizzativo per l'utilizzo delle tecnologie di telemedicina nei seguenti ambiti <ul style="list-style-type: none"> <li>• domicilio</li> <li>• ambulatorio infermieristico</li> <li>• consulto medico specialistico</li> </ul> </li> <li>5. Produzione di un manuale per "buone prassi organizzative" facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione (tra servizi, tra professioni) comprensivo delle indicazioni operative per il trasferimento nei contesti di lavoro.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Il progetto può essere visto come applicazione del progetto regionale di Telemedicina, approvato con la Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015, all'interno del quale è anche prevista l'acquisizione di una piattaforma tecnologica (software o insieme di moduli</p>

	<p>software di comunicazione ) con interfaccia web che dovrà essere sviluppati avendo a riferimento il livello Regionale, ma con articolazione a livello delle singole Aziende Sanitarie Regionali, con hosting nei Data Centres e nei Servers Regionali del Sistema Sanitario Regionale. In esso confluiranno dati di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori.</p> <p>La struttura sopra definita dovrà essere funzionale, nel suo complesso a realizzare i due flussi di informazione seguenti:</p> <p>SHORT LOOP: questo flusso corrisponde al monitoraggio autonomo del paziente, attraverso il quale l'utente può tenere sotto controllo continuamente il proprio stato di salute all'esterno dell'ospedale e verificare, se del caso, il proprio livello di adesione alle indicazioni ricevute.</p> <p>LONG LOOP: questo flusso permette il monitoraggio ospedale-territorio, attraverso il quale è garantita l'interazione medico-paziente in maniera semplice, immediata e sicura. Attraverso questo flusso il personale medico può comunicare con il paziente, personalizzare il processo di cura e tenere sotto controllo i suoi parametri.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Ing. Garagnani Massimo – Responsabile Servizio Unico Ingegneria Clinica - mail: m.garagnani@ausl.mo.it tel. 059/435790
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

# Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali

Completato

## Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'obiettivo di conciliare il nuovo quadro dei bisogni con la programmazione e l'organizzazione di risposte appropriate, anche sotto il profilo del ri-orientamento e dell'integrazione delle risorse rende indispensabile una rinnovata attenzione alla rete dei servizi sociali e al supporto che il sistema di interventi può offrire alle famiglie perché i loro bisogni trovino adeguata risposta sul territorio. Focalizzare l'attenzione sulla promozione di esperienze di un welfare aperto alla partecipazione di tutti i soggetti presenti nella Comunità, capace di ricomporre efficacemente interventi e risorse è uno degli obiettivi prioritari. La creazione di un sistema di welfare locale capace di leggere in modo integrato i bisogni di cura delle persone e delle loro famiglie con particolare riferimento ai loro componenti fragili, garantendo che questi siano presi in carico ed accompagnati verso il servizio più adeguato, con l'attenzione che gli interventi effettuati siano davvero appropriati, supportando in tal modo sia la persona in difficoltà sia i suoi familiari che talvolta sono lasciati soli nella decisione e nell'organizzazione del percorso di cura acquista un valore fondamentale nell'ottica di una riorganizzazione complessiva del servizio promuovendo un welfare più promozionale che riparativo. Il contesto economico e sociale sta ampliando una sfera di bisogni delle persone e delle famiglie in relazione ai fenomeni delle nuove povertà e alle implicazioni che questo induce rispetto alla fragilità della popolazione, in particolare per quanto attiene alle fasce più deboli. Le reti familiari sono sempre più fragili e sempre meno in grado di sviluppare forme autonome di presa in carico rispetto ai bisogni più tradizionali. Le difficoltà che molte famiglie vivono nel mondo del lavoro si traducono sempre più in fragilità sociale e in nuovi bisogni, in particolare con riferimento ai minori e alla casa. I sistemi di welfare locale, per rispondere del proprio compito istituzionale in una situazione così complessa sono chiamati a una innovazione strutturale prevedendo una specializzazione di competenze in grado di supportare adeguatamente i nuovi bisogni mediante risposte adeguate. Tuttavia, è necessario continuare ad investire verso modelli di intervento in grado di integrare maggiormente l'azione dei diversi soggetti che operano nei sistemi di welfare locale. Per far convergere le forze rispetto a una situazione così complessa è necessario e possibile consolidare e rafforzare i livelli di integrazione tra i Comuni costituenti l'Unione, tra enti locali, aziende sanitarie e agenzie educative, tra soggetti pubblici e soggetti privati, tra intervento pubblico e risposta autonoma organizzata dalle famiglie.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il conferimento in Unione delle funzioni relative al servizio sociale ha consentito la realizzazione di una gestione unificata ed integrata degli interventi, rappresentando una opportunità di qualificazione del servizio sociale professionale. La riorganizzazione suddivisa per area (minori, disagio e non autosufficienza) e per nuclei territoriali consente una specializzazione dal punto di vista professionale, una maggior omogeneità nelle risposte operative, una unitarietà nella gestione del servizio. Al fine di facilitare l'integrazione dei servizi alla persona (scolastici e sociali) è prevista la realizzazione di un unico punto di accesso, mediante la realizzazione di uno sportello welfare che consenta una presa in carico integrata e multifunzionale del cittadino. Tale strutturazione permette di intercettare un maggior numero di situazioni di fragilità implementando interventi di sistema unitarie. L'accesso ai servizi può</p>

	<p>essere effettuato indifferentemente da qualsiasi Comune aderente all'Unione. L'articolazione dei nuclei territoriali è il seguente: Polo 1 Mirandola, San Possidonio, Concordia sulla Secchia; Polo 2 Camposanto, Medolla, San Felice sul Panaro, San Prospero, Cavezzo In allegato alla scheda sono riportati i dati relativi ai due nuclei. Funzioni assegnate al SST:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Elaborare e proporre piani strategici e piani operativi, sui servizi dell'area specificando gli obiettivi comuni (con i relativi indicatori di risultato), le azioni, le risorse, i tempi e le modalità di verifica;</li> <li>· Assicurare l'integrazione socio sanitaria dei servizi dell'area e promuovere e organizzare le campagne di informazione e di educazione sanitaria rivolte alla popolazione,</li> <li>· Garantire l'attuazione dei progetti del piano di zona relativi ai target/tematiche prevalenti dell'area di riferimento dalla fase di impostazione, alla stesura degli atti, alla rendicontazione economico/finanziaria.</li> <li>· Assicurare il debito informativo dovuto alla regione, all'ASL e ai comuni, oltre che al proprio ente di appartenenza, attraverso il monitoraggio delle attività e delle risorse utilizzate;</li> <li>· Garantire l'accesso e lo scambio con i sistemi informativi necessari all'attività con INPS, e altri enti;</li> <li>· Assicurare il coordinamento tecnico dei servizi socio-sanitari, attraverso incontri periodici con i responsabili dei servizi sociali, le Assistenti sociali</li> <li>· Supervisionare i criteri di accesso ai servizi, coordinare il processo di definizione dei regolamenti di accesso e gestire gli accessi ai servizi in applicazione dei regolamenti distrettuali;</li> <li>· Supervisionare l'attività delle UVM e definire, in collaborazione con l'area sanitaria, le modalità e i tempi di lavoro, gli strumenti da utilizzare e il ruolo;</li> <li>· Proseguire l'Assistenza alla popolazione sisma</li> </ul> <p>Il Comune di Finale Emilia al momento non ha conferito all'Unione la funzione relativa al Servizio Sociale territoriale, mentre ha conferito le funzioni relative a: servizio disabili, servizio immigrati, servizio tutela minori, servizio responsabilità familiari, politiche giovanili, Ufficio di Piano. Perseguendo l'obiettivo regionale di arrivare nel triennio 2018-2020 al pieno conferimento in Unione delle funzioni sociali da parte di tutti i comuni dell'ambito, saranno verificate le condizioni politiche per il raggiungimento di questo obiettivo. Nel frattempo sono adottate misure operative di confronto, formazione e coordinamento con gli operatori del servizio sociale di Finale Emilia per garantire modalità omogenee di intervento nei servizi non oggetto di conferimento. Per sostenere il nuovo assetto e le nuove competenze, è previsto un percorso formativo per gli operatori sociali finanziato dalla Fondazione cassa di risparmio di Mirandola</p>
<b>Destinatari</b>	<p>diretti: operatori del SST dell'Unione, operatori del SST del comune di Finale Emilia (assistenti sociali, operatori di sportello, educatori)</p> <p>indiretti: soggetti terzo settore, cittadini, soggetti gestori dei servizi accreditati (ASP, cooperative sociali)</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>-- Adeguare la dotazione organica del Servizio sociale territoriale agli standard regionali in particolare per le figure di sportello (+3 AS), utilizzando le risorse del Fondo povertà;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere l'integrazione tra le varie aree dei servizi alla persona: sostegno alla non autosufficienza, servizio sviluppo dell'integrazione e dell'autonomia sociale, servizio minori e responsabilità familiari e servizi scolastici</li> <li>- Elaborare strumenti operativi comuni: modulistica, regolamenti, bandi</li> <li>- Valutare e monitorare l'impatto del modello organizzativo</li> <li>- Supervisionare le modalità e i tempi dell'accesso ai servizi</li> <li>- Razionalizzare l'attività attraverso un intervento formativo mirato rivolto alle assistenti sociali dell'area specifica</li> <li>- Elaborare protocolli operativi del SST con altri settori dell'area servizi alla persona</li> <li>- Implementare percorsi di formazione per gli sportelli Welfare (sociale e scolastico) e adeguamento software</li> <li>- Istituzionalizzare tavoli di coordinamento con il terzo settore</li> <li>- Attivare percorso formativo di sostegno all'innovazione</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio Sostegno alla non autosufficienza</li> <li>- Servizio sviluppo dell'integrazione e dell'autonomia sociale ( contrasto alla povertà e all'esclusione sociale)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio minori e responsabilità familiari</li> <li>- Servizi scolastici</li> <li>- Servizi sanitari</li> <li>- Centro per l'impiego</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Sportelli welfare, assistenti sociali, servizi sanitari, terzo settore, servizi scolastici, servizi per il lavoro
<b>Referenti dell'intervento</b>	Emanuela Sitta - responsabile servizio sociale territoriale Unione Comuni Modenesi area nord emanuela.sitta@unioneareanord.mo.it tel 0535/86320
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 75.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **8.000,00 €**
- Quota Fondo povertà nazionale: **67.000,00 €**

## Indicatori locali: 1

### **1°: nuovi operatori SST assunti**

**Descrizione:** nuovi operatori SST assunti

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 13 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 14
- **Obiettivo 2019:** 15
- **Obiettivo 2020:** 18

# Accoglienza minori 0/18 e percorsi di accompagnamento 18/21

Completato

## Riferimento scheda regionale

37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc.</p> <p>Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.</p> <p>Dal monitoraggio effettuato in questi anni circa l'applicazione di suddetti dispositivi normativi emerge la necessità di dare completa applicazione alla norma rivisitandola alla luce della prima sperimentazione e mettendo a punto gli strumenti a sostegno dell'integrazione.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>I bambini e ragazzi che si trovano in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale senza la presenza della madre al 31 dicembre 2014 sono 2.569, pari a 3,6 ogni mille residenti minorenni (ultimi dati disponibili del flusso informativo SISAM-ER, che raccoglie i dati di attività dei servizi sociali territoriali degli Enti Locali). Le ragioni del collocamento protetto sono legate a gravi incapacità o inadeguatezza nello svolgimento delle funzioni protettive e di cura da parte del nucleo di origine e/o del contesto familiare e sociale allargato, come ad esempio nelle situazioni di minori vittime di violenza domestica, maltrattamento e abuso, grave trascuratezza, fino ad arrivare a situazioni estreme di "abbandono". Il numero è influenzato significativamente dalla componente dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) che meritano un'attenzione particolare. Si tratta principalmente di adolescenti di 14-17 anni, prevalentemente ragazzi prossimi alla maggiore età.</p> <p>Per molti neomaggiorenni l'esperienza di accoglienza educativa non ha consentito il completamento di un percorso verso l'autonomia. La nuova condizione giuridica di maggior età spesso comporta una interruzione degli interventi ma non corrisponde ad un reale esercizio di autonomia psichica, economica, sociale, relazionale. Tutto ciò espone i ragazzi ad un maggior rischio di vulnerabilità psico-sociale e di traiettorie disadattive.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>minori in carico al servizio tutela minori;</p> <p>neo maggiorenne in uscita dai percorsi di tutela</p> <p>Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono</p>



	<p>in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Approfondire lo studio dei casi di sofferenza psicosociale dei minorenni in ottica di possibile intervento di prevenzione ed aggiornare i sistemi informativi che rilevano la casistica potenziando il raccordo con i servizi territoriali al fine di ottimizzare gli strumenti di raccolta e analisi dei dati.</p> <p>Mettere a punto i percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatra di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.)</p> <p>Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni.</p> <p>Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa interistituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni. La committenza sarà coordinata a livello delle CTSS che si avvarrà dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19). Realizzare, attraverso l'elaborazione dei dati raccolti, azioni di benchmarking, monitoraggio e valutazione al fine di avere dati di processo e di esito rispetto agli interventi attivati e di efficacia del sistema dei servizi.</p> <p>Promuovere la formazione di base e specialistica congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate in situazioni ad alta complessità.</p> <p>Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie, (es. Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I., Modello dialogico, Family Group Conference, Famiglia aiutano Famiglie, ecc.).</p> <p>Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni (Care Leavers Network), azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato</p> <p>Sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>politiche scolastiche, politiche del lavoro; politiche giovanili; politiche di contrasto alla povertà e vulnerabilità sociale</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che compongono la rete di protezione, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema di protezione, tutela ed accoglienza;</li> <li>- definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi, neuropsichiatria infantile, dipartimenti cure primarie, case della salute, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ospedali, sistema di accoglienza (Comunità educative, Famiglie Affidatarie, volontariato, ecc.);</li> <li>- collaborazione con il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Federica Pongiluppi - responsabile servizio minori e famiglia; 0535/29680</p> <p>Luca Barbieri - responsabile servizio politiche giovanili; 0535/53807</p> <p>Simona Busani - responsabile servizio integrazione e autonomia sociale 0535/29659</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € 206.589,17

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **121.419,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **85.170,17 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

# Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Completato

## Riferimento scheda regionale

38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL di Modena distretto di Mirandola</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il ricorso alla prassi vaccinale costituisce un efficace strumento non solo di tutela della salute della cittadinanza (minori e adulti), ma anche un importante strumento di tutela della qualità della vita per categorie di persone fragili: persone che per condizioni individuali non possono usufruire di questo strumento di protezione nei confronti di alcune patologie infettive (beneficio derivante dal cosiddetto “effetto gregge”) e portatori di patologie croniche (di qualsiasi età, ma prevalentemente anziani) per i quali il sopravvenire di malattie infettive costituirebbe un aggravarsi delle patologie di base, limitazione alla piena fruizione delle capacità residue, necessità di cure, anche di lunga durata, presso strutture di degenza o socio-sanitarie o assistenziali.</p> <p>La normativa e la programmazione sanitaria nazionale e regionale, sulla base di tali motivazioni, danno ampio risalto al tema della vaccinazione come strumento di tutela della salute e come fattore di equità e si caratterizzano per obiettivi di copertura vaccinale di alto livello.</p> <p>Tali obiettivi non si esauriscono unicamente in indici di copertura vaccinale riferiti a fasce d'età, ma si indirizzano anche verso categorie di persone “fragili” che necessitano come tali di attenzione specifica: l'attuazione di iniziative mirate (di informazione, di proposta, di spazi dedicati) possono rientrare nell'alveo della cosiddetta “medicina di iniziativa” e di “care giving” che caratterizzano la mission dell'Az. Usl di Modena</p> <p>Fra i riferimenti normativi, si richiamano i più recenti: 1) Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione E-R 2) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 del 19 gennaio 2017 3) aggiornamento dei LEA (G.U. 18-03-2017) 4) Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale approvato con DGR n. 427 del 05/04/2017</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Obiettivo della Regione è, in generale, adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire, per tutte le fasce d'età, l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza.</p> <p>Dovrà inoltre essere garantita la corretta applicazione del Decreto-legge, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per razionalizzazione l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e alla organizzazione dei recuperi dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati nei tempi previsti dal Decreto 77/2017</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Vaccinazioni Adulti. Soggetti di età pari o superiore ai 18 anni, con particolare riguardo alla popolazione anziana, ai portatori di patologie croniche, ai portatori di patologie specifiche ad elevato rischio per malattie infettive, alle donne in età fertile rubeotest negative, alle donne in stato di gravidanza, ai portatori di HIV, alle situazioni di trapianto di organo solido effettuato o in programma e in generale in risposta ai diritti esigibili previsti dai LEA</p> <p>Vaccinazioni minori. Tutti i minori di età compresa tra 0 e 18 anni, residenti o domiciliati in uno dei comuni della provincia di Modena</p>



	<p>vaccinazione      Destinatari      Modalità      2018      2019      2020</p> <p>MeningococcoB      coorte 12 mesi      offerta attiva      75%      95%      95%</p> <p>Rotavirus      coorte 12 mesi      offerta attiva      60%      75%      95%</p> <p>Varicella 1 dose      coorte 24 mesi      offerta attiva      75%      95%      95%</p> <p>HPV maschi      coorte 11 enni      offerta attiva      60%      75%      95%</p> <p>IPV      coorte 13 enni      offerta attiva      60%      75%      90%</p> <p>Meningococco ACWY      coorte 13 enni      offerta attiva      75%      95%      95%</p> <p>A integrazione di quanto previsto in termini di offerta vaccinale alla popolazione , il Servizio Igiene Pubblica ( SIP) e la Pediatria di Comunità ( PdC ), intendono definire nel corso del 2018 , il Protocollo per le vaccinazioni in ambiente protetto, in integrazione con le strutture ospedaliere del territorio</p> <p>nel corso del 2019 , l'attivazione sul sito WEB aziendale di un'unica pagina di accesso a tutte le prestazioni vaccinali erogate dalla Ausl di Modena</p> <p>nel corso del 2020 , sviluppare la possibilità per il cittadino di accedere a una piattaforma WEB per la gestione diretta degli spostamenti degli appuntamenti vaccinali, relativi ad alcune tipologie</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	-      Programmare interventi di formazione per gli operatori sanitari dei servizi territoriali ed ospedalieri e per gli operatori delle scuole ( nidi e materne)
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	-      Azienda Ausl di Modena, Aziende ospedaliere, Enti comunali e gestori privati di scuole
<b>Referenti dell'intervento</b>	Sighinolfi Giulio – Responsabile pediatria di Comunità – mail: g.sighinolfi@ausl.mo.it tel. 059/2134325
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: €    0,00**

**Indicatori locali: 0**

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	0	31/12/2017	1 - Casa della salute Modena Nord	3 - Modena Estense, Carpi e Formigine	2 - Mirandola e Sassuolo	
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	0	31/12/2017	1 - Castelfranco	2 - Fanano Mirandola	3 - Finale Emilia Modena Vignola	
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	Attivo un percorso di accesso/ dimissioni presso OSCO di Castelfranco per pazienti anziani provenienti da Ospedale e pazienti fragili o cronici provenienti dal domicilio o CRA	31/12/2017	Mantenimento percorso OSCO di Castelfranco	Mantenimento percorso OSCO di Castelfranco e implementazione procedura accesso e dimissione OSCO Fanano	Definizione procedure di accesso e dimissione per i nuovi OSCO	
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	risorse Finanziarie, operatori (Assistenti Sociali, educatori..)	31/12/2017	Finanziarie da fondo sanitario e da fondo sociale, operatori delle équipe integrate e di progetto, spazi inclusivi (area casa, lavoro e socialità)	Finanziarie da fondo sanitario e da fondo sociale, operatori delle équipe integrate e di progetto, spazi inclusivi (area casa, lavoro e socialità)	Finanziarie da fondo sanitario e da fondo sociale, operatori delle équipe integrate e di progetto, spazi inclusivi (area casa, lavoro e socialità)	
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S   N	S ( pazienti dipendenze patologiche )	31/12/2017	S	S	S (+ pazienti disabili con sindromi autistiche)	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S   N	S - Mappatura al 31.12.2017 del Piano regionale prevenzione	31/12/2017	S - continua monitoraggio PRP con aiuto soggetti chiamati al tavolo distrettuale	S - continua monitoraggio PRP	S - continua monitoraggio	
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	2	31/12/2017	3	3	3	Attive al 31.12.2017 le associazioni asdam ( per la demenza ) e l'associazione noi per loro in ambito disabilità. nel 2019 ci si pone l'obiettivo di integrare e formalizzare l'attività dell'associazione dei famigliari di paziente psichiatrici "penso positivo " recentemente costituita

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	1	31/12/2017	2	3	3	E' presente attività di sostegno ai caregiver svolta da associazione ASDAM; nel 2018 è in programma lo svolgimento di un'attività di sostegno e incontro rivolta ai famigliari di persone disabili organizzata dall'associazione Noi per loro. Partirà anche l'attività di formazione delle assistenti famigliari da parte del servizio sostegno alla non autosufficienza dell'Unione
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	0	3 edizioni aziendali ( 1 per area Nord, Centro e Sud) per professionisti sociali e sanitari	0	
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	1	31/12/2017	1	1	2	
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	5	31/12/2017	6	7	8	
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico	3	31/12/2017	3	2	2	



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico	8	31/12/2017	15	30	48	
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	5	31/12/2017	5	7	8	
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico	3	31/12/2017	4	5	5	
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	3	31/12/2017	4	4	4	
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	2	31/12/2017	3	3	4	
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S   N	N	31/12/2017	l'indicazione per l'anno 2018 è di non attivare posti della rete SPRAR fino alla cessazione dell'emergenza terremoto per adesso fissata al 31.12.2018	0	0	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S   N	N	31/12/2017	l'indicazione è di non attivare posti SPRAR fino alla cessazione dell'emergenza terremoto per adesso fissata al 31.12.2018	0	0	
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	1	31/12/2017	0	0	0	comitato per la pace comune di Mirandola
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S   N	N	31/12/2017	S (progettazione )	S - realizzazione	S - realizzazione	
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S   N	N	31/12/2017	S - progettazione	S - adozione modalità operativa UVM	S- mantenimento modalità operativa UVM	
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	N -dato non rilevato	31/12/2017	attivazione monitoraggio			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S   N	N	31/12/2017	1	2	3	ci sono diverse attività che sono gestite dai servizi ma in modo autonomo e sepoarato. L'intenzione è quella di realizzare una rete che integri maggiormente le attività contigue per offrurle in modo unitario agli utenti, condividendo le professionalità
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S   N	N	31/12/2017	S-costituzione formalizzata	S- mantenimento coordinamento	S - mantenimento coordinamento	le funzioni di coordinamento sovradistrettuale esercitate dalla provincia di Modena, sono in parte state assegnate con specifico accordo di rete tra gli enti locali della provincia all'istituto San Filipo Neri di Modena. Per la tutela minori la CTSS deve costituire il coordinamento convocato dall'Ufficio di Supporto
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del “Progetto adolescenza”	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del “Progetto adolescenza”	S   N	S	31/12/2017	S- ampliamento del coordinamento distrettuale con rappresentanti istituti scolastici	S - cura all'ampliament o di altri soggetti terzo settore	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	8	31/12/2017	8	8	9	sono presenti sportelli di ascolto in 3 dei 4 istituti superiori del territorio ( denominati free entry) . Nell'istituto che non ha aderito al progetto è presente un loro psicologo che questa funzione. Inoltre, il progetto punto d'incontro distrettuale prevede l'attivazione di sportelli di ascolto anche nelle scuole secondarie di primo grado gestiti da psicologi esperti di ascolto dei giovani. Al momento sono attivi 3 sportelli nelle scuole secondarie di primo grado. Tutti gli sportelli sono anche punto di accesso per insegnanti e genitori e in raccordo con servizio di psicologia dell'AUSL, costituiscono punti di accesso anche per i due sportello dello spazio adolescenti del consultorio familiare.
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	0	31/12/2017	2	2	2	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	lo spazio giovani/adolescenza presso il consultorio familiare distrettuale ha funzione anche di promozione della salute sessuale (uso del profilattico, monitoraggio della salute sessuale, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, diffusione degli anticoncezionali, trattamento e monitoraggio degli anti concezionali in emergenza per evitarne l'abuso nel ricorso.
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	0	31/12/2017	0	1	2	
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	2 servizi innovativi: 1) costituzione rete Microresidenza 2) attivazione di Cogs club a cura di associazione ASDAM	31/12/2017	definizione PUASS e inserimento nuova figura sociale di AS	ricovero temporaneo in CRA e assistenza domiciliare per 30 gg post dimissione	raccordo strumenti informatici AUSL - Unione	
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	2 interinali	31/12/2017	2 interinali	2 interinali		
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	0	31/12/2017	1			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	11	31/12/2017	15	15	15	
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	25	31/12/2017	incremento	incremento	incremento	
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	25	31/12/2017	incremento	incremento	incremento	
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	4	31/12/2017	5	6	6	nel 2017 si sono tenuti 11 incontri mensili del caffè alzheimer prevalentemente nel comune di mirandola che è il più numeroso. Nel 2017 si è portato il caffè alzheimer anche nel comune di Finale Emilia per decentramento sul territorio e arruolamento di nuove persone. Inoltre, sono stati realizzati 6 club nell'intero distretto, 3 nel periodo primavera-estate e 3 nel periodo autunno-inverno, nei seguenti 3 comuni: Medolla, San Possidonio e San Felice sul Panaro – frazione di Rivara.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	74	31/12/2017	90	90	90	Il numero complessivo dei partecipanti alle 6 edizioni del COGS club è pari a 74, in particolare: - Medolla: 12 da marzo a giugno e 15 da settembre a dicembre - San Possidonio: 10 da marzo a giugno e 13 da settembre a dicembre - Rivara: 11 da marzo a giugno e 13 da settembre a dicembre
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	390	31/12/2017	390	400	420	il caffè alzheimer è frequentato da circa 100 persone ad incontro, un terzo delle quali nuove ogni volta. Considerato che sono stati 11 incontri nel 2017 si calcola che siano 390 complessivamente le persone con cui si è entrati in contatto.
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	145	31/12/2017	145	170	170	
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	ogni anno formazione su nuovo argomento



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	sono attivi 3 gruppi area alcol, 2 gruppi area GAP, 1 gruppo area psichiatrica, 1 gruppo di famigliari e assistenti famigliari di pazienti con demenza	31/12/2017	mantenimento dei gruppi attivi	gruppo di famigliari di disabili		
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S   N	N	31/12/2017	N	S	S	si prevede la formalizzazione del Tavolo dopo l'attivazione di un percorso partecipato sulla forma e le funzioni che deve avere
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	presentato un documento aziendale al coordinamento provinciale degli uffici di piano che è all'inizio del suo iter di valutazione
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	si prevede un'iniziativa formativa ogni anno per ogni distretto su area tematica diversa

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	non svolta di recente una specifica formazione	31/12/2017	implementazione protocolli provinciali su violenza e abuso verso donne e minori	implementazione protocolli provinciali su violenza e abuso verso donne e minori - definizione protocolli violenza su anziani e disabili	implementazione protocolli provinciali su violenza e abuso verso donne e minori - definizione protocolli violenza su anziani e disabili	
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S   N	8 comuni su 9 hanno conferito in unione il servizio sociale territoriale	31/12/2017	N	N	S	Oggetto di valutazione all'interno degli obiettivi di programmazione del prossimo Piano di riordino territoriale 2018/2020
57	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	è costituito il coordinamento distrettuale L.14 ma ha necessità di essere rivisitato nei componenti e nelle funzioni: oggi composto da operatori sociali e sanitari e centrato prevalentemente sul disagio giovanile e adolescenziale. L'obiettivo è coinvolgere nel tavolo almeno i rappresentanti della scuola e di darsi metodo di lavoro per operare anche per sottogruppi.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	11	31/12/2017	12	13	14	

## 5. SEZIONE DEDICATA AL TEMA POVERTÀ NELL'AMBITO DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO DI MIRANDOLA (MO) - (di cui all'art. 13 del Dlgs 147/2017)

L'Unione Comuni Modenesi Area Nord, è il soggetto unitario dell'ambito distrettuale di Mirandola deputato all'elaborazione del Piano di zona triennale per la salute ed il benessere sociale 2018/2020, a seguito del conferimento della funzione da parte dei comuni di Camposanto, Cavezzo, Concordia sulla Secchia, Finale Emilia, Medolla, Mirandola, San Felice sul Panaro, San Possidonio, San Prospero.

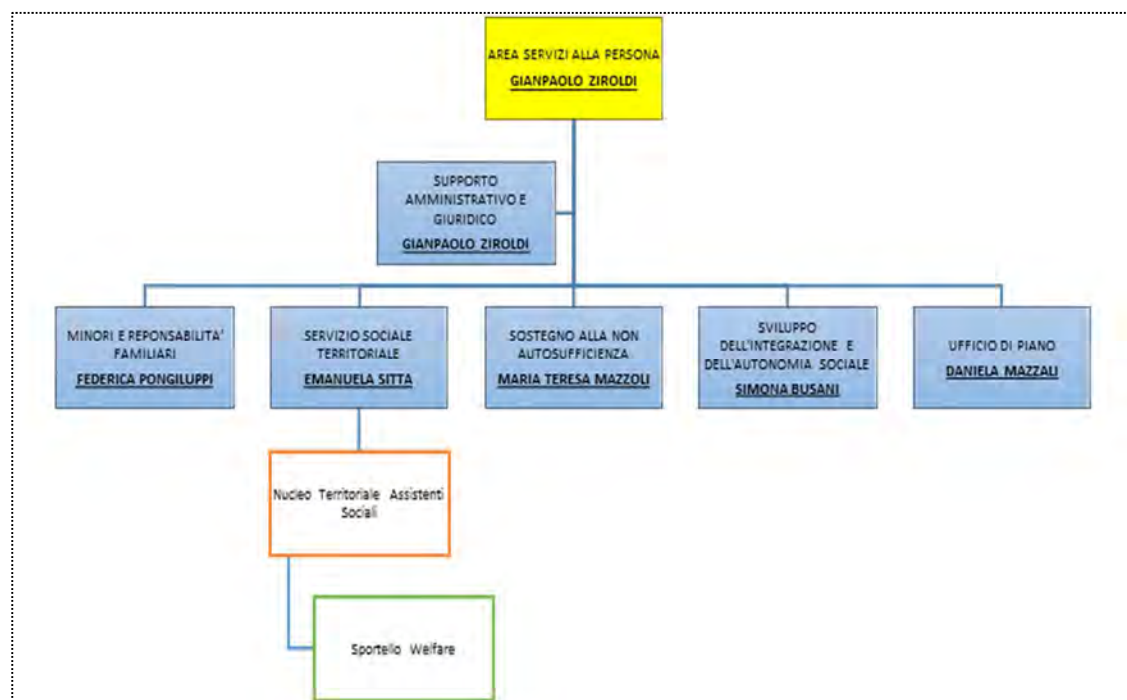
Come indicato dall'art. 13 del Dlgs 147/2017, comma d), presenta in questa sezione gli specifici rafforzamenti su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà di cui all'articolo 7, comma 1, finanziabili a valere sulla quota del Fondo Povertà di cui al comma 2 del medesimo articolo 7, integrando la programmazione con le risorse disponibili a legislazione vigente e le risorse afferenti ai Programmi operativi nazionali (PON) e regionali (POR) riferite all'obiettivo tematico della lotta alla povertà e della promozione dell'inclusione sociale.

### 5.1 Le priorità distrettuali per il rafforzamento del sistema di servizi ed interventi nel triennio 2018/2020

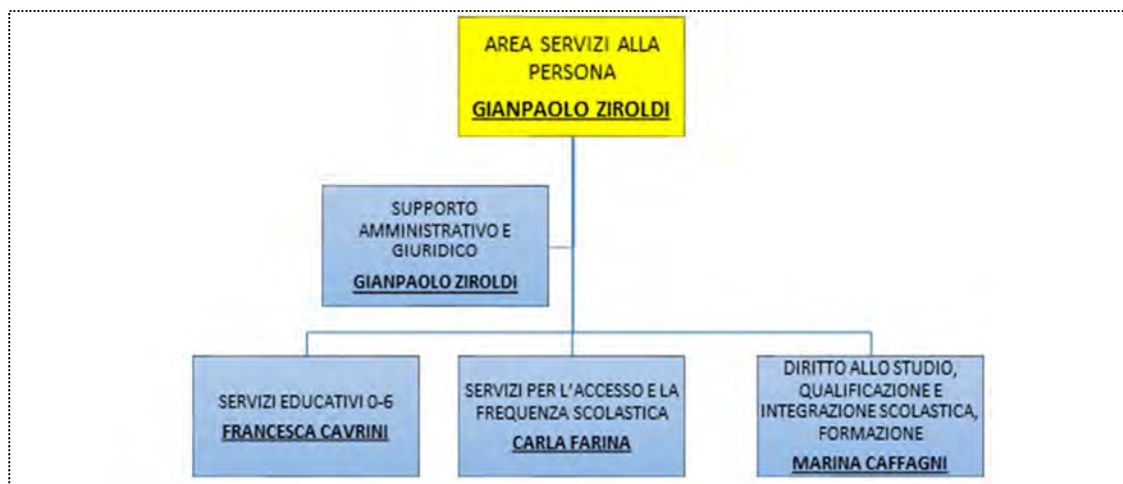
#### 5.1.1 – Il primo livello di assistenza: l'assetto del Servizio sociale territoriale

Nell'ambito territoriale di Mirandola il 1 maggio 2017 è stato attuato il completamento del conferimento dei servizi sociali per 8 dei 9 comuni, e il 1 settembre 2017 si è attuato il conferimento dei servizi educativi e scolastici di 6 comuni che ha portato alla costituzione di **un'area welfare/servizi alla persona**, articolata su due settori, come segue:

##### Settore servizi sociali



##### Settore servizi educativo-scolastici



Il completamento del conferimento delle funzioni sociali dai comuni all'Unione dello scorso maggio 2017 ha riguardato soprattutto il Servizio sociale territoriale, considerato il "cuore" del servizio sociale.

A distanza di un anno dal conferimento dei servizi sociali e a sei mesi dai servizi scolastici, negli amministratori e nei tecnici sta prendendo forma operativa il proposito di dare una **dimensione distrettuale** del servizio sociale territoriale con il conseguente assestamento organizzativo del servizio. Non è facile ricomporre in un unico servizio tanti diversi modelli e superare la convinzione di ciascuno che il suo servizio sia il meglio, dato che è stato il frutto di un percorso faticoso di costruzione, di forte legame alla propria realtà comunale, di un legame fiduciario tra amministratori e operatori. Il modello comunale di fatto ha funzionato per tanto tempo perché costruito sulla base delle esperienze accadute, dell'orientamento politico degli amministratori, delle convinzioni degli assessori (e anche dei capi servizio e assistenti sociali) su come rispondere ai bisogni dei cittadini, radicando in ogni comune un modo più o meno aperto/selettivo di gestire le situazioni, più o meno formale/informale. Ma quel modello, necessariamente "localistico", non riesce a far fronte alla moderna crisi sociale, a garantire equità di trattamento, ad elaborare strumenti innovativi di gestione del rapporto con i cittadini, a fare massa critica di fronte alle emergenze. Gli stessi sistemi di coordinamento distrettuale (incontri tra AS e/o tra responsabili di servizio) nati in ambito tecnico per confrontarsi sulle strategie, per darsi regole di comportamento comune e per elaborare strumenti unitari ed omogenei non sono più sufficienti a sostenere il lavoro sociale.

Ma le modifiche organizzative non sono sufficienti a disegnare il nuovo modo di essere del servizio sociale, quello che serve è un cambio di approccio, di finalità, si potrebbe dire di "natura".

Negli atti di conferimento il Servizio Sociale territoriale era disegnato su due livelli: un livello di primo contatto e accesso costituito dagli sportelli sociali (previsto uno per ogni comune) e un livello valutativo, progettuale e di presa in carico costituito dal servizio sociale professionale (assistenti sociali responsabili del caso).

Dopo diversi confronti per trovare un nuovo assetto per la presa in carico, oggi è in atto un progetto di riorganizzazione, approvato con delibera della Giunta Unione n. 23 del 20.03.2018 che, in un'ottica distrettuale, consenta agli Assistenti sociali una maggiore vicinanza e scambio tra loro come condizione di supporto reciproco e al contempo valorizzi le loro competenze specializzando la loro attività per area di intervento, tre nello specifico: non autosufficienza, integrazione e autonomia sociale, minori e responsabilità familiari, in quanto la complessità di ciascuna di esse richiede specificità di organizzazione/azione, scelta che la precedente organizzazione, con un assistente sociale per ogni comune, non consentiva.

La configurazione del Servizio Sociale professionale è così articolata:

- **Organizzazione Polo 1 – sede a Mirandola - comuni di Concordia - Mirandola – San Possidonio** (bacino di 35.785 abitanti)

Organico: 3 assistenti sociali non autosufficienza, 3 assistenti sociali famiglie/disagio sociale adulti

Polo 1	Numero Assistenti sociali		n. operatori di Sportello
	Area disagio	Area non autosufficienza	
<b>Mirandola</b>	2 tempo indeterminato	2 tempo indeterminato	3 interinali sisma
<b>Concordia</b>	1/2 tempo indeterminato	1 interinale sisma e 1/2 tempo indeterminato	1 tempo indeterminato
<b>San Possidonio</b>	1/2 tempo indeterminato	½ tempo indeterminato	1 interinale sisma

- **Organizzazione Polo 2 – sede a Medolla - Comuni di Camposanto- Cavezzo - Medolla –San Felice - San Prospero** (bacino di 33.235 abitanti)

Organico: 3 assistenti sociali non autosufficienza, 3 assistenti sociali famiglie/disagio sociale adulti

Polo 2	Numero Assistenti sociali		n. operatori di Sportello
	Area disagio	Area non autosufficienza	
<b>San Felice</b>	1 interinale sisma	1 tempo indeterminato (30 ore)	1 tempo indeterminato 1 interinale sisma
<b>Medolla</b>	1/2 tempo indeterminato	1/2 tempo indeterminato	1 interinale sisma
<b>Camposanto</b>	1/2 tempo indeterminato	1/2 tempo indeterminato	1 interinale sisma
<b>Cavezzo</b>	1/2 tempo determinato	1/2 tempo indeterminato	1 tempo indeterminato
<b>San Prospero</b>	1/2 tempo determinato	1/2 tempo indeterminato	1 interinale sisma

- **Organizzazione servizio tutela Minori – sede a Mirandola via Giolitti 22 - Tutti i nove comuni**

Organico: 5 assistenti sociali di ruolo e 3 educatori professionali

Ogni AS è abbinata con uno o più comuni in modo da agire su un bacino di utenza tra i 15000 e i 17000 abitanti.

1 AS Mirandola
1 AS Mirandola, Concordia, San Possidonio
1 AS Finale Emilia e Camposanto
1 AS Finale Emilia e Cavezzo
1 AS Medolla, San Felice, San Prospero

Ogni educatore del servizio tutela minori si affianca volta a volta ad una AS sul caso, in base al carico di lavoro di quel momento e alla tipologia dell'intervento.

- **Organizzazione PUASS (Punto unico di accesso socio sanitario) sede Centro servizi distrettuale - Tutti i nove comuni**

Organico: 1 Assistente sociale che segue tutto il territorio, svolgendo un'attività istruttoria sui casi segnalati dai servizi sanitari (in particolare ospedalieri) che passa alle colleghe se sono casi già seguiti o che gestisce direttamente, fino alla predisposizione di un progetto assistenziale, nel caso di nuove situazioni.

#### **In SINTESI:**

Come si evince dalle tabelle sopra riportate, nel nostro ambito il requisito minimo per il buon funzionamento del Servizio sociale territoriale previsto dalla normativa (1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti) è soddisfatto, in quanto sono presenti:

- 11 Assistenti sociali responsabili del caso dipendenti Unione (di cui 9 a tempo pieno e indeterminato, 1 a tempo determinato e 1 a tempo indeterminato parziale a 30 ore) per gli 8 comuni che hanno conferito il servizio a maggio 2017;
- 2 Assistenti sociali dipendenti a tempo pieno e indeterminato del comune di Finale Emilia;

- 2 Assistenti sociali PON assunte dall'Unione per l'attività su tutti i 9 comuni tramite contratto con Agenzia interinale;
- 5 Assistenti sociali del servizio tutela minori dipendenti Unione a tempo pieno e indeterminato;

Per un totale di 20 Assistenti sociali.

Poiché la popolazione dell'ambito territoriale ammonta a 84.582 abitanti, basterebbero 17 operatori per garantire lo standard, mentre **il rapporto assistenti sociali/popolazione attuale è pari a 1/4.229.**

### 5.1.2 Il secondo livello di assistenza: i sostegni nel progetto personalizzato

Per la progettazione degli interventi di sostegno ai progetti per le persone/famiglie beneficiari del Reddito di Inclusione, si procede sostanzialmente in due direzioni:

- a) l'erogazione di servizi organizzati dai comuni e dall'Unione direttamente o attraverso procedure di accreditamento o affidamento di servizi.
- b) il ricorso a servizi/interventi tramite accordi di co-progettazione e convenzioni con Associazioni di Volontariato

In particolare, si ritiene essenziale il ricorso alla comunità più allargata. In esperienze realizzate qualche anno fa con giovani NEET, per i quali sono stati attivati tirocini formativi presso aziende/attività con mansioni corrispondenti ai desideri dei ragazzi, si è rivelato essenziale il ruolo da volontari aderenti a diverse associazioni di volontariato del territorio e il successo formativo e l'assunzione che è seguita per 6 dei 12 ragazzi arruolati, non si sarebbero verificati senza la loro funzione di accompagnamento e sostegno. Anche per i beneficiari REI è in corso di definizione una convenzione con un'associazione di volontariato che si proporrà come tramite per l'inserimento in altre associazioni di beneficiari REI come nuovi volontari, perché possano ricambiare il beneficio ricevuto a vantaggio delle comunità e anche come occasione di stabilire nuove positive relazioni.

Nello specifico, rispetto all'elenco tassativo di servizi da sostenere con le risorse del Fondo Povertà, per ciascuno di essi si prevede:

- **SOSTEGNO DA INDIVIDUARE: Tirocini formativi**

**AZIONE:** Tirocini a tre mesi per sperimentazione di inclusione lavorativa per quota di assegnatari REI non inseribili in legge 14/15

**PROGETTAZIONE:** Attività svolte a gestione diretta con educatori dipendenti dell'Unione del Servizio di Formazione e inserimento lavorativo (FIL).

- **SOSTEGNO DA INDIVIDUARE: Sostegno socio educativo domiciliare e territoriale**

**AZIONE:**

- Monitoraggio e verifica sugli obiettivi del progetto relativo alla tenuta della casa (pulizia, pagamento bollette, ecc...)
- Promozione dell'inclusione sociale per l'uscita dall'isolamento
- Promozione della partecipazione a iniziative formative-culturali del territorio

**PROGETTAZIONE:** ricorso ai servizi dell'Azienda pubblica dei servizi alla persona che gestisce l'attività domiciliare di tipo socio assistenziale e socio educativa per tutti i target di utenza

- **SOSTEGNO DA INDIVIDUARE: Assistenza domiciliare socio assistenziale e servizi di prossimità**

**AZIONE:**

- Erogazione servizio pasti
- Promozione e supervisione dell'igiene personale
- Controllo dell'appropriatezza del vestiario
- Interventi su eventuali anziani e disabili presenti nel nucleo
- Controllo del regime alimentare

- Servizio di trasporto sociale
- Supervisione terapia farmacologica

**PROGETTAZIONE:** ricorso ai servizi dell'Azienda pubblica dei servizi alla persona che gestisce l'attività domiciliare di tipo socio assistenziale e socio educativa per tutti i target di utenza

- **SOSTEGNO DA INDIVIDUARE: Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare**

**AZIONE:**

- Facilitazione alla frequenza dei servizi educativi (nidi pubblici e privati, classi primavera, scuola dell'infanzia pubblica e privata)
- Servizio di trasporto sociale
- Servizio di Mediazione familiare per coppia conflittuale
- Gruppi di auto mutuo aiuto
- Supporto alle madri sole
- Sostegno alle famiglie straniere
- Gruppi di parola per bambini/ragazzi figli di genitori separati e conflittuali
- Mediazione linguistico-culturale a scuola
- Promozione della partecipazione a iniziative formative-culturali del territorio

**PROGETTAZIONE:** a) Implementazione del progetto natalità attraverso la strutturazione e l'attivazione di un servizio home visiting entro i primi 1000 giorni di vita del bambino; b) rinforzare la disponibilità oraria del personale addetto alla mediazione familiare presso il centro per le famiglie al fine di sostenere l'aumento dell'utenza prevista nelle attività già esistenti nella programmazione del servizio; c) potenziamento del servizio di educativa territoriale.

- **SOSTEGNO DA INDIVIDUARE: Servizio di mediazione linguistico culturale**

**AZIONE:**

- Mediazione linguistico culturale per facilitare buoni rapporti di vicinato
- Educazione civica e conoscenza dei servizi di raccolta differenziata
- Conoscenza dei servizi sociali, sanitari, scolastici

**PROGETTAZIONE:** Implementazione delle ore previste sul servizio di mediazione linguistica e avvio di attività di mediazione culturale; Utilizzo e implementazione delle risorse previste in altre progetti (es. FAMI)

- **SOSTEGNO DA INDIVIDUARE: Servizio di pronto intervento sociale**

**AZIONE:**

- Fornitura pasto, lavanderia e vestiario al bisogno;
- Trasporto sociale;
- Posto letto di emergenza;

**PROGETTAZIONE:** Gestione delle situazioni emergenziali attraverso l'attivazione dei servizi della rete ( es: sono disponibili 4 alloggi per emergenza di sole donne con bambini). Sono inoltre numerose le attività offerte dalla rete delle associazioni di volontariato e altri soggetti del Terzo settore (es: è presente in tutti i comuni un soggetto che si occupa di distribuzione alimentare, è presente un'associazione di volontariato che gestisce una casa di accoglienza).

### 5.1.3 Il terzo livello di assistenza: i punti per l'accesso al Rel

**Diversa e opposta è la situazione relativa ai punti di accesso/sportelli sociali.**

Nelle indicazioni del decreto si prevede un punto di accesso per ogni comune con popolazione inferiore ai 40.000 abitanti, prevedendo la necessaria flessibilità organizzativa in relazione alle esigenze della popolazione.



Questo aspetto del servizio territoriale è sempre stato trascurato nel passato; in particolare nei comuni piccoli la presenza dell'assistente sociale garantiva sia la funzione di accesso che di valutazione/progettazione. La gestione dell'emergenza sisma dell'anno 2012 (tutti i 9 comuni del territorio sono il cuore della cratere) ha reso necessario inserire nuove figure dedicate all'accesso che sono state fornite tramite agenzia interinale direttamente dalla struttura commissariale e sono destinate a cessare la loro attività al termine dello stato di emergenza, per il momento fissato al 31.12.2018.

I dipendenti dell'Unione che assicurano la funzione di accesso sono solamente tre a cui si aggiunge un quarto operatore dipendente del comune di Finale Emilia, mentre sono 9 gli interinali sisma (8 Unione e 1 comune di Finale Emilia). Considerato che i comuni sono 9, se si vuole raggiungere la dotazione standard si dovrebbero assumere altri 5 operatori.

**OBIETTIVO per l'utilizzo delle risorse del Fondo povertà: Rafforzamento del SST con ampliamento orario di sportelli attraverso assunzione di tre operatori dipendenti a tempo determinato, con l'obiettivo di consolidarli nel tempo, nel corso del triennio 2018/2020.** L'organizzazione oraria del servizio di sportello sociale che si vuole garantire con l'assunzione del personale e che si ritiene congruo con le esigenze della popolazione è il seguente:

COMUNI	Popolazione	Ore di apertura sportello
Camposanto	3.185	12 ore
Cavezzo	7.072	24 ore
Concordia sulla Secchia	8.521	24 ore
Finale Emilia	15.597	42 ore
Medolla	6.270	24 ore
Mirandola	23.661	56 ore
San Felice sul Panaro	10.831	36 ore
San Possidonio	3.603	12 ore
San Prospero	5927	22 ore
Totale	84.617	252 ore (252:36 ore sett.= 7 operatori)

Attualmente i dipendenti addetti ai punti di accesso provengono da diverse professionali sociali e amministrative. Per qualificare l'attività di ascolto, informazione, orientamento si identifica **la professionalità dell'assistente sociale come la più idonea ad affiancare gli attuali operatori.**

Nel corso di vigenza del Piano sociale e sanitario l'approfondimento e la condivisione del modello di sportello, la dotazione delle risorse umane e la loro formazione saranno obiettivi primari del nostro territorio.

La Giunta dell'Unione ha espresso l'intenzione di **costituire un punto unico di accesso, accoglienza e orientamento socio-scolastico**, pur nella difficoltà di conciliare la geometria variabile dei servizi conferiti (tutti i nove comuni in ambito minori, disabili e servizi socio sanitari per anziani, 8 comuni per le famiglie e gli adulti, 6 per i servizi educativo/scolastici). Dall'area scolastica, conferita a settembre 2017 in Unione da 6 comuni su 9, sono presenti 6 dipendenti con funzioni miste amministrative e di sportello. Si valuta che il contenuto operativo dei sei addetti possa essere diviso al 50 % tra le due funzioni e di conseguenza tre di loro potrebbero essere aggregati agli attuali operatori di sportello sociale per arrivare ad una dotazione complessiva di sportello socio-scolastico di 10 dipendenti.

Nel corso del triennio, secondo le indicazioni contenute nel Piano regionale sociale e sanitario 2017/2019, si intende anche perseguire la **dimensione organizzativa distrettuale del servizio sociale territoriale promuovendo il pieno conferimento dei servizi alla persona** (sociali, educativi/scolastici) **di tutti i 9 comuni dell'ambito territoriale.** In ogni caso, al fine di offrire ai cittadini del territorio omogeneità di trattamento e di interventi sociali va implementato il sistema di coordinamento tra gli operatori del SST unificato con i colleghi del comune di Finale Emilia.

Nel corso del triennio 2018/2020 si opererà per creare un sistema di collegamento tra sportelli sociali e gli sportelli del Centro stranieri e del Centro per le famiglie.

## 5.2 Sintesi delle scelte previste nell'avviso 3 PON FSE Inclusione;

L'Ambito Territoriale di Mirandola, rappresentato da Unione Comuni Modenesi Area Nord con delibera Consiglio dell'Unione n. 15 del 07/03/2017, ha approvato una **CONVENZIONE DI SOVVENZIONE** per lo svolgimento delle funzioni di Beneficiario e di partner di progetto nella gestione di attività del FSE 2014-2020 – Avviso-Pubblico-3.2016-PON-Inclusione, con la Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il Programma Operativo Nazionale "Inclusione" (PON) finanzia solo gli interventi di attivazione delle azioni di supporto all'introduzione del SIA (oggi REI) la misura nazionale a contrasto della povertà per l'inclusione sociale, mentre il sostegno economico è finanziato con fondi nazionali.

Il Sia/REI associa due tipi di intervento:

1. un **sostegno economico** erogato attraverso l'attribuzione di una carta di pagamento elettronica, utilizzabile per l'acquisto di beni di prima necessità rivolta alle famiglie in condizioni economiche disagiate in cui siano presenti persone minorenni, figli disabili o donne in stato di gravidanza accertata.
2. un **intervento di attivazione sociale e lavorativa**, che si concretizza con l'adesione dell'intero nucleo familiare ad un progetto personalizzato di presa in carico predisposto insieme ai servizi sociali del Comune di residenza, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riguardo agli enti no profit.

I risultati che si intendono ottenere con la misura sono dunque l'attivazione delle persone e il superamento della loro condizione di bisogno attraverso la riconquista dell'autonomia.

**La Proposta progettuale presentata dal Beneficiario risulta tra i progetti ammessi al finanziamento ai sensi del Decreto Direttoriale n. 120 del 06/4/2017 per un importo complessivo pari ad € 199.574,00.**

L'importo è destinato al rafforzamento della struttura di gestione degli interventi a contrasto della povertà tramite l'acquisizione attraverso Agenzia interinale TEMPOR di due operatori. Inizialmente nel progetto era descritta l'assunzione per il triennio 2017- 2019 di 1 AS e 1 Educatore, ma poi si è proceduto ad assumere due assistenti sociali per carenza di profilo di educatore e per valutazioni di merito più approfondite, restando invariata la programmazione economica in quanto entrambi retribuiti con lo stesso livello economico D1.

Tramite gli operatori viene supportata e rafforzata l'attività di accesso, valutazione, progettazione e monitoraggio attraverso il loro innesto sulla struttura esistente e supportano gli addetti allo sportello sociale nella raccolta delle domande, nei rapporti con Centro per l'Impiego e INPS.

In particolare:

- Affiancano gli altri operatori sociali dello sportello nell'attività di pre-assessment con ruolo anche di raccolta dei nominativi e di raccordo con la fase successiva di valutazione e progettazione;
- Affiancano le assistenti sociali e gli educatori in servizio presso l'Unione Comuni Modenesi area Nord, consentendo le condizioni organizzative per la gestione delle equipe multidisciplinari per la presa in carico delle persone in stretto raccordo con i Servizi per gli utenti già in carico e seguiti dai servizi stessi;
- Collaborano inoltre con un amministrativo messo a disposizione dall'Unione per l'attività di rendicontazione;

Un operatore svolge parte della propria attività nel raccordare i percorsi SIA/REI con il sistema dell'inserimento lavorativo locale messo in atto dalla L.14 di emanazione regionale. Esercita inoltre la raccolta delle informazioni e la valutazione delle competenze lavorative delle persone a cui è rivolto il SIA/REI per

orientare la progettazione nell'ambito dell'equipe, in raccordo con le risorse formative linguistiche, relazionali e tecniche offerte dal territorio e con il centro per l'impiego.

I due operatori hanno preso servizio tra dicembre 2017 e gennaio 2018. Uno dei due assistenti sociali si è dimesso il 30 giugno 2018 per posto di ruolo a seguito di concorso e sono in corso le procedure per la sua sostituzione.

### 5.3 Sintesi del Piano integrato territoriale dei servizi pubblici, del lavoro, sociali e sanitari, ai sensi della LR14/15 e così come previsto nella DGR 73/2018

L'Unione comuni modenesi area nord ha sottoscritto un Accordo di Programma con la Regione Emilia Romagna per l'attuazione del Piano integrato territoriale anno 2016/2017, strumento con il quale si dà attuazione, nel territorio, all'integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari per la realizzazione dei percorsi integrati a sostegno dell'inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, tramite l'attivazione di tirocini formativi, corsi di formazione e altre misure di attivazione finalizzate all'inserimento lavorativo. Il piano definisce gli obiettivi, le priorità e le misure d'intervento nonché l'organizzazione dell'equipe multiprofessionale. All'interno dell'equipe, unica per il livello distrettuale, è sempre presente un operatore del Centro per l'Impiego e, in relazione alle problematiche della persona, sono presenti, singolarmente o in compresenza, un operatore dei servizi sociali nonché dei servizi sanitari. L'operatore del Centro per l'Impiego sarà, nel caso in cui la persona presa in carico sia un disabile certificato, un operatore esperto del collocamento mirato. L'equipe progetta gli interventi e assegna le risorse per la loro realizzazione. Sulla base delle scelte territoriali del PIT, l'Assessorato regionale attiva un bando per l'individuazione del soggetto gestore delle misure.

Il **Budget distrettuale** di cui dispone il territorio dell'Unione per la realizzazione del PIT 2016/2017 è di € 403.828,06, così finanziato:

Fondo Sociale Europeo - assegnato alla regione Emilia Romagna – quota per distretto Mirandola	€ 362.570,96
Quota compartecipazione dell'Unione con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	€ 36.257,10
Quota Fondo sanitario regionale	5.000,00

E' ancora in corso l'attività del PIT 2016/2017 e le risorse sono utilizzabili per progetti attivati entro il 21 settembre 2018.

Sulla base dell'esperienza del primo PIT sperimentale, è stato predisposto il Piano Integrato Territoriale (PIT) per il triennio 2018/2020 approvato con deliberazione Giunta Regionale n. 650 del 07/05/2018, che prevede un **Budget distrettuale** di euro 383.886,20, così finanziato:

Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
FSE - Fondo Sociale Europeo	€344.442,00	Assegnazione FSE	Assegnazione FSE
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	34.444,20		
Fondo Sanitario regionale	5.000	5.000	5.000

Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
Totale risorse destinate	383.886,2	Quelle identificate + FSE	Quelle identificate + FSE

Di seguito riportiamo gli interventi che si prevede di attivare nel triennio di vigenza:

Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018- 2020
<b>FORMAZIONE</b> Rientrano in questo ambito tutti gli interventi con caratteristiche prettamente formative, nei quali è assegnata rilevanza significativa alla dimensione del gruppo in apprendimento (tutti i percorsi hanno lo stage)	Si ipotizza l'attivazione di percorsi di formazione permanente (quale la formazione sulla sicurezza, alfabetizzazione informatica) e almeno 2 corsi con riconoscimento dell'UC all'anno. Si ipotizzano i corsi di biomedicale, di addetto all'allestimento, di magazziniere, di montaggio meccanico, e due corsi definiti in base alle necessità territoriali rilevate
<b>TIROCINI</b> Riguarda tutte le tipologie di tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione.	Si mantiene un media di circa 70 tirocini, con una prevalenza di tirocini inclusivi fascia D.
<b>SUPPORTO AL LAVORO</b> Rientrano in questo ambito tutti gli interventi finalizzati a favorire l'ingresso al lavoro delle persone e la permanenza in attività delle persone. Si articola in interventi di diversa natura quali l'orientamento, l'accompagnamento all'inserimento lavorativo e il sostegno alle persone nei contesti di collocazione, la formalizzazione e certificazione delle competenze. In questo ambito potranno essere inserite, nel corso del triennio, nuovi interventi previsti dalla legge regionale 14/15 quali ad esempio la concessione di microcredito, il supporto allo start up di impresa, ecc.	Si considera di diminuire i percorsi di scouting attestandoli su circa 15-20 all'anno, prevedendo il percorso di orientamento per tutti gli utenti che accedono alle misure. Eventuali interventi innovativi verranno indicati nei programmi di attuazione annuali

Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018- 2020
<b>SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE</b> Comprende i servizi e le attività professionali erogate dal servizio sociale ai fini dell'inserimento sociale della persona e del nucleo e le attività di sostegno, promozione e accompagnamento svolte dal Terzo Settore in accordo con i servizi sociali. Sono ricompresi, a titolo esemplificativo: interventi di sostegno alla genitorialità, sostegno socio educativo, corsi di lingua italiana e mediazione culturale, servizi di assistenza domiciliare, prossimità e auto-aiuto, interventi conciliativi, accoglienza abitativa temporanea.	A supporto dei progetti personalizzati verranno coinvolti gli sportelli presenti sul territorio (centro per le Famiglie, centro stranieri, sportelli territoriali ecc) e le associazioni operanti. Inoltre si integreranno i servizi con le norme a contrasto della povertà (REI e L.R.24/16)
<b>TRASFERIMENTI IN DENARO</b> Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni	Con risorse proprie si agevolerà la buona riuscita degli interventi specifici

I Referenti per l'attuazione del Piano integrato territoriale sono:

Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	Centro per l'impegno	Responsabile Centro per l'impiego Mirandola	Sandra Dal Pan
Sociale	Unione Comuni Modenesi Area Nord	Responsabile servizio Integrazione e Autonomia sociale	Simona Busani
Sanitario	Ausl di Modena - distretto di Mirandola	Responsabile CSM distrettuale	Claudio Cavicchioli

#### 5.4 Informazioni sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate

L'area servizi alla persona conferita all'Ucman dal maggio 2017 è strutturata in 5 settori: minori e responsabilità familiari (con 5 assistenti sociali dedicate), servizio sociale territoriale (12 assistenti sociali di cui una a orario ridotto a 30 ore settimanali e 3 del Comune di Finale Emilia), sostegno alla non autosufficienza (1 assistente sociale Puass), sviluppo dell'integrazione e dell'autonomia sociale (2 assistenti sociali avviso 3 pon), ufficio di piano ed un servizio trasversale di supporto amministrativo e giuridico.

Assistenti e sportello sociale afferiscono al **servizio sociale territoriale** che ricomprende 8 comuni (Camposanto, Cavezzo, Concordia, Medolla, Mirandola, San Felice, San Prospero e San Possidonio) con una popolazione complessiva di 68.331 abitanti escludendo il Comune di Finale Emilia di 15.597 abitanti.

Al fine di ottimizzare l'attività ed agevolare gli spostamenti, il territorio è stato ripartito in due poli geografici, analoghi per numero di abitanti:

<b>Polo 1</b>	Mirandola	San Possidonio	Concordia			Abitanti
Abitanti	23547	3560	8435			35542
<b>Polo 2</b>	San Felice	Camposanto	Medolla	San Prospero	Cavezzo	
Abitanti	10795	3173	6286	5924	7014	33192

Per favorire la specializzazione delle **assistenti sociali**, sono state individuate due aree tematiche: disagio (famiglie, adulti e fragili) e non autosufficienza (anziani e disabili). In ciascun comune operano due assistenti sociali (una per l'area disagio e una per la non autosufficienza), ad eccezione di Mirandola in cui per ragioni di dimensioni ne sono presenti 4. Tale suddivisione, articolata per vicinanza territoriale dei comuni, facilita in primo luogo, l'acquisizione di competenze specifiche in un settore di continui cambiamenti normativi ed inoltre permette lo svolgimento di un'attività di coordinamento mirata.

Per quanto attiene lo **sportello sociale**, con la sua funzione fondamentale di inizio del percorso che il cittadino compie nel sistema dei servizi, rende indispensabile la professionalità e la continuità di lavoro del personale impiegato come elemento fondamentale per la qualità e l'efficacia del servizio stesso. Lo sportello, in quanto punto privilegiato di informazione e accesso al sistema dei servizi è fondamentale per la valutazione e presa in carico o per attività di promozione sociale. L'elevata precarietà del personale impiegato (negli 8 comuni in Unione il personale amministrativo assunto a tempo indeterminato è composto di sole 3 unità, i restanti 9 operatori sono interinali), rende necessario rinforzare e consolidare il servizio che non svolge soltanto funzione informativa ma essendo punto di accesso per misure di contrasto alla povertà (bonus energetici, assegni per il nucleo e maternità) è in grado di intercettare uno stato di bisogno rendendo estremamente importante che tale bisogno sia registrato correttamente e che, se necessario, attraverso lo sportello sociale dia avvio alla valutazione e alla successiva eventuale presa in carico. Lo sportello si traduce operativamente in molteplici punti fisici di accesso rivolti alla cittadinanza presenti su ciascun Comune dell'Unione al fine di rendere concreta la possibilità per i cittadini di utilizzare i servizi, con una particolare attenzione a chi, per difficoltà personali e sociali, non è in grado di spostarsi autonomamente in un territorio in cui la mobilità pubblica è estremamente ridotta. L'istituzione degli sportelli contribuisce inoltre a promuovere l'individuazione, in raccordo e collaborazione con il servizio di sostegno alla non autosufficienza, di percorsi assistenziali certi e modalità uniformi di presa in carico da parte dei servizi competenti all'interno della zona. Offrire al cittadino la garanzia di avere un luogo vicino dove reperire informazioni, dove vi sia la presenza di un operatore che con attenzione e motivazione lo "accompagni" alla conoscenza dei servizi cui può accedere, in relazione al bisogno espresso, costituisce una vera "porta" di accesso alla fruizione di questi servizi ed anche una garanzia di equità. Garantire un adeguato orario di apertura dei servizi (diretta o telefonica), tempestività nei tempi di risposta, l'adeguata assistenza nella comprensione e gestione degli iter burocratici; l'accoglienza, la disponibilità all'ascolto e all'eventuale invio ad un percorso consulenziale, l'eventuale accompagnamento nella rete dei servizi, permette ai cittadini di accedere al sistema secondo criteri di trasparenza ed equità. Questa garanzia è tanto più reale e solida quanto più lo sportello sociale si rende accessibile e diffuso attraverso sedi dislocate in luoghi prossimi alla comunità e quanto più i suoi operatori diventano riconoscibili e preparati per svolgere con continuità un ruolo fondamentale di promozione sociale.

Obiettivo da raggiungere nel prossimo triennio è l'unificazione sportello sociale e scolastico in un unico punto di accesso (**sportello welfare**) in grado di intercettare in maniera qualificata i bisogni, fornire una risposta personalizzata soprattutto in caso di bisogni complessi in particolare nei confronti delle famiglie con presenza di minori.

COMUNE	RESIDENTI	STRANIERI	STRANIERI%	FAMIGLIE	OVER 70	OVER70%	UNDER 18	%
Camposanto	3173	509	16,04%	1221	545	17,17%	597	18,81%
Cavezzo	7014	900	12,83%	2891	1338	19,07%	1203	17,15%
Concordia	8435	1155	13,69%	3502	1594	18,85%	1422	16,85%

Medolla	6286	599	9,52%	2694	973	15,47%	1115	17,73%
Mirandola	23547	3394	14,41%	10142	4157	17,65%	4047	17,18%
San Felice	10795	1464	13,56%	4497	1709	15,83%	1960	18,15%
San Possidonio	3560	562	15,78%	1442	640	17,97%	621	17,44%
San Prospero	5924	663	11,19%	2460	747	12,60%	1153	19,46%
Finale Emilia	15597	2075	13,30%	6620	2727	17,48%	2759	17,68%

### 5.5) Modello di *governance* realizzato a livello distrettuale

La realizzazione di modalità di intervento integrative e/o migliorative dell'offerta per garantire una maggiore fruibilità del sistema dei servizi attraverso la realizzazione di strategie collaborative permette di ampliare il contributo che il terzo settore è in grado di apportare nel contrasto fattivo alla povertà. Nella costruzione di questo rapporto tra gli attori del welfare occorre partire in primo luogo dal superamento delle difficoltà dei soggetti del terzo settore a costruire tra di loro connessioni solide e articolate e a ricomporre la loro eterogeneità di fondo in forme significative di rappresentanza, come pure la carenza di alcuni Comuni in termini di risorse conoscitive e competenze specifiche nel coinvolgimento di tali risorse nel fornire una modalità di risposta al bisogno. Allo stato attuale la collaborazione con il terzo settore avviene soprattutto in via informale, non istituzionalizzata, primariamente tra i funzionari e i tecnici degli enti locali e gli operatori del terzo settore e i cui risultati vengono ricomposti e restituiti agli organi politici sotto forma di proposte progettuali da parte degli stessi ruoli tecnici.

La presenza di una pluralità di associazioni contrassegnate da un diverso grado di strutturazione e da forti disparità circa il patrimonio di risorse (economiche, umane, di competenze) a disposizione implica una necessità di coordinamento e di confronto che permettano di superare la logica di intervento settoriale, e di favorire inoltre un approccio integrato, inteso come la strategia vincente per affrontare il bisogno, specie l'area delle cosiddette nuove povertà.

Formalizzare ed istituzionalizzare i rapporti mediante un riconoscimento formale (*protocollo di intesa*) permetterà di capitalizzare le esperienze dei soggetti del terzo settore che sul territorio da tempo sono un punto di ascolto, lettura del bisogno, indirizzo ai servizi competenti, una risposta ai bisogni: i centri di ascolto delle parrocchie e delle Caritas, i punti di distribuzione alimentari facenti riferimento al Banco alimentare /fondi Agea, la prossima costituzione di un emporio solidale, la presenza di una associazione che si occupa di accoglienza abitativa sia attraverso un centro di accoglienza a bassa soglia che di risposte abitative temporanee (Il Porto), gli oratori parrocchiali che forniscono un supporto educativo alle famiglie. Ciò per valorizzare le risorse del territorio nell'ottica della sussidiarietà orizzontale che si vuole distintiva del sistema.

Per poter passare da un sistema in cui la prevalenza è fornita da risposte di tipo assistenziale, formulate in chiave di riparazione, a interventi preventivi e promozionali mirati, in una visione pro-attiva, ad accompagnare, per quanto possibile, gli individui e le famiglie verso il conseguimento di una condizione di vita autonoma, richiede un frequente scambio informativo. Compito degli assistenti sociali territoriali impiegati nel Servizio in parola è quello di impiegare e combinare queste risorse, costruendo con i soggetti destinatari dell'intervento un progetto finalizzato al conseguimento dell'indipendenza economica e sociale. Ciò significa che, se di norma gli utenti accedono al servizio avanzando richieste di tipo economico, queste stesse richieste vengono trasformate nella costruzione di un percorso complessivo finalizzato alla ricostruzione dei legami o della rete di sostegno familiare e, più in generale, a intervenire sulle cause che hanno portato alla condizione di disagio e bisogno. Nel fare questo, trattandosi di adulti in età lavorativa,

viene prevista, come parte del piano personalizzato di accompagnamento, la possibilità di una attivazione sociale con conseguente assunzione di responsabilità e impegni.

## 5.6) Modello organizzativo per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'équipe multidisciplinare

Le équipe devono esprimere competenze in grado di gestire i diversi temi legati all'attivazione di soggetti in condizioni di povertà, per questo gli operatori che le compongono provengono da sistemi che non hanno una tradizione consolidata di dialogo in particolare per quanto attiene il Centro per l'impiego. La gestione dei progetti SIA/Res/Rel può quindi costituire un'occasione molto interessante per consolidare un nuovo approccio nella gestione dei servizi per l'attivazione dell'utenza fragile, attento ai bisogni delle persone, ma anche capace di mediare con le esigenze dell'azienda.

In merito al funzionamento dell'équipe si è ritenuto opportuno sperimentare un modello organizzativo di rete, articolato in due livelli:

1. Un Tavolo di coordinamento distrettuale composto dai referenti del Centro per l'Impiego (si prefigurano due referenti che esprimano competenze sia sulla parte fragilità e vulnerabilità, sia per la componente del collocamento mirato), dei servizi sanitari (che rappresentino il Servizio Dipendenze Patologiche, Area Fragili, Salute Mentale) e del Servizio Sociale Territoriale, coordinato da un referente dell'Ufficio di Piano, che avrà anche il compito di coordinamento organizzativo e amministrativo dei percorsi e i rapporti con i soggetti attuatori degli interventi. Il tavolo di coordinamento ha compiti programmatici, decisionali e di monitoraggio del budget del Piano Integrato Territoriale e delle azioni attivate dai diversi servizi e previste nei progetti personalizzati predisposti dal livello decentrato dell'équipe multiprofessionale. Il tavolo di coordinamento assume decisioni con un minimo di tre componenti, in rappresentanza dei tre livelli istituzionali: Unione, AUSL e Agenzia per il Lavoro (Centro per l'Impiego);
2. Un livello decentrato composto dagli operatori del CPI, del Servizio Sociale e del Servizio Sanitario sulla base delle situazioni che hanno richiesto una presa in carico integrata. Alle équipe multiprofessionali potranno partecipare altri operatori della rete dei servizi presenti sul territorio sulla base dei bisogni espressi e del progetto personalizzato da realizzare. Una volta accertata la condizione di fragilità e vulnerabilità della persona e raccolte le opportune informazioni, l'équipe predisporrà un programma personalizzato di interventi in coerenza con i bisogni, le conoscenze, le competenze e le propensioni delle persone in condizioni di fragilità, inserendovi le misure contenute nel Piano integrato e integrandole eventualmente con azioni/interventi finanziati da altri programmi nazionali, regionali o di ambito distrettuale. L'équipe multiprofessionale decentrata individuerà, di volta in volta, sulla base delle problematiche concernenti la persona interessata, un responsabile del programma personalizzato, il quale avrà anche il compito di presentare il programma al coordinatore del Tavolo di coordinamento per la sua validazione. Quale referente dell'équipe nei confronti degli interlocutori esterni, il responsabile del programma avrà il compito di tenere i contatti con la persona, con il soggetto attuatore degli interventi del presente Piano ed eventualmente con referenti di altre misure finanziate da altri progetti/programmi, con l'intento di garantire la continuità degli interventi e il rispetto del programma stesso. Rileverà e verificherà periodicamente i risultati ottenuti e le eventuali criticità, riportandoli all'équipe anche ai fini di una valutazione sulla eventuale ridefinizione del programma stesso. Il responsabile avrà il compito di presentare alla persona il programma personalizzato, informandola sugli interventi e sugli impegni che è tenuta ad assumere, secondo il meccanismo della condizionalità. Ne raccoglierà il consenso e la invierà al soggetto attuatore degli interventi del Piano.

Inoltre, è stato stabilito che il Tavolo di coordinamento sovrintenda in modo integrato ed unitario a tutti i percorsi di inserimento lavorativo nel territorio originati da progetti relativi a diverse linee di finanziamento (L.14, collocamento mirato FRD, SIA/REI, RES, e risorse proprie dell'AUSL o dell'Unione), che saranno gestiti



dall'équipe nello stesso modo. Si prevede che gli incontri del Tavolo di coordinamento, a regime, abbiano una cadenza mensile, anche se in fase iniziale potrebbe essere più ravvicinata a seconda dei casi da valutare, mentre è lasciata ai componenti dell'équipe decentrata la scansione temporale con cui effettuare la presa in carico integrata e la predisposizione del progetto personalizzato.

Richiesto ai componenti del tavolo, che saranno individuati con propri atti da parte dei servizi aderenti che, al termine del primo anno di sperimentazione del modello, siano state condivise e definite le procedure e le prassi operative del Tavolo di coordinamento e delle équipe multi professionali;

In analogia con l'équipe multidisciplinare prevista dalla L.R. 14/2015 rivolta a persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, viene prevista una presa in carico unitaria da parte degli operatori appartenenti ai servizi specificatamente coinvolti: un operatore del centro per l'impiego, l'assistente sociale responsabile del caso (area disagio o non autosufficienza a seconda dell'ambito prevalente), a cui aggiungere, a seconda del caso: un operatore dei servizi sanitari (qualora si tratti di persone seguite da Simap, Sert), un educatore Fil, un assistente sociale area minori.

Attualmente si svolgono tre équipe mensili per la L.14/15: due per le situazioni di fragilità e una con il collocamento mirato per gli utenti con invalidità civile e L.68/99.

## 5.7 Modalità e strumenti per la partecipazione e confronto con i soggetti del terzo settore

Promuovere processi partecipativi in grado di includere le realtà associative del terzo settore, operanti nell'assistenza, a stretto contatto con i bisogni dei cittadini, assume un ruolo fondamentale nella fase di programmazione delle politiche di welfare. La partecipazione e l'integrazione rappresentano un processo che coinvolge tanti attori, chiamati a interagire con le amministrazioni: il volontariato, le organizzazioni sindacali, le cooperative sociali, le fondazioni bancarie, in rappresentanza degli interessi dei cittadini da unirsi in una rete molto più complessa rispetto al passato.

Superare la settorializzazione delle risposte, favorire lo sviluppo dei servizi integrati, impedire la sovrapposizione di competenze, individuando nel livello distrettuale l'ambito di riferimento per lo sviluppo del welfare locale promuovendo processi partecipativi in grado di includere le tante realtà associative che si adoperano nell'ambito del sociale, rappresenta un obiettivo prioritario. Il terzo settore non gioca più un ruolo meramente esecutivo delle politiche decise a livello "alto", ma sono responsabilizzate esse stesse nella costruzione di reti di governo aperte all'interazione tra una platea più ampia di attori pubblici e privati, tanto nella fase di programmazione, quanto in quella di gestione vera e propria. Valorizzare la partecipazione della società civile – in un'ottica di sussidiarietà orizzontale – sia nell'individuazione dei bisogni espressi dalla collettività che nella formulazione di risposte, legittima la partecipazione delle formazioni sociali ad una programmazione congiunta fra enti pubblici e soggetti privati dello stesso territorio.

In questa ottica al mondo dell'associazionismo, della cooperazione sociale e delle organizzazioni sindacali viene formalmente riconosciuta rilevanza primaria nelle attività di progettazione sociale – nell'ambito di una prospettiva di co-programmazione che trova conferma con l'istituzione di un **Tavolo distrettuale permanente** (tavolo di co-progettazione) che partecipi non solo alle fasi di predisposizione e successiva adozione dei Piani di Zona ma anche all'attuazione delle misure di contrasto alla povertà acquistando il ruolo di attore del welfare locale. Non è solo organo strumentale, operativo, erogatore ma anche soggetto promotore e gestionale delle politiche sociali in grado di mobilitare e valorizzare le energie della società civile

L'istituzione del tavolo distrettuale, nominato dalla Giunta dell'Unione, è composto da:  
Assessore Uman ai servizi sociali con funzione di Presidente  
Assessori dei 9 Comuni del distretto (Conferenza degli assessori)

Rappresentanze sindacali  
Rappresentante delle cooperative sociali  
Rappresentante Caritas diocesana  
Rappresentante volontariato sociale  
Responsabile servizi sociali territoriali  
Responsabile sviluppo dell'integrazione e dell'autonomia sociale

Obiettivo del Tavolo distrettuale permanente è rivolto alla definizione di programmi di inclusione sociale in cui prevedere azioni di contrasto alla povertà mediante interventi di reinserimento sociale, abitativo e lavorativo attraverso l'individuazione di interventi sistemici ed integrati quanto più possibile centrati sulla persona.

5. 8 Scheda intervento di declinazione delle schede attuative del PSSR 22 (Misure a contrasto della povertà SIA/REI/RES) e 23 (Avvicinamento al lavoro persone fragili e vulnerabili LR14/15) da DGR 1423/2017.

## 22. Misure a contrasto della povertà

### Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto i 4 milioni e 598 mila di individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. Il SIA è stato una "misura ponte" che ha anticipato alcuni elementi essenziali della nuova misura varata con la Legge n°33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà", al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali», approvata in marzo 2017 ed entrata in vigore a dicembre 2017 con l'introduzione del Reddito di inclusione-REI, che ha sostituito il SIA. La Regione Emilia-Romagna ha rafforzato le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo con la legge n. 24/2016 "Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale, per dare avvio al Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica in ottica universalista, infatti possono accedervi tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale.
<b>Descrizione</b>	1) Abbiamo presentato domanda di accesso ai finanziamenti PON - avviso 3, e sottoscritto la convenzione di sovvenzione con il ministero l'8 settembre 2016 per un finanziamento di euro 199.574 destinato all'assunzione tramite agenzia interinale di due assistenti sociali per affiancare la rete degli operatori sociali, del lavoro e della sanità nella gestione dell'accoglienza degli richiedenti, per la progettazione degli interventi, il monitoraggio e la verifica dell'andamento dei progetti. Hanno preso servizio nel mese di dicembre 2016 con previsione di attività fino al termine del progetto previsto per il 31.12.2019, 2) è stata nominata l'équipe distrettuale composta dalle figure professionali indicate dai servizi sociali, sanitari e del lavoro che si compone sul singolo caso da chi ne ha la presa in carico, ad eccezione del referente del centro per l'impiego, sempre presente. L'équipe ha un livello di "governo" del processo costituito dal responsabile del Servizio integrazione ed autonomia sociale dell'Unione, dal rappresentante del centro per l'impiego e dell'AUSL di Modena che periodicamente si confrontano per monitorare l'andamento e dare indicazioni agli operatori sul

campo. Il Sostegno all'inclusione attiva prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizioni disagiate (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nelle quali almeno un componente sia minorenne oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Dal mese di settembre 2016 i servizi sociali dei comuni hanno iniziato a raccogliere le domande di cittadini in possesso dei requisiti per accedere al SIA e sono attualmente impegnati nella presa in carico integrata. L'approvazione della LR 24/2016 che istituisce il Reddito di Solidarietà per la Regione Emilia-Romagna permetterà l'allargamento della platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro. L'attuazione della misura regionale RES si configura in maniera strettamente integrata con l'attuazione del REI in quanto prevede le medesime modalità di accesso e di presa in carico integrata.

3) Nell'ambito distrettuale di Mirandola l'attività legata al SIA è stata la seguente:

COMUNE	N. DOMANDE PERVENUTE	N. VALUTATE IDONEE COMUNE E TRASMESSE INPS	di cui ACCOLTE INPS	di cui RESPINTE INPS	N. BENEFICIARI DECADUTI	per inadempienza	per mancata sottoscrizione	altro	% media di progetti fatti da AS su beneficiari (es: tutti i nuclei hanno avuto progetto? SI=100%)
CAMPOSANTO	15	10	4	6	0				100%
CAVEZZO	9	9	4	5	0				100%
CONCORDIA	26	26	15	11	0				100%
FINALE EMILIA	106	106	29	77	10	0	1	9	100%
MEDOLLA	27	19	10	9	0				100%
MIRANDOLA	62	59	15	44	4	0	4	0	100%
SAN FELICE *)	79	76	29	47	13	0	1	12	97%
SAN POSSIDONIO	3	3	2	1	0				100%
SAN PROSPERO	14	13	4	9	2			2	50%
TOTALE	341	321	112	209	29	0	6	23	

\*) 4: DSU NOTFOUND, 4: AUMENTO REDDITI/ISEE, 1: SUBENTRO NASPI, 3: ALTRO

Poiché il REI modifica i parametri di ammissione al contributo ci aspettiamo almeno un raddoppio delle domande di contributo. Ci aspettiamo anche una migliore efficienza tra domande presentate, valutate idonee e accolte INPS, data l'esperienza acquisita da parte degli operatori e dei richiedenti e la migliore informazione sui meccanismi di funzionamento della misura. Come si vede, invece, lo scarto tra gli ammessi e i decaduti è relativamente basso a significare che i progetti sono stati seguiti con cura.

#### Destinatari

Per il SIA i beneficiari sono i nuclei familiari con presenza di almeno un componente minorenne o di un figlio disabile, ovvero di una donna in stato di gravidanza accertata e con ISEE inferiore o uguale a 3000 euro. L'approvazione del REI attivo dal 1 luglio 2018 permette l'estensione della platea dei beneficiari fino a 6000 euro di ISEE; per il RES i beneficiari sono tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi

	<p>con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro; per la Legge Regionale 14/15 i beneficiari individuati sono individui “fragili” così come definiti dallo strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità denominato “Indice di fragilità” (DGR 191/2016).</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con ANCI ER, dovrà supportare e coordinare i Comuni al fine di facilitare l’avvio del Reddito di Solidarietà su tutto il territorio regionale, garantendo il necessario coordinamento con l’attuazione del SIA/REI, da un lato, e dall’altro con l’attuazione della legge regionale 14/15 “Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari” che prevede di promuovere e sostenere l’inserimento lavorativo, l’inclusione sociale e l’autonomia delle persone fragili e vulnerabili e che pertanto rappresenta l’infrastruttura delle misure di politica attiva del lavoro attivabili, se possibile ed opportuno, per promuovere il reinserimento delle persone beneficiarie del RES e del SIA/REI.</p> <p>L’attuazione congiunta di queste 3 misure (SIA/REI, RES e LR 14/15), dovrebbe consentire di potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori e delle organizzazioni per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi. L’obiettivo è migliorare le competenze, potenziare le capacità e favorire l’occupabilità dei soggetti coinvolti; fornire loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare gradualmente il benessere e l’autonomia.</p> <p>A livello territoriale i Comuni e gli ambiti distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia, dovranno garantire interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio. Alle possibilità concrete di rafforzare e qualificare l’organico attraverso la partecipazione ai bandi PON, va data continuità con la quota vincolata per i servizi d’inclusione sociale, parte della dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale (REI).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riorganizzazione delle procedure di condivisione tra gli assistenti sociali del SST afferenti ai diversi ambiti per trovare modalità di presa in carico congiunta delle famiglie beneficiarie degli interventi economici ( es: area minori per progetti di supporto educativo, area non autosufficienza per supporto a eventuali carichi di cura )</li> <li>- potenziamento dell’ascolto, accoglienza orientamento e avvio delle pratiche tramite acquisizione di 3 Assistenti sociali a tempo determinato negli sportelli sociali;</li> <li>- costituzione TAVOLO distrettuale di concertazione con i soggetti del terzo settore e delle imprese per individuazione strategie comuni di contrasto alla povertà, per accrescimento di nuove opportunità da offrire nei progetti di individualizzati alle persone che ricevono i benefici economici . (OBIETTIVO PREVISTO ANCHE NEL PATTO PER LO SVILUPPO DELL’AREA NORD)</li> <li>- co-progettare con organizzazione di volontariato o sostenere loro progettazioni volte all’inserimento dei beneficiari dei contributi in attività di volontariato per accrescere la loro responsabilizzazione sociale e come veicolo per opportunità di inclusione sociale</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politi che integrate collegate</b>	politiche del lavoro, politiche sanitarie,
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	centro per l'impiego, Servizio dipendenze patologiche e salute mentale dell'AUSL - distretto di Mirandola
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Simona Busani - Responsabile servizio Integrazione e autonomia sociale 0535/29659 simona.busani@unioneareanord.mo.it</p> <p>Emanuela Sitta - Responsabile servizio sociale territoriale emanuela.sitta@unioneareanord.mo.it 0535/86320</p>

<b>Risorse non finanziarie</b>	educatori del servizio di inserimento lavorativo, assistenti sociali, soggetti del terzo settore
--------------------------------	--

---

**Totale preventivo 2018: € 504.525,00**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **96.809,95 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **222.183,05 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **85.532,00 €**
- Altri soggetti privati (*Fondazione Cassa di Risparmio di Mirandola*): **100.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## 23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili - L.R. 14/2015

### Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COMUNI MODENESI AREA NORD</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine non ha fatto altro che aumentare il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.</p> <p>La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."</p> <p>Questa legge scommette su alcuni punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza;</li> <li>la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione tempo-ranea che può essere superata;</li> <li>il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.</li> </ul> <p>Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;</li> <li>2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.</li> </ol>
<b>Descrizione</b>	<p>1) si è data attuazione al piano integrato territoriale sperimentale 2016-2017 ancora in corso di attuazione e la cui conclusione è prevista per settembre 2018.</p>

	<p>2) Secondo le indicazioni regionali è stato presentato il Piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano, coordinato o integrato con il piano di zona, viene approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza.</p> <p>3) contestualmente è stato predisposto il programma annuale di attuazione distrettuale 2018 che definisce in modo specifico l'utilizzo delle risorse in funzione delle diverse tipologie di intervento.</p> <p>A seguito della programmazione avviene da parte dell'équipe multi professionale la presa in carico integrata. Non si è creato un nuovo modello organizzativo ma si utilizza la stessa organizzazione prevista per la gestione del SIA/REI/RES, con un livello di governo rappresentato dai referenti distrettuali dei tre enti istituzionali (Unione, AUSL e centro per l'Impiego) mentre l'équipe operativa si compone sul caso con la presenza dell'incaricato del centro per l'impiego a cui eventualmente si aggiunge un operatore del collocamento mirato in caso di disabilità, dall'assistente sociale referente del caso e, al bisogno, dal referente della salute mentale /dipendenze patologiche o delle cure primarie che ha in carico l'utente. In funzione di consulente esperto partecipa anche un dipendente dell'Unione del servizio di integrazione lavorativa. L'équipe così composta, assieme alla persona, effettua l'analisi della situazione e predispone il programma personalizzato. Il programma personalizzato è finalizzato all'inserimento lavorativo e all'inclusione, si basa sulle risorse, competenze, bisogni e propensioni della persona e sui sostegni che si ritengono necessari per ricostruire le condizioni atte a superare o ridurre in modo significativo le fragilità.</p> <p>Gli interventi che compongono il programma sono quelli offerti dai soggetti istituzionali e dagli altri soggetti coinvolti secondo i programmi di attuazione annuali supportati da risorse e sostegni di rete. Il programma viene sottoscritto in forma di patto come assunzione degli impegni da parte dei servizi e della persona per la quale è formulato. Ogni programma è affidato ad un responsabile individuato all'interno dell'équipe.</p> <p>L'attività svolta fino al 30 aprile 2018, con risorse del Piano Integrato Territoriale sperimentale 2016/2017, è la seguente:</p> <table> <tr> <td>Utenti richiedenti</td><td>136</td></tr> <tr> <td>utenti con percorso attivo</td><td>84</td></tr> <tr> <td>Tirocini tipo c</td><td>12</td></tr> <tr> <td>Tirocini tipo d</td><td>33</td></tr> <tr> <td>Accompagnamento al lavoro</td><td>8</td></tr> <tr> <td>Corsi a qualifica attivati</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Utenti coinvolti nei corsi</td><td>26</td></tr> </table> <p>A completamento degli interventi promossi tramite la L.14 e degli interventi del collocamento mirato finanziati dal FRD, l'Unione tramite il proprio Servizio di Inserimento Lavorativo attiva ulteriori percorsi di tirocinio formativo su utenti che non soddisfano i parametri per l'accesso alla L.14, ma che necessitano di sperimentare percorsi di autonomia, per circa 50 persone. La progettazione degli interventi avviene con le stesse modalità utilizzate per i percorsi con L. 14. Molti di questi progetti riguardano persone in carico ai servizi dipendenze patologiche e psichiatria e per garantire i quali a marzo 2018 è stata sottoscritta una convenzione tra il servizio Integrazione ed autonomia sociale dell'Unione dei comuni e il Dipartimento Salute mentale Azienda USL - distretto di Mirandola e finanziati da risorse proprie dell'Unione, dell'AUSL e sostenuti dalla Fondazione Cassa di Risparmio</p>	Utenti richiedenti	136	utenti con percorso attivo	84	Tirocini tipo c	12	Tirocini tipo d	33	Accompagnamento al lavoro	8	Corsi a qualifica attivati	2	Utenti coinvolti nei corsi	26
Utenti richiedenti	136														
utenti con percorso attivo	84														
Tirocini tipo c	12														
Tirocini tipo d	33														
Accompagnamento al lavoro	8														
Corsi a qualifica attivati	2														
Utenti coinvolti nei corsi	26														
<b>Destinatari</b>	<p>- I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti, che possono accedere alla legge 14 indifferentemente da qualunque servizio sociale, sociosanitario o del lavoro.</p> <p>- I cittadini in carico alla salute mentale e al servizio disabili che non rientrano nella legge 14, ma ne sono poco distanti</p>														



<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri periodici con associazioni di categoria del territorio per facilitare l'inserimento dei beneficiari e creare una rete di supporto per l'incrocio domanda-offerta;</li> <li>- Definizione delle modalità operative dell'equipe e di rapporto con l'ente gestore;</li> <li>- Verifica dell'attuazione del piano integrato dopo il primo anno di sperimentazione, e successiva rimodulazione dei bisogni e modalità di intervento;</li> <li>- Formazione e aggiornamento degli operatori in percorsi regionali o locali, anche su argomenti trasversali ( isee, permessi di soggiorno ecc.);</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi, ente gestore e di formazione, con il terzo settore e la comunità nel suo insieme per dare attuazione a quanto previsto dalla normativa. Connessione ed interazione con gli operatori incaricati della gestione del reddito di inclusione ( REI) e del reddito di solidarietà (RES). Protocollo con AUSL per 15 tirocinanti che non rientrano nei parametri definiti per l'attivazione di inserimenti lavorativi
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	UCMAN Comuni del Distretto Ausl Centro per l'Impiego e collocamento mirato Ente gestore Enti di formazione del territorio Terzo settore Imprese locali Associazioni di categoria
<b>Referenti dell'intervento</b>	Simona Busani responsabile servizio Integrazione e autonomia sociale simona.busani@unioneareanord.mo.it 0535/29659
<b>Risorse non finanziarie</b>	soggetti del terzo settore

---

**Totale preventivo 2018: € 523.886,20**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **50.000,00 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **344.442,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **34.444,20 €**
- AUSL (5.000 quota per prestazioni riabilitative L.14; 40.000 per tirocini formativi): **45.000,00 €**
- Altri soggetti privati (Fondazione Cassa di risparmio): **50.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 5**

---

**1°: incontri équipe**

**Descrizione:** numero con presenza collocamento mirato

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 6 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 12
- **Obiettivo 2019:** 11
- **Obiettivo 2020:** 10

## **2°: incontri équipe**

**Descrizione:** numero per soggetti fragili

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 9 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 24
- **Obiettivo 2019:** 22
- **Obiettivo 2020:** 20

## **3°: numero tirocini**

**Descrizione:** numero progetti disabili fuori L.14

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 50 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 50
- **Obiettivo 2019:** 50
- **Obiettivo 2020:** 50

## **4°: numero tirocini**

**Descrizione:** numero progetti salute mentale fuori L.14

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 12
- **Obiettivo 2019:** 15
- **Obiettivo 2020:** 15

## **5°: progetti accompagnamento al lavoro**

**Descrizione:** numero progetti gestiti dal ACSV

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 0 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 5
- **Obiettivo 2019:** 8
- **Obiettivo 2020:** 2



## 6. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO

### 6.1 Un nuovo processo per il piano Socio-sanitario zonale (2018-2020) del distretto di Mirandola

Con la DGR 897/2016 la regione ha ritenuto opportuno prorogare la durata dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale 2009-2015 di un ulteriore anno, in attesa dell'approvazione del nuovo piano sociale e sanitario regionale in fase di predisposizione.

Nel nostro territorio, pur avendo la regione posticipato l'elaborazione del nuovo piano di zona al 2017, **gli amministratori hanno ritenuto necessario anticipare il processo di elaborazione del nuovo documento di programmazione**, anche in assenza dei riferimenti regionali, convinti della necessità di riprendere l'analisi delle problematiche del territorio, di ridefinire le priorità dei bisogni della popolazione, di alzare lo sguardo al futuro, dopo una stagione di gestione dell'emergenza post-sisma che ha pesantemente condizionato il pensiero e le azioni amministrative. L'intersecarsi del **terremoto e della crisi economica** non rendeva chiara la causa dell'inasprirsi dei problemi della popolazione e confondeva gli strumenti di azione. Era necessario distinguere tra i problemi e i disagi che derivavano dal sisma e i problemi e i disagi che derivavano dalla perdurante crisi economica che il sisma aveva certamente ampliato. Gli obiettivi della programmazione sociale e sanitaria elaborati nel 2009 non erano più in grado di essere guida dell'azione amministrativa e operativa. Era necessario anche ridefinire obiettivi, approcci e strumenti del lavoro sociale.

Per dare avvio al percorso di programmazione del nuovo piano sociale e sanitario, l'Unione si è dotata del supporto di una società di consulenza. La ricerca ha portato all'identificazione dell'Istituto Regionale Emiliano-Romagnolo per i Servizi Sociali e Sanitari, la ricerca applicata e la formazione, Soc.Coop., con sede in Via Oberdan 29, 40126 Bologna, esperti in strumenti di programmazione sociosanitaria, con il compito di:

- *Favorire l'elaborazione di un Piano di Zona articolato in obiettivi ed azioni coerenti con i bisogni e la domanda dell'utenza e realisticamente realizzabili in rapporto alle risorse disponibili ed alla capacità/potenzialità dei servizi prestati nel territorio.*
- *Sviluppare una condivisione (sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione) fra i diversi attori istituzionali interessati e con i soggetti sociali chiamati a partecipare alla pianificazione sociale allo scopo di creare un impianto unitario declinato per obiettivi e strategie conforme alle caratteristiche e ai bisogni sociali del territorio.*
- *Sviluppare ed affinare capacità e metodo di pianificazione territoriale integrata volta all'elaborazione del principale strumento di programmazione triennale.*

I.R.E.S.S. ha iniziato ad analizzare tutto il materiale di documentazione relativo alle precedenti 'tornate' programmatiche (a partire dal Piano di zona 2009-2011), comprensiva della 'documentazione grigia' prodotta in preparazione dei Piani attuativi (verbali dei vari tavoli), che ha portato alle seguenti osservazioni:

**a)** Il Distretto ha preso sul serio la programmazione sociale, da cui un ingente investimento soprattutto nella costruzione del PdZ 2009/2011, anche utilizzando le competenze di una società di consulenza. I successivi Piani sono comunque attenti a seguire le indicazioni della Regione e chiari nell'impostazione.

Dalla documentazione inviata emergono due diverse fasi programmatiche:

- una prima fase pre-sisma (2009/2011) caratterizzata da un **investimento importante sia sui processi programmatici** (governo, partecipazione, rapporto tecnico-politico, rapporto Amministrazioni locali e comunità), che sui contenuti. Si è curata molta la partecipazione: nel 2009 si sono coinvolte circa 130 persone, tra tecnici dei servizi pubblici (comuni, asl, scuola) e referenti del terzo settore.
- una seconda fase post-sisma (dal 2013) caratterizzata da una programmazione in continuità e 'in economia'. Si tratta di scelte analoghe a quelle fatte in altri contesti, solo parzialmente collegabili alle difficoltà del periodo post-sisma.

Queste due 'stagioni' programmatiche sembrano legarsi anche a due scelte di governance diverse: nella prima fase una governance estesa ai servizi pubblici e alle organizzazioni del territorio; una seconda fase (dal 2013) più tesa all'integrazione interna, alla rete dei servizi. C'è stato meno investimento sul coinvolgimento ai tavoli dei cittadini e delle loro organizzazioni...

In mezzo c'è il terremoto che ha certamente rappresentato un cambio di prospettiva e di modo di lavorare. Si sono ricordati i video che mostravano le assistenti sociali nel loro lavoro nei campi dei terremotati. Un cambiamento nel lavoro sociale illustrato anche in una indagine svolta dall'Iress, per conto di *Save the children* su *"L'impatto del sisma sui diritti dei bambini dell'Emilia"....*

**b)** L'esame del materiale di documentazione testimonia come il mirandolese sia un **territorio 'abituato' a riflettere su di sé**. A causa del terremoto (ed anche per l'applicazione delle leggi di riordino istituzionale) è stato più volte necessario ripensarsi come servizi e come amministratori locali, sul fronte degli assetti istituzionali e organizzativi, sul fronte delle funzioni e dei ruoli degli operatori nei servizi e dei servizi stessi. Vi è stata la necessità di 'ridefinirsi', di 'rileggersi'. È stato attivato un percorso rivolto a tutti gli operatori sociali dei nove comuni dal titolo **"Attuazione di azioni di sostegno nella fase del post-sisma rivolte ai gruppi operativi dei Comuni e dell'Unione dedicati all'assistenza alla popolazione"** attraverso gruppi di lavoro articolati in una prima fase di riflessione sull'unità operativa di appartenenza e in una seconda fase ricomposti sul ruolo ricoperto (assistenti sociali, operatori di sportello, amministrativi, responsabili di servizio), con l'obiettivo di:

1. Costituire un *punto unico di sviluppo, coordinamento e monitoraggio* di tutti gli interventi di sostegno al benessere degli operatori (*"investire"*)
2. Dare uno *spazio ed un senso alla storia e ai vissuti* degli operatori nelle varie fasi dell'emergenza (*"prendersi cura"*)
3. *Costruire e condividere un post-emergenza* della persona e dell'organizzazione, dell'*identità personale e professionale* (*"promuovere"*)

**c)** Un distretto di medie-piccole dimensioni come numero di comuni, con un **assetto abbastanza omogeneo e compatto** (un solo ambito ottimale come da definizione normativa, una unione di comune presente da circa dieci anni e prima ancora di un'associazione di comuni. Tutti i comuni aderiscono all'Unione, processo già avviato di conferimento di ulteriori servizi e funzioni).

Certo sono molte le trasformazioni che hanno coinvolto il distretto negli ultimi anni: dal ritiro delle deleghe all'Ausl, all'Istituzione dell'Asp unica, ecc.

Nel Piano Attuativo 2015 si ripropone un **rilancio dell'Unione** che prevede il conferimento di ulteriori servizi e funzioni (servizi sociali, servizi scolastici, politiche giovanili, servizio gare e appalti, servizi demografici e statistici, servizio ambiente, servizio per la ricerca di finanziamenti).

## 6.2 Il metodo di lavoro. L'attenzione all'integrazione e alla partecipazione

A febbraio 2016 ha avuto inizio il percorso.

### Cabina di regia integrata

Come detto, a febbraio 2016 è stato individuato un gruppo di lavoro composto da tecnici di area sociale e sanitaria, chiamato cabina di regia, composta dall'Ufficio di Piano allargato ai responsabili di servizio sociale dei comuni, dal direttore del Distretto, dai responsabili dei servizi sanitari territoriali e da un referente per ciascuna delle tre aree della salute mentale (NPI, CSM, Sert), con il compito di guidare il percorso, selezionare gli argomenti e stabilire i tempi e modi del percorso. La cabina di regia in un confronto al proprio interno, ha individuato tre aree prevalenti di analisi e ricerca:

1. Fragilità Familiare e problematiche dell'adolescenza
2. Non autosufficienza
3. Povertà e vulnerabilità sociale

### Gruppi ascolto e confronto:

Per ognuna delle tre tematiche sopra riportate, tra marzo e maggio 2016, sono stati organizzati incontri allargati a testimoni significativi sul tema, funzionari ed operatori di vari servizi e istituzioni (es: servizi educativi e scuola). Le riflessioni sono state raccolte in documenti la cui sintesi è stata sottoposta agli amministratori in **un primo incontro avvenuto l'8 giugno 2016**, dal quale è emerso che i problemi prevalenti dei cittadini derivano dal **terremoto e dalla crisi economica**. L'intersecarsi di queste due grosse cause non rende di immediata lettura quale delle due determina l'inasprirsi dei problemi causati dall'altra. Si è tentato perciò di distinguere tra i problemi e i disagi che derivano dal sisma e i problemi e i disagi che derivano dalla perdurante crisi economica che il sisma ha però certamente ampliato.

#### Gruppi di lavoro:

Le riflessioni emerse nel confronto allargato hanno consentito di precisare i temi prioritari e costituito il primo "semilavorato" su cui chiamare al confronto una cerchia ancora più larga di soggetti. Sono stati invitati ai tavoli di lavoro operatori sociali e sanitari, i gestori dei servizi, rappresentanti del terzo settore e della società civile. A settembre 2016 sono stati istituiti tre gruppi di lavoro con il compito di portare a termine l'attività entro la fine dell'anno, ciascuno dei quali coordinati da due componenti della cabina di regia, uno di area sociale e uno di area sanitaria, per assicurare l'elaborazione integrata dei temi. Gli operatori individuati per la gestione dei gruppi di lavoro si sono preparati al compito affrontando un piccolo corso formativo sulla gestione dei gruppi organizzato e diretto dai consulenti di IRESS, che ha fornito strumenti- guida riassunti di seguito:

#### **Processo di programmazione partecipata: elementi di metodo per i Coordinatori dei gruppi di lavoro**

Tutto il processo di programmazione partecipata per la definizione del Piano di zona triennale si articola su DUE LIVELLI:

#### **A) Livello macro (distrettuale), ossia l'impostazione complessiva del percorso**

**programmatorio** – in altre parole la governance. Gli elementi da definire e presidiare all'interno della cabina di regia e in accordo con gli amministratori locali (comitato di distretto) sono:

1- QUALI GRUPPI DI LAVORO - quali obiettivi, quali contenuti.

2 - QUALI SOGGETTI COINVOLGERE, COME EFFETTUARE L'INGAGGIO– nei gruppi di lavoro, nelle plenarie e con quali compiti, come effettuare l'ingaggio

3 - QUALI TEMPI – avvio e fine del processo programmatorio, n. incontri dei gruppi di lavoro, plenarie

4 - QUALE MONITORAGGIO E VALUTAZIONE – su quali aspetti centrare l'analisi valutativa (es. partecipazione, efficacia dei gruppi di lavoro, etc...).

ATTENZIONE - Rispetto ai tempi ipotizzati e all'obiettivo dei gruppi di lavoro, in particolare alla possibilità di co-progettare...ricordiamo che questo obiettivo deve essere perseguito IN TUTTO IL PERCORSO PROGRAMMATARIO e OLTRE, cioè al di fuori dei gruppi finalizzati alla programmazione. Le collaborazioni pratico-operative si sviluppano anche nell'operatività quotidiana e possono portare a consolidare fiducia e corresponsabilità.

#### **1. LA DEFINIZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO E DEI SOTTOGRUPPI**

**1. GRUPPO FAMIGLIE E MINORI** – Individuati tre sottogruppi: 1) fragilità educative; 2) problemi sanitari e devianza giovanile; 3) fragilità famigliare.

**2. GRUPPO NON AUTOSUFFICIENZA** – Individuati tre sottogruppi (si fa riferimento alle politiche indicate nel piano di zona regionale):

- a politiche per domiciliarità e prossimità;
- b+d politiche per disuguaglianza e integrazione socio lavorativa;
- c politiche per prevenzione e promozione del benessere sociale.

**3. GRUPPO POVERTÀ** – da definire i sottogruppi. Nell'incontro del 14/09 sono emerse tre ipotesi:

**PRIMA IPOTESI** → si prevedono tre sottogruppi sulle 'classiche' aree tematiche: 1) casa; 2) lavoro; 3) povertà economica (es. beni di prima necessità, emergenza,...)

**SECONDA IPOTESI** → Si individuano due sottogruppi utilizzando un linguaggio più 'nuovo': 1) povertà economica; 2) fragilità e vulnerabilità (es. comportamenti a rischio, problemi dell'alimentazione, etc....)

**TERZA IPOTESI** → Si individuano due sottogruppi su aree di lavoro dei servizi questioni : 1) Inclusione socio-lavorativa (disabili ma non solo); 2) politiche abitative

Da definire inoltre come trattare le questioni 'culturali' (riguardanti la percezione della povertà, i rapporti tra culture, gli stili di vita e di consumo etc...): in modo trasversale in tutti i sottogruppi, oppure in un sottogruppo specifico.

Infine, si è definito di trattare in maniera trasversale, quindi in tutti i sottogruppi, le difficoltà dei servizi. I tre coordinatori del gruppo povertà si incontrano il 28 settembre.

## 2. QUALI SOGGETTI COINVOLGERE E COME EFFETTUARE L'INGAGGIO

- **SOGGETTI DA INVITARE IN PLENARIA**: sicuramente le rappresentanze istituzionali e formali, sia del pubblico che del privato sociale. Alla plenaria si inviteranno anche i partecipanti a tre gruppi di lavoro.

- **SOGGETTI DA INVITARE NEI GRUPPI DI LAVORO**: si parte dall'elenco già utilizzato nei precedenti piani di zona. Si procede: attualizzando i partecipanti e integrando i nominativi delle persone e delle organizzazioni presenti, soprattutto per quanto riguarda le risorse della comunità.

Strumenti: si concorda di predisporre una lettera. Le modalità di invito andranno valutate in base al soggetto da invitare (mail, vis a vis, telefonata...). Nel caso di realtà non conosciute direttamente dai servizi sociali (es. le parrocchie o le società sportive presenti nel distretto, associazioni o gruppi di cittadini) si può procedere 'a valanga' o a 'catena': si invita chi si conosce e si chiede a questa persona di estendere l'invito ad altri a suo avviso interessati al tema e a partecipare...

3. QUALI TEMPI: avvio e fine del processo programmatico, n. incontri dei gruppi di lavoro, plenarie

CALENDARIO	INCONTRI	CONTENUTI
<i>Entro fine settembre</i>	<i>I coordinatori dei gruppi definiscono i contenuti da presentare ai gruppi nel primo incontro</i>	
<i>3/10 alle ore 18.00</i>	<i>Incontro cabina di regia, Iress e politici</i>	<i>Oggetto: definire la data della plenaria secondo le due ipotesi riportate nella tabella sotto (19/10 oppure 9/11), individuare i partecipanti, definire i contenuti della plenaria e gli interventi (regole della governante, organizzazione dei gruppi di lavoro, il patto)</i>
<i>19/10 oppure 9/11</i>	<i>Plenaria – AVVIO DEL PERCORSO DI</i>	<i>Oggetto: presentare tutto il percorso,</i>

	PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA	definire un patto. NON si prevede l'illustrazione dei problemi, ossia i contenuti specifici sui quali lavoreranno i tre gruppi-
Dopo la plenaria	Avvio incontri dei tre gruppi di lavoro e dei sottogruppi	
Dicembre/gennaio	Gruppi di lavoro e sottogruppi effettuano i loro quarto incontro	
Gennaio 2017	Incontro con i politici.	Oggetto: dare conto dei temi emersi nei tre gruppi di lavoro e definire delle priorità sulle quali dare mandato ai gruppi di lavoro di co-progettare.
Febbraio-marzo 2017	Incontri gruppi di lavoro	Oggetto: co-progettazione
Marzo-aprile	Fine del percorso (plenaria finale)	L'ufficio di piano rielabora i contenuti emersi e predispone il Piano di zona triennale.

4. QUALE MONITORAGGIO E VALUTAZIONE – da definire.
--



B) Livello micro (gruppi di lavoro)		
I coordinatori di ciascun gruppo di lavoro dovranno porre attenzione alla preparazione/cura delle seguenti tre fasi:		
PRIMA DELL'INCONTRO	DURANTE L'INCONTRO	IL POST INCONTRO
...FASE A – chi fa che cosa e con quali strumenti	...FASE B - chi fa che cosa e con quali strumenti	...FASE C - chi fa che cosa e con quali strumenti
<p>Elementi da presidiare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'INGAGGIO: cercare di allargare la platea dei partecipanti oltre 'i soliti noti', ri-definire il luogo dell'incontro, attenzione all'orario.</li> <li>2. la comunicazione dell'incontro (data, orario di inizio e di fine, odg incontro)</li> <li>3. la preparazione dei contenuti e degli strumenti dell'incontro</li> <li>4. la definizione di compiti/ruoli dei due coordinatori durante l'incontro</li> </ol>	<p>Elementi da presidiare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la comunicazione efficace dei contenuti e obiettivo dell'incontro</li> <li>2. la gestione delle dinamiche del gruppo</li> <li>3. L'organizzazione e l'appropriatezza degli strumenti da utilizzare: fogli firma, cartelloni, schemi per il confronto</li> <li>4. la documentazione dei contenuti emersi e delle decisioni assunte</li> </ol>	<p>Elementi da presidiare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la stesura della documentazione (verbale dei contenuti trattati e delle decisioni assunte)</li> <li>2. la comunicazione e il raccordo tra gruppi di lavoro e ufficio di piano</li> <li>3. la partecipazione 'mancata o debole' (contattare chi non ha partecipato, contattare altre persone da coinvolgere...)</li> </ol>
<p><u>fase 1 . PROPOSTA DI STRUTTURAZIONE DEL PRIMO INCONTRO DEI GRUPPI DI LAVORO</u></p> <p>Durata dell'incontro: 2 ore  N. previsto di partecipanti: mediamente una ventina di persona  Luogo dell'incontro: da definire.</p> <p>Compiti dei due coordinatori – si propongono tre ipotesi: a) entrambi co-conducono; b) si alternano nella conduzione del gruppo; c) uno conduce e l'altro documenta e osserva le dinamiche del gruppo.</p> <p><b>FASE A. Avvio dell'incontro</b> ⌚⇒10 min. I coordinatori del gruppo si presentano e a seguire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riprendono il patto con i partecipanti già definito nella plenaria (<i>in estrema sintesi</i>: si tratta di esplicitare le motivazioni di un processo programmatico partecipato e la necessità di costruire responsabilità diffuse in tema di welfare, riprendendo i contenuti della plenaria)</li> <li>- illustrano le tappe del processo programmatico (ossia la governance)</li> <li>- specificano l'obiettivo del primo incontro, ossia conoscenza dei partecipanti al gruppo, prima presentazione delle elaborazioni dei problemi a cura dei servizi, definizione dei sottogruppi</li> </ul> <p>➡ <b>STRUMENTO A1:</b> consegna di uno schema del processo di programmazione a livello distrettuale (la governance)</p>		

<b>Fase B. Presentazione dei partecipanti al gruppo</b>	🕒⇒10-30 min.
2 possibili opzioni (B1 e B2)	
B1: breve ‘giro di tavolo’ con presentazione sintetica (in questo caso, vanno esaminate prima dai coordinatori le schede fatte compilare precedentemente*) – <i>5-10 minuti</i>	
B2: I coordinatori invitano i presenti a presentarsi (brevemente).	

Elenco degli invitati	Indicare la presenza all’incontro riportando il nome della persona presente	Attività dell’organizzazione (oppure della persona nel caso di cittadino)
...		
...		
...		

➡STRUMENTO: su un cartellone si riporta il seguente schema

Al termine della presentazione il coordinatore domanda: CHI MANCA? Attenzione: una scheda di presentazione\* delle realtà del territorio sarà già stata consegnata durante la plenaria

### C1. Presentazione dei problemi

🕒⇒30 min.

I coordinatori illustrano i problemi elaborati nelle cabine di regia allargate e il loro riaccorpamento. Si presenta una selezione dei problemi e dei servizi/interventi.

➡STRUMENTI: C1 – slides sui problemi e sul loro riaccorpamento da consegnare in mano alle persone

Dopo la presentazione dei problemi si prevedono eventuali domande di chiarimento. Attenzione alla chiarezza dei contenuti e all’uso dei tecnicismi o delle sigle.

### C2. Confronto su temi/problemi per formazione sottogruppi

🕒⇒50 min.

Si propone di raccogliere il punto di vista dei presenti attraverso lo strumento C2. Tale strumento dovrebbe consentire di far posizionare i partecipanti nei 2-3 sottogruppi e, al contempo, di far loro esprimere l’interesse per quel tema/problema e il contributo che possono fornire.

➡STRUMENTI: C2 – cartellone nel quale si indicano i partecipanti e i tre sottogruppi tematici.

Si chiede ad ogni partecipante di esprimere a quale sottogruppo è interessato a partecipare, quale sia il suo interesse per quel tema/problema, quale contributo può fornire (in termini di conoscenza o di risposte da mettere in campo). Di seguito lo schema del cartellone:

Elenco degli invitati	Sottogruppo 1	Sottogruppo 2	Sottogruppo 3
...	L’organizzazione xy si colloca in questo sottogruppo in quanto ha interesse a...(es. allargare il numero delle persone a cui riesce ad arrivare), può contribuire con... (es.		

	informazioni sul tema)		
...			
...			

Dubbio: il contributo e l'interesse si domanda anche nella plenaria?

Decisione: nella plenaria chiedere di compilare una scheda su chi è/cosa fa.

Nel gruppo di lavoro va comunque chiesto in quanto molto mirato e specifico e serve a 'costruire' una logica diversa di collaborazione tra servizi e risorse della comunità...

Al termine di questo lavoro, si torna a chiedere se ci siano altri soggetti da invitare, si forniscono le informazioni sui successivi incontri (consegnando anche una tabella con le date degli incontri, i partecipanti: a meno che non si individuino altre modalità via rete), si chiede ai partecipanti un breve commento su come sia andato l'incontro.

**Attenzione - Foglio firma con nomi e riferimenti telefonici-mail.**

#### 4.Simulazione sulla gestione delle dinamiche del gruppo

Obiettivo: simulare il primo incontro del gruppo povertà e vulnerabilità sociale.

Si consegna ai partecipanti la situazione e alcune indicazioni relative al personaggio da simulare.

Brevi riflessioni di metodo emerse nel discussione post simulazione:

- \* Coordinatori – si condivide la necessità di preparare con attenzione l'incontro. Proposta\_ suddividersi i compiti: uno conduce e l'altro osserva, verbalizza e accoglie chi entra in ritardo
- \* Ingressi di persone in ritardo/uscite anticipate: per non dover interrompere il discorso ogni volta che entra (o esce) un partecipante, si può decidere che il coordinatore con funzioni di verbalizzatore si occupa anche di accogliere chi arriva (fornendo eventuale documentazione distribuita e informandolo su cosa è accaduto fino a quel momento) o di congedare chi si allontana (fornendo materiale o informazioni di servizio sull'incontro successivo).
- \* Stili di conduzione e comunicazione – necessità di chiarire sempre di cosa si sta parlando (oggetto dell'incontro), di motivare e valorizzare la partecipazione. I partecipanti devono sapere chi è stato invitato al gruppo
- \* L'oggetto dell'incontro deve essere detto in modo chiaro e ripetuto anche più volte durante l'incontro per rifocalizzare l'attenzione del gruppo sul compito.
- \* Cambiamenti date/orari degli incontri: ai partecipanti viene distribuito, già nel primo incontro, il calendario degli incontri. I coordinatori possono valutare eventuali spostamenti solo nel caso la maggioranza del gruppo non possa garantire la presenza nelle date definite. Quindi fermezza sulle date ma anche buon senso e flessibilità (se serve a valorizzare una maggiore partecipazione!).

I gruppi di lavoro hanno coinvolto complessivamente 130 persone che hanno lavorato incontrandosi altre tre volte per ciascun gruppo/sottogruppo, fino a febbraio 2017 per consegnare indirizzi ed obiettivi agli amministratori.

La loro elaborazione è stata sottoposta al vaglio degli amministratori in due incontri: uno di presentazione della proposta dei gruppi di lavoro a cura dei responsabili il 15 febbraio 2017 e un incontro successivo il 7 marzo 2017 durante il quale gli amministratori, che a loro volta hanno valutato, selezionato, ordinato e approvato un loro indice di priorità. La scelta ha richiesto qualche tempo e a fine aprile, le indicazioni sono state riconsegnate alla cabina di regia perché le restituissero ai gruppi, con la raccomandazione di lavorare ancora sul raccordo tra le scelte distrettuali e le indicazioni del piano sociale e sanitario regionale, approvato nel frattempo con DAL 120/2017.

#### Plenaria:

Ogni fase di avanzamento del percorso di elaborazione ha avuto riscontro in un momento di confronto allargato (Plenaria) nel quale i componenti dei diversi gruppi potessero interloquire tra loro, aggiornarsi sull'insieme del percorso, raccogliere altri contributi, che si sono tenute nei seguenti giorni:

1. 19 ottobre 2016 - Avvio del confronto con i cittadini, le associazioni, le parti sociali e costituzione dei gruppi di lavoro presso l'Auditorium di Medolla con la presenza di oltre 100 persone, in rappresentanza dei comuni, dell'AUSL, della scuola, dell'associazionismo, delle coop. sociali. Erano presenti 7 amministratori.
2. 17 maggio 2017 - Secondo incontro con i cittadini e i partecipanti ai gruppi di lavoro sulle priorità socio-sanitarie proposte dai gruppi stessi e presentazione dell'esito del confronto con gli amministratori presso il circolo giovanile Aquaragia, nel frattempo riaperto dopo i lavori di ripristino dei locali danneggiati dal sisma, con la presenza anche in questo caso di oltre 100 persone, anche singoli cittadini, parte dei quali coinvolti per la prima volta
3. 17 gennaio 2018 - Confronto con i cittadini, le associazioni, le parti sociali sull'impianto complessivo del Piano di zona distrettuale 2018/2020, presso la sala consiliare del comune di Mirandola, presenti 80 persone, sulle novità degli obiettivi strategici regionali, sulle schede approvate con DGR 1423 del 02/10/2017, sulla definizione dei tempi e delle modalità di elaborazione del Piano e del Programma attuativo 2018, sulle novità degli strumenti a contrasto delle povertà e sono stati presentati gli obiettivi individuati localmente raccordati con i documenti regionali.
4. 6 giugno 2018 - Presentazione del documento finale ai cittadini dell'area nord, valutazione del percorso svolto, proposte di istituzioni di tavoli di lavoro per il proseguo degli incontri, suggerimenti per orientare lo sviluppo di progettazioni congiunte a cominciare dai progetti per la partecipazione al bando regionale rivolto al terzo settore

#### I confronti istituzionali

Il percorso non ha dimenticato di organizzare momenti di confronto di tipo più istituzionale, dove la Giunta dell'Unione, integrata dal Direttore del distretto, ha chiamato le Organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL territoriali e dei pensionati a pronunciarsi sugli obiettivi e le priorità del Piano; sui temi del contrasto alla povertà e dell'inserimento lavorativo si è tenuto un incontro con le aziende e le loro organizzazioni, con i rappresentanti di categoria (esercenti, artigiani, professionisti). Anche i consiglieri dell'Unione, ai quali spetta l'approvazione formale del Piano, insieme ai consiglieri e agli assessori di tutti i comuni e di tutte le materie sono stati informati, già a febbraio 2018, delle scelte che si profilavano per poter dare un contributo preventivo di merito, anche per non trovarsi a conoscere i contenuti solamente in sede di approvazione.

### 6.3 I processi partecipativi attraverso il metodo dei laboratori formativi.

Il percorso di elaborazione del Piano è stato accompagnato da un'azione formativo-laboratoriale **"Esercitare la comunità competente - Conoscersi nell'operatività, conoscere i problemi, gli strumenti e le risorse dei sistemi di welfare locale"**, che si è tenuta tra giugno e novembre 2017.

La proposta messa a punto da IRESS mirava a rispondere – seppure parzialmente e in via sperimentale - alle esigenze formative e informative espresse dai tavoli attivati nel percorso di programmazione socio-sanitaria.

In specifico, la Cabina di regia ha voluto offrire un momento di formazione laboratoriale ai componenti dei tre distinti tavoli tematici costituiti nell'autunno 2016, per dare l'opportunità, ai vari soggetti coinvolti nei gruppi, di ragionare su cosa fosse possibile mettere in campo per rispondere meglio e di più a quelle tante situazioni di fragilità presenti nel distretto emerse dall'analisi dei bisogni del territorio.

L'esperienza di progettazione partecipata avviata in ottobre 2016 dall'Unione, pur fra difficoltà ed incertezze dovute alla grande complessità dei temi trattati, ha visto una buona partecipazione da parte dei soggetti della 'comunità' locale (in termini di contributi portati e di numerosità e costanza) che hanno

trasversalmente espresso l'esigenza di un confronto permanente, hanno proposto idee e dato disponibilità a collaborare alla co-costruzione di percorsi, interventi, azioni.

Sul versante istituzionale, in quel periodo, gli operatori dei servizi stavano vivendo una sorta di 'rivoluzione' istituzionale, data dal conferimento dei Servizi alla persona all'Unione (sociali in primis a maggio ed educativi e scolastici a settembre 2017) con la necessità di affrontare complesse trasformazioni organizzative (ricollocazione degli operatori e dei funzionari, trasferimenti di informazioni, dati, sistemi operativi, know how, ecc.) e **"sostare" in una occasione di incontro formativo-laboratoriale** poteva essere utile anche per la comunità professionale (assistenti sociali, educatori, funzionari, responsabili, ecc.) **per iniziare a condividere, in un setting formativo-laboratoriale, linguaggi e strumenti di lavoro.**

Infine, questi incontri hanno rappresentato una risposta concreta per **'manutenere' e rafforzare le reti** comunitarie e le risorse presenti nel distretto.

Il primo incontro dell'Azione formativo si è tenuto il 29 giugno dalle ore 16 alle ore 20. Il gruppo invitato all'incontro, dedicato alla trattazione di casi relativi ad anziani e disabili, era composto da 10 persone in rappresentanza di soggetti del Terzo settore locale, da 10 tra tecnici ed operatori sociali e da 10 operatori sanitari dell'ambito territoriale dell'Unione, nel numero totale di 30 partecipanti nella convinzione che il confronto fra 'realità organizzative complesse' di contesti diversi produce nuovi saperi e consapevolezze fra i partecipanti. Oggetto del confronto sono state **situazioni concrete di famiglie e cittadini** rispetto al quale esercitarsi all'individuazione di possibili percorsi 'congiunti', per rafforzare il lavoro di comunità e lo sviluppo delle reti sociali, in una logica di corresponsabilità e welfare comunitario. L'esperienza molto positiva e gradita è stata ripetuta, con la stessa formula, per gli altri due temi: minori e famiglie e povertà e vulnerabilità sociale il 29 novembre 2017. L'esito dei laboratori è stato giudicato molto positivo dai partecipanti. Nonostante tempi strettissimi, ma ben scanditi e organizzati da IRESS, l'utilizzo di un caso "esemplare" come guida del confronto, hanno consentito ai partecipanti di conoscersi, scambiarsi informazioni, allacciare contatti, scoprendo che negli ultimi anni i rapporti si erano molto allentati, valutazione opposta alla rappresentazione ancora molto diffusa nell'immaginario collettivo che il sisma avesse aiutato la comunità a ritrovarsi e collaborare.

La concretezza della nostra esperienza laboratoriale, confrontata anche con l'esperienza degli altri territori limitrofi che si sono trovati a dare avvio all'elaborazione del nuovo Piano nell'autunno 2017 con tempi molto compressi di lavoro, e hanno dovuto scegliere strade molto operative per gestire i percorsi partecipativi (vedi ricorso a metodologia del Community Lab), ci fa dire che il processo partecipato che abbiamo gestito sia stato certamente ampio ma molto, forse troppo "classico".

L'incontro è avvenuto con i "rappresentanti" strutturati della comunità, ma non con le sue espressioni più innovative. I gruppi di lavoro hanno garantito l'ascolto reciproco e lo scambio informativo, hanno identificato le priorità ma non hanno messo in moto percorsi di co-progettazione, ciascuno dei soggetti in campo è rimasto legato al suo ruolo, dove pare prevalere lo slogan: pensare insieme, fare per conto proprio. Poiché il Piano di zona è un percorso che è appena iniziato e che continua, su questo aspetto sarà opportuno ritornare.

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 133.085,11	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 133.085,11	€ 66.542,56	€ 332.712,78
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 196.261,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 137.012,88	€ 37.030,51	€ 370.305,08
Servizi educativi 0-3		€ 87.249,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 87.249,90
Centri per le famiglie		€ 21.036,68	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 21.036,68
Compartecipazione utenti		€ 774.860,00	€ 39.500,00	€ -	€ 50.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 864.360,00
Quota Fondo povertà nazionale		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 216.432,60	€ -	€ 216.432,60
Quota povertà regionale LR24/16		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 94.931,99	€ -	€ 94.931,99
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 99.787,00	€ -	€ 99.787,00
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 344.442,00	€ -	€ 344.442,00
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 34.444,20	€ -	€ 34.444,20
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 65.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 65.000,00
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 47.352,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 47.352,00
FRNA		€ -	€ 2.274.268,00	€ -	€ 6.110.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 8.384.268,00
FNNA		€ -	€ 365.907,00	€ -	€ 252.899,00	€ -	€ -	€ -	€ 618.806,00
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ -	€ 345.899,79	€ -	€ 1.625.571,87	€ -	€ -	€ -	€ 1.971.471,66
AUSL (specificare)	CSM x L.14, rimborso minori 1102, interventi di strada, rimborsi FRNA FNNA, supporto UdP	€ 10.000,00	€ 243.740,00	€ 33.500,00	€ -	€ -	€ 45.000,00	€ 15.000,00	€ 347.240,00
Altri fondi regionali (specificare)	diritto studio handicap, mobilità sociale, fondo affitti	€ -	€ 16.500,00	€ -	€ -	€ -	€ 147.870,49	€ -	€ 164.370,49
Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC..)	provincia di modena	€ 20.000,00	€ 139.998,10	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 159.998,10
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	intesa famiglia, servizi educativi sez.privamera, MPLS vita indipendnete, MSNA	€ 28.994,78	€ 22.970,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.964,78
Altri soggetti privati (specificare)	Fondazione Cassa Risparmio Mirandola, aziende x lab. prot.	€ 65.000,00	€ 52.500,00	€ -	€ -	€ -	€ 65.000,00	€ -	€ 182.500,00
Unione di comuni (specificare)	Unione comuni modenesi area nord	€ 6.435.944,26	€ 4.385.615,00	€ 36.500,00	€ 2.998.403,55	€ 187.606,00	€ 621.310,14	€ 1.013.706,11	€ 15.679.085,06
Comune (specificare)	Finale Emilia	€ 564.177,00	€ 495.842,00	€ 827,00	€ 783.906,00	€ 3.280,00	€ 31.056,00	€ 539.292,00	€ 2.418.380,00
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		€ 8.336.609,42	€ 8.447.739,89	€ 118.179,00	€ 11.820.780,42	€ 190.886,00	€ 1.970.372,41	€ 1.671.571,18	€ 32.556.138,32
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		€ 7.561.749,42	€ 8.408.239,89	€ 118.179,00	€ 11.770.780,42	€ 190.886,00	€ 1.970.372,41	€ 1.671.571,18	€ 31.691.778,32

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'APPROVAZIONE DEL PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE TRIENNIO 2018-2020 - COMPRENSIVO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO 2018- DELL'AMBITO DISTRETTUALE DI MIRANDOLA**

**TRA**

**L'Unione Comuni Modenesi Area Nord (codice fiscale: 91019940369) con sede a Medolla (MO), V.le Rimembranze, n. 19, rappresentata dal Presidente pro-tempore Luca Prandini, in esecuzione della deliberazione di Consiglio U.C.M.A.N. n. 32 del 02.05.2018 e che agisce in questo atto autorizzato con Delibera Consiliare n. 52 del 18.07.2018**

**E**

**L'Azienda USL di Modena – avente sede a Modena in Via San Giovanni del Cantone, 23 Codice Fiscale e Partita IVA 02241850367 - rappresentata dal Direttore Generale Dott. Massimo Annicchiarico, di seguito denominata AUSL, giusta deliberazione della Giunta Regione Emilia Romagna n. 40 del 27.02.2015**

**Premesso che**

-La L.R. 12/3/2003, n.2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*", riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva della società civile; assume il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario Regionale quale strumento di programmazione a livello regionale, individua nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale lo strumento di programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria triennale a livello distrettuale;

-La L.R. 29/12/2004, n. 29 "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*" definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale, rafforzando il ruolo degli Enti locali che, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sono chiamati a partecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.

-L'Unione Comuni Modenesi Area Nord e l'Azienda USL di Modena Distretto di Mirandola hanno sottoscritto, in data 16.02.2012, rep. n. 640, la Convenzione, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico Enti locali, per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per la costituzione dell'Ufficio di piano e per la gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza, coerentemente a quanto disposto dalla Regione Emilia-Romagna con delibera di Giunta n. 1004/2007.

-la Regione Emilia-Romagna con Delibera di Assemblea Legislativa n°120/2017 ha approvato Il Piano sociale e sanitario 2017- 2019 definendo 3 obiettivi strategici trasversali alle diverse fasce di popolazione e fasi della vita: inclusione sociale e contrasto alla povertà, il distretto come nodo strategico della *governance* e dell'attuazione delle politiche integrate e nuovi strumenti e servizi di prossimità e di integrazione sociosanitaria. Con successivo atto di giunta (DGR 1423/2017) la Regione Emilia-Romagna ha inoltre approvato le 39 schede attuative di intervento che discendono dagli obiettivi strategici del PSSR e rivestono carattere di indirizzo rispetto alla programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020. Inoltre nel medesimo atto ha approvato un indice tipo del Piano di zona triennale. Successivamente

con nota PG 194313 del 20/3/2018, ha fornito indicazioni operative per la definizione dei Piani di zona per la salute e il benessere triennali, definendo nuovi strumenti e modalità di presentazione alla Regione dei suddetti Piani.

-Il Decreto Legislativo n° 147/2017 all'art.13 comma 2 lettera d) prevede che i *"Comuni, coordinandosi a livello ambito distrettuale, adottino atti di programmazione ordinariamente nella forma di una sezione specificatamente dedicata alla povertà nel piano di zona di cui all'articolo 19 della legge 328/2000"*.

- La Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 22 marzo 2018 ha approvato Il Piano nazionale di contrasto alla povertà di cui all'art. 8 del D.lgs. 147/2017.

-La Regione Emilia-Romagna con Delibera dell'Assemblea Legislativa n.157/2018 ha approvato il Piano regionale per la lotta alla povertà 2018-2020 che al punto 9 fornisce indicazioni relative alla sezione povertà da inserire nei piani di zona per la salute e il benessere sociale triennali e l'8 giugno 2018 ha approvato la legge regionale n° 7 "Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 24/16. Misure di sostegno alla povertà e sostegno al reddito", che all'art.2 ter prevede che *"i finanziamenti regionali sono altresì destinati ai Comuni o alle loro Unioni per la realizzazione di interventi e servizi sociali a contrasto alla povertà, secondo le modalità previste dalla LR 2/2003"*

#### **Dato atto che:**

Il Comitato di distretto di Mirandola, così come definito dalle leggi regionali 19/199417 e 29/2004, svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Modena e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

Il ruolo del Comitato di Distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione in quanto coincidente con l'ambito distrettuale.

Agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di Distretto di Mirandola per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

L'Ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatoria e di *governance* organizzativo-gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare.

Il Piano regionale per la lotta alla povertà di cui alla DAL 157/2018- per quanto attiene la programmazione della sezione povertà nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale prevede che l'articolazione distrettuale della RETE della protezione e dell'inclusione sociale sia rappresentata dal Comitato di distretto o Giunta dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord integrate da un referente del Centro per l'impiego e che l'Ufficio di Piano, in stretta interconnessione con il Centro per l'impiego, coordina tecnicamente l'azione programmatoria e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello distrettuale.

#### **Rilevato che**



Dal mese di febbraio 2016 si è dato corso nel distretto di Mirandola all'attività di programmazione distrettuale per il triennio 2018-2020, comprensivo del Programma Attuativo 2018, declinando le priorità e le scelte strategiche regionali contenute nel Piano sociale e sanitario regionale e le schede attuative di intervento di cui alla DGR 1423/2017, secondo le peculiarità del territorio distrettuale di riferimento.

A tale attività hanno fattivamente e costruttivamente partecipato, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, i professionisti/operatori, i soggetti del Terzo Settore, le OOSS, singoli cittadini attraverso incontri locali e gruppi di lavoro di programmazione orientati allo sviluppo di un welfare partecipativo ed inclusivo.

## **Tutto ciò premesso e considerato, tra le Parti si conviene e si stipula il seguente Accordo di Programma**

### **Art. 1**

La premessa è parte integrante del presente Accordo.

### **Art. 2 – Finalità**

Con il presente Accordo le Parti approvano il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018 – 2020", comprensivo del Programma attuativo 2018, frutto di un percorso di programmazione partecipata da soggetti pubblici, del privato sociale, dalle OOSS, da cittadini singoli attivi sul territorio.

### **Art. 3 – Piano di zona per la salute e il benessere sociale**

Il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018-2020" costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale. Esso rappresenta il punto di snodo e di interconnessione distrettuale con le scelte di intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e di raccordo con altri strumenti di programmazione locale.

Per il triennio 2018-2020 il Piano di zona distrettuale individua le seguenti priorità e scelte strategiche:

- 1 La povertà al centro. Emergenza abitativa, Reddito di inclusione, lavoro anche per i più fragili
- 2 Prima di tutto il futuro: Investire su bambini ed adolescenti
- 3 Contrastare la solitudine nella comunità (anziani, disabili e non autosufficienza)

Le scelte sono articolate attraverso le seguenti schede attuative di intervento, frutto della declinazione distrettuale delle schede regionali di cui alla DGR 1423/2017:

**AREA A - POLITICHE PER LA PROSSIMITA' E LA DOMICILIARITA'** – Accogliere e accompagnare le persone nel loro contesto di vita e nei servizi, e nelle loro scelte e capacità

- scheda n. 1 - Case della salute e medicina d'iniziativa
- scheda n. 2 - Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- scheda n. 3 – Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità
- scheda n. 4 - Budget di salute
- scheda n. 5 - Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi, socio-sanitari e sanitari

- scheda n. 6 - Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi. Sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità
- scheda n. 7 - Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di cure palliative
- scheda n. 8 - Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

**AREA B - POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE** – Equità in pratica: nell'accogliere, considerare le differenze tra le persone e tra i gruppi, e aver cura e aumentare le competenze delle persone sulla propria salute e qualità di vita per poterla migliorare

- scheda n. 9 Medicina di genere
- scheda n. 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- scheda n. 11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
- scheda n. 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- scheda n. 13 REGIONALE – NON INSERITA
- scheda n. 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
- scheda n. 15.1 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi
- scheda n. 15.2 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi - progetto natalità home visiting
- scheda n. 16.1 Sostegno alla genitorialità – servizio educativo territoriale
- scheda n. 16.2 Sostegno alla genitorialità – flessibilità organizzativa dei nidi d'infanzia
- scheda n. 16.3 Sostegno alla genitorialità – una famiglia per amica: creazione di una rete di famiglie e single accoglienti
- scheda n. 16.4 Sostegno alla genitorialità – Sviluppo e riorganizzazione del Centro per le famiglie distrettuale
- scheda n. 17.1 Progetto Adolescenza: interventi di prossimità per i giovani: promozione e prevenzione
- scheda n. 17.2 Progetto Adolescenza: contrasto alla povertà educativa e alla dispersione scolastica
- scheda n. 18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
- scheda n. 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- scheda n. 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
- scheda n. 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

**AREA C- POLITICHE PER PROMUOVERE L'AUTONOMIA DELLE PERSONE** – strumenti ed opportunità per l'uscita dalla fragilità, per l'autodeterminazione e l'indipendenza

- scheda n. 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- scheda n. 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- scheda n. 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- scheda n. 25 Contrasto alla violenza di genere

**AREA D - POLITICHE PER LA PARTECIPAZIONE E LA RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI** – l'esercizio della responsabilità e l'empowerment come nodi del welfare comunitario

- scheda n. 26 REGIONALE - NON INSERITA
- scheda n. 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
- scheda n. 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- scheda n. 29.1 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore: Servizio civile per l'esercizio della cittadinanza attiva
- scheda n. 29.2 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore: il tavolo distrettuale di co-progettazione

**AREA E - POLITICHE PER LA QUALIFICAZIONE E L'EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI** – fare manutenzione, rinforzare e innovare il sistema organizzativo e professionale

- scheda n. 30 REGIONALE - NON INSERITA

- scheda n. 31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
- scheda n. 32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
- scheda n. 33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
- scheda n. 34 REGIONALE – NON INSERITA
- scheda n. 35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare
- scheda n. 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
- scheda n. 37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
- scheda n. 38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
- scheda n. 39 REGIONALE – NON INSERITA

Individua, nell'ambito della sezione povertà, le seguenti priorità rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, di cui all'articolo 7 comma 1 del Dlgs 147/17, finanziabili attraverso quota del Fondo Povertà:

- rafforzamento della dotazione organica di tre assistenti sociali per i punti di accesso- sportelli sociali;
- erogazione di contributi economici per la frequenza di servizi educativi-scolastici e per trasporto sociale;
- finanziamento di un nuovo servizio educativo domiciliare e rafforzamento di servizi esistenti (mediazione linguistico-culturale, mediazione familiare, assistenza domiciliare socio assistenziale e socio educativa)

La programmazione attuativa della sezione povertà, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita successiva integrazione del presente atto, da approvarsi con le modalità del programma attuativo annuale, in seguito alla definizione delle risorse nazionali e regionali destinate agli ambiti distrettuali.

### **Art. 3– Oneri finanziari**

Il valore economico del "Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020- anno 2018" può essere stimato per l'anno 2018 in **€. 32.556.138,32**, di cui:

- € 332.712,78 Fondo sociale locale - Risorse regionali
- € 370.305,08 Fondo sociale locale - Risorse statali
- € 87.249,90 Servizi educativi 0-3
- € 21.036,68 Centri per le famiglie
- € 864.360,00 Compartecipazione utenti
- € 216.432,60 Quota Fondo povertà nazionale
- € 94.931,99 Quota povertà regionale LR24/16
- € 99.787,00 Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 – (2018)
- € 344.442,00 Fondi FSE POR - LR 14/2015
- € 34.444,20 Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15
- € 65.000,00 Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)

€ 47.352,00 Programma gioco d'azzardo patologico

€ 8.384.268,00 FRNA

€ 618.806,00 FNNA

€ 1.971.471,66 AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA

€ 347.240,00 AUSL di Modena (UdP, CSM per L.14, rimborso minori L.1102, FNA)

€ 164.370,49 Altri fondi regionali (mobilità sociale, diritto allo studio, f. affitti)

€ 159.998,10 Altri fondi da soggetti pubblici (trasporti da Provincia)

€ 51.964,78 Altri fondi statali/pubblici (intesa famiglia, servizi educativi, MSNA)

€ 182.500,00 Altri soggetti privati (Fondazione CR, aziende per Lab. Prot.)

€ 15.679.085,06 Unione comuni modenesi area nord – risorse proprie

€ 2.418.380,00 Comune di Finale Emilia

Si rimanda ai successivi Programmi attuativi annuali la definizione delle risorse economiche relativa alle singole annualità.

Le Parti convengono, altresì, che potranno essere apportate eventuali modifiche agli impegni finanziari inizialmente assunti, previa intesa all'interno degli organismi di *governance* di distretto fra tutti i soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma, a condizione che tali modifiche non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione degli interventi previsti.

#### **Art. 4 – Impegni delle parti**

Le Amministrazioni aderenti al presente accordo si impegnano a collaborare per il conseguimento degli obiettivi previsti nel "Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018-2020" e per la realizzazione degli interventi previsti nei Programmi attuativi annuali successivi.

Le parti si impegnano ad approvare i programmi attuativi annuali previa valutazione condivisa, in seno al Comitato di distretto/Giunta dell'Unione, al fine di garantire omogeneità a livello distrettuale ed assicurare l'opportuno confronto con il privato sociale del territorio, le OOS, e/o altri soggetti individuati.

Le parti si impegnano altresì al monitoraggio e alla valutazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennale e dei Programmi attuativi annuali.

#### **Art. 10 – Durata**

Il presente Accordo di programma ha durata triennale a decorrere dalla data di sottoscrizione e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo.

#### **Art. 11 – Pubblicazione**

Entro i termini concordati, l'Unione Comuni Modenesi Area Nord in qualità di Ente capofila trasmetterà alla Regione Emilia Romagna, secondo le modalità indicate, il presente Accordo di programma per l'approvazione

del "Piano per la salute e il benessere sociale 2018-2020" e per la pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

**Ente**

**Firma**

Unione Comuni Modenesi Area Nord

---

Ausl di Modena Direttore Generale

---

## 8. PREVENTIVO DI SPESA 2018 – TAB.A – per fonti di finanziamento della spesa

Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 133.085,11					€ 133.085,11	€ 66.542,56	€ 332.712,78
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 196.261,69					€ 137.012,88	€ 37.030,51	€ 370.305,08
Servizi educativi 0-3	regione E.R.	€ 87.249,90							€ 87.249,90
Centri per le Famiglie		€ 21.036,68							€ 21.036,68
Centri Antiviolenza									€ -
Lotta alla tratta									€ -
Carcere									€ -
Quota di cofinanziamento del Comune sede di carcere (Almeno 30%)									€ -
Compartecipazione utenti Fondo FAMI		€ 774.860,00	€ 39.500,00		€ 50.000,00				€ 864.360,00
Quota Fondo povertà nazionale (Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2)							€ 216.432,60		€ 216.432,60
Quota povertà regionale LR24/16							€ 94.931,99		€ 94.931,99
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3							€ 99.787,00		€ 99.787,00
Fondi FSE POR - LR 14/2015							€ 344.442,00		€ 344.442,00
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15 (Almeno 10% del totale FSE assegnato)							€ 34.444,20		€ 34.444,20
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 4-									€ -
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)			€ 65.000,00						€ 65.000,00
Programma gioco d'azzardo patologico				€ 47.352,00					€ 47.352,00

<b>FRNA</b>			€ 2.274.268,00		€ 6.110.000,00				€ 8.384.268,00
<b>FNNA</b>			€ 365.907,00		€ 252.899,00				€ 618.806,00
<b>AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA</b>			€ 345.899,79		€ 1.625.571,87				€ 1.971.471,66
<b>AUSL (specificare)</b>	Ausl di Modena fondo sanitario salute mentale L.14 e sostegno ufficio di piano, rimborso minori L1102, rimborso FRNA FNA	€ 10.000,00	€ 243.740,00	€ 33.500,00			€ 45.000,00	€ 15.000,00	€ 347.240,00
<b>Altri fondi regionali (specificare)</b>	diritto allo studio handicap, mobilità sociale, fondo affitti		€ 16.500,00				€ 147.870,49		€ 164.370,49
<b>Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)</b>	Provincia di Modena	€ 20.000,00	€ 139.998,10						€ 159.998,10
<b>Altri fondi statali/pubblici (specificare)</b>	intesa famiglia, servizi educativi ( sez. Primavera), MPSL vita indipendente, MSNA	€ 28.994,78	€ 22.970,00						€ 51.964,78
<b>Altri soggetti privati (Esclusa contrib. utenti) (specificare)</b>	Fondazione Cassa di risparmio Mirandola, privati per lab. prot.,	€ 65.000,00	€ 52.500,00				€ 65.000,00		€ 182.500,00
<b>Altri fondi europei</b>									€ -
<b>Altri finanziamenti (specificare)</b>									€ -
<b>Unione di comuni (specificare)</b>	unione comuni modenesi area nord	€ 6.435.944,26	€ 4.385.615,00	€ 36.500,00	€ 2.998.403,55	€ 187.606,00	€ 621.310,14	€ 1.013.706,11	€ 15.679.085,06
<b>Gestione associata (specificare)</b>									€ -
<b>Comune (specificare)</b>	Finale Emilia	€ 564.177,00	€ 495.842,00	€ 827,00	€ 783.906,00	€ 3.280,00	€ 31.056,00	€ 539.292,00	€ 2.418.380,00
<b>Totale lordo (con compartecipazione utente)</b>		€ 8.336.609,42	€ 8.447.739,89	€ 118.179,00	€ 11.820.780,42	€ 190.886,00	€ 1.970.372,41	€ 1.671.571,18	€ 32.556.138,32
<b>Totale netto (senza compartecipazione utente)</b>		€ 7.561.749,42	€ 8.408.239,89	€ 118.179,00	€ 11.770.780,42	€ 190.886,00	€ 1.970.372,41	€ 1.671.571,18	€ 31.691.778,32

## **9. ACCORDO DI PROGRAMMA**

### **SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'APPROVAZIONE DEL PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE TRIENNIO 2018-2020 - COMPRENSIVO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO 2018- DELL'AMBITO DISTRETTUALE DI MIRANDOLA**

**TRA**

**L'Unione Comuni Modenesi Area nord**

**E**

**L'Azienda USL di Modena Distretto di Mirandola**

#### **Premesso che**

-La L.R. 12/3/2003, n.2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*", riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva della società civile; assume il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario Regionale quale strumento di programmazione a livello regionale, individua nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale lo strumento di programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria triennale a livello distrettuale;

-La L.R. 29/12/2004, n. 29 "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*" definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale, rafforzando il ruolo degli Enti locali che, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sono chiamati a partecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.

-L'Unione Comuni Modenesi Area Nord e l'Azienda USL di Modena Distretto di Mirandola hanno sottoscritto, in data 16.02.2012, rep. n. 640, la Convenzione, ai sensi dell'art. 30 del Testo unico Enti locali, per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per la costituzione dell'Ufficio di piano e per la gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza, coerentemente a quanto disposto dalla Regione Emilia-Romagna con delibera di Giunta n. 1004/2007.

-la Regione Emilia-Romagna con Delibera di Assemblea Legislativa n°120/2017 ha approvato Il Piano sociale e sanitario 2017- 2019 definendo 3 obiettivi strategici trasversali alle diverse fasce di popolazione e fasi della vita: inclusione sociale e contrasto alla povertà, il distretto come nodo strategico della *governance* e dell'attuazione delle politiche integrate e nuovi strumenti e servizi di prossimità e di integrazione sociosanitaria. Con successivo atto di giunta (DGR 1423/2017) la Regione Emilia-Romagna ha inoltre approvato le 39 schede attuative di intervento che discendono dagli obiettivi strategici del PSSR e rivestono carattere di indirizzo rispetto alla programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020. Inoltre nel medesimo atto ha approvato un indice tipo del Piano di zona triennale. Successivamente



con nota PG 194313 del 20/3/2018, ha fornito indicazioni operative per la definizione dei Piani di zona per la salute e il benessere triennali, definendo nuovi strumenti e modalità di presentazione alla Regione dei suddetti Piani.

-Il Decreto Legislativo n° 147/2017 all'art.13 comma 2 lettera d) prevede che i *"Comuni, coordinandosi a livello ambito distrettuale, adottino atti di programmazione ordinariamente nella forma di una sezione specificatamente dedicata alla povertà nel piano di zona di cui all'articolo 19 della legge 328/2000"*.

- La Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 22 marzo 2018 ha approvato Il Piano nazionale di contrasto alla povertà di cui all'art. 8 del D.lgs. 147/2017.

-La Regione Emilia-Romagna con Delibera dell'Assemblea Legislativa n.157/2018 ha approvato il Piano regionale per la lotta alla povertà 2018-2020 che al punto 9 fornisce indicazioni relative alla sezione povertà da inserire nei piani di zona per la salute e il benessere sociale triennali e l'8 giugno 2018 ha approvato la legge regionale n° 7 "Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 24/16. Misure di sostegno alla povertà e sostegno al reddito", che all'art.2 ter prevede che *"i finanziamenti regionali sono altresì destinati ai Comuni o alle loro Unioni per la realizzazione di interventi e servizi sociali a contrasto alla povertà, secondo le modalità previste dalla LR 2/2003"*

#### **Dato atto che:**

Il Comitato di distretto di Mirandola, così come definito dalle leggi regionali 19/199417 e 29/2004, svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Modena e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

Il ruolo del Comitato di Distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione in quanto coincidente con l'ambito distrettuale.

Agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di Distretto di Mirandola per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

L'Ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica e di *governance* organizzativo-gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare.

Il Piano regionale per la lotta alla povertà di cui alla DAL 157/2018- per quanto attiene la programmazione della sezione povertà nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale prevede che l'articolazione distrettuale della RETE della protezione e dell'inclusione sociale sia rappresentata dal Comitato di distretto o Giunta dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord integrate da un referente del Centro per l'impiego e che l'Ufficio di Piano, in stretta interconnessione con il Centro per l'impiego, coordina tecnicamente l'azione programmatica e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello distrettuale.

(in questa parte è stato riportato quanto indicato negli atti di programmazione regionale, è personalizzabile secondo l'assetto di *governance* locale)

### **Rilevato che**

Dal mese di febbraio 2016 si è dato corso nel distretto di Mirandola all'attività di programmazione distrettuale per il triennio 2018-2020, comprensivo del Programma Attuativo 2018, declinando le priorità e le scelte strategiche regionali contenute nel Piano sociale e sanitario regionale e le schede attuative di intervento di cui alla DGR 1423/2017, secondo le peculiarità del territorio distrettuale di riferimento.

A tale attività hanno fattivamente e costruttivamente partecipato, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, i professionisti/operatori, i soggetti del Terzo Settore, le OOSS, singoli cittadini attraverso incontri locali e gruppi di lavoro di programmazione orientati allo sviluppo di un welfare partecipativo ed inclusivo. ....

(da personalizzare secondo le modalità di partecipazione realizzate nel singolo distretto)

### **Tutto ciò premesso e considerato, tra le Parti si conviene e si stipula il seguente Accordo di Programma**

#### **Art. 1**

La premessa è parte integrante del presente Accordo.

#### **Art. 2 – Finalità**

Con il presente Accordo le Parti approvano il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018 – 2020", comprensivo del Programma attuativo 2018, frutto di un percorso di programmazione partecipata da soggetti pubblici, del privato sociale, dalle OOSS, da cittadini singoli attivi sul territorio.

#### **Art. 3 – Piano di zona per la salute e il benessere sociale**

Il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale –2018-2020" costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale. Esso rappresenta il punto di snodo e di interconnessione distrettuale con le scelte di intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e di raccordo con altri strumenti di programmazione locale.

Per il triennio 2018-2020 il Piano di zona distrettuale individua le seguenti priorità e scelte strategiche:

- 1 La povertà al centro. Emergenza abitativa, Reddito di inclusione, lavoro anche per i più fragili
- 2 Prima di tutto il futuro: Investire su bambini ed adolescenti
- 3 Contrastare la solitudine nella comunità (anziani, disabili e non autosufficienza)

Le scelte sono articolate attraverso le seguenti schede attuative di intervento, frutto della declinazione distrettuale delle schede regionali di cui alla DGR 1423/2017:

**AREA A - POLITICHE PER LA PROSSIMITA' E LA DOMICILIARITA'** – Accogliere e accompagnare le persone nel loro contesto di vita e nei servizi, e nelle loro scelte e capacità

- scheda n. 1 - Case della salute e medicina d'iniziativa

- scheda n. 2 - Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- scheda n. 3 – Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità
- scheda n. 4 - Budget di salute
- scheda n. 5 - Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi, socio-sanitari e sanitari
- scheda n. 6 - Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi. Sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità
- scheda n. 7 - Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di cure palliative
- scheda 8 - Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

**AREA B - POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE** – Equità in pratica: nell'accogliere, considerare le differenze tra le persone e tra i gruppi, e aver cura e aumentare le competenze delle persone sulla propria salute e qualità di vita per poterla migliorare

- scheda n. 9 Medicina di genere
- scheda n. 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- scheda n. 11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
- scheda n. 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- scheda n. 13 REGIONALE – NON INSERITA
- scheda n. 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
- scheda n. 15.1 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi
- scheda n. 15.2 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi - progetto natalità home visiting
- scheda n. 16.1 Sostegno alla genitorialità – servizio educativo territoriale
- scheda n. 16.2 Sostegno alla genitorialità –flessibilità organizzativa dei nidi d'infanzia
- scheda n. 16.3 Sostegno alla genitorialità – una famiglia per amica: creazione di una rete di famiglie e single accoglienti
- scheda n. 16.4 Sostegno alla genitorialità – Sviluppo e riorganizzazione del Centro per le famiglie distrettuale
- scheda n. 17.1 Progetto Adolescenza: interventi di prossimità per i giovani: promozione e prevenzione
- scheda n. 17.2 Progetto Adolescenza: contrasto alla povertà educativa e alla dispersione scolastica
- scheda n. 18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
- scheda n. 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- scheda n. 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
- scheda n. 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

**AREA C- POLITICHE PER PROMUOVERE L'AUTONOMIA DELLE PERSONE** – strumenti ed opportunità per l'uscita dalla fragilità, per l'autodeterminazione e l'indipendenza

- scheda n. 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- scheda n. 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- scheda n. 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- scheda n. 25 Contrasto alla violenza di genere

**AREA D - POLITICHE PER LA PARTECIPAZIONE E LA RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI** – l'esercizio della responsabilità e l'empowerment come nodi del welfare comunitario

- scheda n. 26 REGIONALE - NON INSERITA
- scheda n. 27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
- scheda n. 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- scheda n. 29.1 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore: ***Servizio civile per l'esercizio della cittadinanza attiva***

- scheda n. 29.2 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore: **il tavolo distrettuale di co-progettazione**

**AREA E - POLITICHE PER LA QUALIFICAZIONE E L'EFFICIENTAMENTO DEI SERVIZI** – fare manutenzione, rinforzare e innovare il sistema organizzativo e professionale

- scheda n. 30 REGIONALE - NON INSERITA
- scheda n. 31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
- scheda n. 32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
- scheda n. 33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
- scheda n. 34 REGIONALE – NON INSERITA
- scheda n. 35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare
- scheda n. 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
- scheda n. 37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
- scheda n. 38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
- scheda n. 39 REGIONALE – NON INSERITA

Individua, nell'ambito della sezione povertà, le seguenti priorità rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, di cui all'articolo 7 comma 1 del Dlgs 147/17, finanziabili attraverso quota del Fondo Povertà:

- rafforzamento della dotazione organica di tre assistenti sociali per i punti di accesso- sportelli sociali;
- erogazione di contributi economici per la frequenza di servizi educativi-scolastici e per trasporto sociale;
- finanziamento di un nuovo servizio educativo domiciliare e rafforzamento di servizi esistenti (mediazione linguistico-culturale, mediazione familiare, assistenza domiciliare socio assistenziale e socio educativa)

La programmazione attuativa della sezione povertà, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita successiva integrazione del presente atto, da approvarsi con le modalità del programma attuativo annuale, in seguito alla definizione delle risorse nazionali e regionali destinate agli ambiti distrettuali.

### **Art. 3– Oneri finanziari**

Il valore economico del "Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020- anno 2018" può essere stimato per l'anno 2018 in **€ 32.556.138,32**, di cui:

- € 332.712,78 Fondo sociale locale - Risorse regionali
- € 370.305,08 Fondo sociale locale - Risorse statali
- € 87.249,90 Servizi educativi 0-3
- € 21.036,68 Centri per le famiglie
- € 864.360,00 Compartecipazione utenti
- € 216.432,60 Quota Fondo povertà nazionale

€	94.931,99	Quota povertà regionale LR24/16
€	99.787,00	Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 – (2018)
€	344.442,00	Fondi FSE POR - LR 14/2015
€	34.444,20	Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15
€	65.000,00	Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)
€	47.352,00	Programma gioco d'azzardo patologico
€	8.384.268,00	FRNA
€	618.806,00	FNNA
€	1.971.471,66	AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA
€	347.240,00	AUSL di Modena (UdP, CSM per L.14, rimborso minori L.1102, FNA)
€	164.370,49	Altri fondi regionali (mobilità sociale, diritto allo studio, f. affitti)
€	159.998,10	Altri fondi da soggetti pubblici (trasporti da Provincia)
€	51.964,78	Altri fondi statali/pubblci (intesa famiglia, servizi educativi, MSNA)
€	182.500,00	Altri soggetti privati (Fondazione CR, aziende per Lab. Prot.)
€	15.679.085,06	Unione comuni modenese area nord – risorse proprie
€	2.418.380,00	Comune di Finale Emilia

Si rimanda ai successivi Programmi attuativi annuali la definizione delle risorse economiche relativa alle singole annualità.

Le Parti convengono, altresì, che potranno essere apportate eventuali modifiche agli impegni finanziari inizialmente assunti, previa intesa all'interno degli organismi di *governance* di distretto fra tutti i soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma, a condizione che tali modifiche non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione degli interventi previsti.

#### **Art. 4 – Impegni delle parti**

Le Amministrazioni aderenti al presente accordo si impegnano a collaborare per il conseguimento degli obiettivi previsti nel "Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018-2020" e per la realizzazione degli interventi previsti nei Programmi attuativi annuali successivi.

Le parti si impegnano ad approvare i programmi attuativi annuali previa valutazione condivisa, in seno al Comitato di distretto/Giunta dell'Unione, al fine di garantire omogeneità a livello distrettuale ed assicurare l'opportuno confronto con il privato sociale del territorio, le OOSS, e/o altri soggetti individuati.

Le parti si impegnano altresì al monitoraggio e alla valutazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennale e dei Programmi attuativi annuali.

**Art. 10 – Durata**

Il presente Accordo di programma ha durata triennale a decorrere dalla data di sottoscrizione e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo.

**Art. 11 – Pubblicazione**

Entro i termini concordati, l'Unione Comuni Modenesi Area Nord in qualità di Ente capofila trasmetterà alla Regione Emilia Romagna, secondo le modalità indicate, il presente Accordo di programma per l'approvazione del "Piano per la salute e il benessere sociale 2018-2020" e per la pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

**Ente****Firma**

Unione Comuni Modenesi Area Nord

---

Ausl di Modena Distretto di Mirandola

---

## 10. APPENDICE

### 10.1 Il Piano per la non autosufficienza 2018: le scelte e il preventivo finanziario

SCHEDA INSERIMENTO PREVENTIVO 2018 DEL DISTRETTO MIRANDOLA -						
Anziani						
	Fma	Fondo nazionale per la na	FNA DAL 2011 PARTE VINCOLATA	Vita Indipendente	Dopo di Noi	Descrizione interventi
<b>Assistenza residenziale</b>	4.260.400	-	-	-	-	
Strutture residenziali per anziani (case protette/rsa; inclusi "ricoveri temporanei in rsa" (punto 4.4 della dgr 1378/99)	4.210.000					copertura per 294 posti nelle 5 CRA del distretto di cui 8 in nucleo Demenza CISA
Sostegno progetti assistenziali individuali c/o strutture residenziali non convenzionate (punto 5 dgr n. 1378/99)	50.400					14000 per sostegno per utente presso struttura protetta di Caldiero, per avvicinamento a unico parente di riferimento + 24400 per 2 posti da settembre dimissione protetta da ospedale
Altre strutture (case di riposo, comunità alloggio, etc.)						
<b>Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie</b>	1.449.276	113.054	139.845	-	-	
Accoglienza temporanea di sollievo (punto 4.5 dgr 1378/99) in strutture residenziali	158.072		16.440			previsti 64 mesi presso i 6 posti di sollievo contrattati nelle CRA del territorio e 24 mesi ( 8 persone per 3 mesi) nel periodo estivo giugno-agosto presso strutture non convenzionate; 8 mesi per sollievi con valutazione FNA
Accoglienza temporanea di sollievo (punto 4.5 dgr 1378/99) in strutture semi-residenziali	3.000					previsti due sollievi di un mese
Strutture semi-residenziali per anziani (centri diurni)	498.000		15.000			copertura per 70 posti contrattati di cui 10 con valutazione FNA
Assistenza domiciliare e servizi connessi:						
A) assistenza domiciliare	290.668		99.000			copertura per 20000 ore di socio assistenziale e 500 di educativa per anziani +15% ore trasferimento
B) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura						
b.1. trasporti		95.000				copertura per trasporti per frequenza centri diurni anziani
b.2. pasti	55.000					sostegno alla consegna pasti a domicilio per anziani
b.3. telesoccorso e teleassistenza						
C) programma dimissioni protette			3.054			incremento dell'attività gratuita di sostegno e addestramento alle famiglie in sede di dimissione protetta dall'ospedale 100 ore ( 20 famiglie per 5 ore)
D) attività rivolta ai gruppi (formazione, informazione, educazione, incontri, caffè alzheimer, ecc.)		15.000				sostegno alla realizzazione di tre cogs club presentato da ASDAM
Assegno di cura anziani:						
A) assegni di cura (di livello a-b-c)	396.536		6.205			copertura per una media continuativa di 75 assegni l'anno - 1 assegno B 100 sul FNA da marzo
B) contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto	48.000		3.200			sostegno alla regolarizzazione di assistenti famigliari per una media di 27 famiglie
Servizi di prossimità (portierato sociale, custode sociale, alloggi con servizi, ecc.)						
<b>Accesso e presa in carico</b>	-	-	-	-	-	
Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico						
<b>Altro</b>	-	-	-	-	-	
Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)						
<b>Totale</b>	<b>5.709.676</b>	<b>113.054</b>	<b>139.845</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5.962.575</b>

Disabili							
		Frna	Fondo nazionale per la na	FNA DAL 2011 PARTE VINCOLATA	Vita indipendente	Dopo di Noi	
	<b>Assistenza residenziale</b>	1.783.340	-	-	-	20.000	
	Strutture residenziali di livello alto (solo centri socio-riabilitativi residenziali accreditati)	1.553.340					copertura per 11 posti in CSRR Picchio e 11 posti in CRA nel territorio e copertura per 12 posti in CSRR fuori territorio
	Strutture residenziali di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette, eventuali inserimenti in strutture per anziani o in strutture fuori regione)					20.000	progetto di allargamento appartamento da tre a 6 utenti per il dopo di noi
	Residenzialità disabili gravissimi (dgr 2068/04)	230.000					copertura di 8,5 posti per Gravissima disabilità ( 6 A.Modena e 2,5 CISA)
	<b>Domiciliarità , nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie</b>	993.744	184.239	169.558	13.184	45.000	
	Accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali (dgr 1230/08)	44.560		8.000			1posto *365*144 euro/gg=52560
	Accoglienza temporanea di sollievo in strutture semi-residenziali (dgr 1230/08)						
	Strutture semi-residenziali per disabili (centri diurni):						
	A) centri socio-riabilitativi diurni (solo i centri socio-riabilitativi accreditati con esclusione dal 2011 del costo del trasporto)	577.684				14.000	copertura per 19 posti al Tandem, 13 alla Nuvola e 1fuori distretto
	B) centri socio-occupazionali	300.000				9.500	copertura per la frequenza di 46 utenti tra Mirandola e Finale Emilia (aumento dal 40 al 70% di copertura) +gara
	Assistenza domiciliare e servizi connessi						
	A) assistenza domiciliare						
	a.1. assistenza domiciliare con finalità socio-educativa (solo quella accreditata)			41.110			copertura per 2000 ore socio educativa per disabili
	a.2. prestazioni educative territoriali						
	a.3. assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziale (solo quella accreditata)	35.500					copertura per 2000 ore socio assistenziale per disabili
	B) servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura						
	b.1. trasporti (compreso dal 2011 trasporto centri diurni)		50.000				copertura per utenti comma 3 frequentanti i centri diurni Tandem e Nuvola
	b.2. pasti		5.000				sostegno alla consegna pasti a domicilio per disabili
	b.3. telesoccorso e teleassistenza						
	C) attività rivolta ai gruppi (formaz/informaz/educaz, gruppi, consulenze,)	36.000	15.000			8.380	sostegno a progetto Ancora, laboratorio la Zerla, attività motoria in piscina e palestra, progetto week end di autonomia
	Interventi per la mobilità privata delle persone con grave disabilità						Noi per loro + consulenza psico
	Contributi per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli (art. 9 l.r. 29/97)	-					
	Assegno di cura disabili						
	A) assegno di cura disabili con handicap grave (comma 3 art.31.104/92)		71.639		11.264	11.200	copertura per una media di 24 assegni a disabili gravi di cui 3 per vita indipendente e 3 per dopo dinoi
	B) assegno di cura gravissime disabilità acquisite (dgr 2068/2004)		33.000	109.000			copertura per una media di 7 assegni
	C) contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto		9.600	11.448	1.920	1.920	sostegno alla regolarizzazione di assistenti famigliari per una media di 11 famiglie
	<b>Accesso e presa in carico</b>	-	-	-	-	-	
	Potenziamento accesso alle prestazioni/servizi e percorso presa in carico						
	<b>Altro</b>	-	-	-	-	-	
	Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)						
Totale		2.777.084	184.239	169.558	13.184	65.000	3.209.064



Interventi trasversali per anziani e disabili							
PIANO DEI CONTI		Frna	Fondo nazionale per la na	FNA DAL 2011 PARTE VINCOLATA	vita indipendente	Dopo di Noi	
	<b>Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari</b>	-	-	-	-	-	
	Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari						
	<b>Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico</b>	-	12.110	-	-	-	
	Contributi del frna per l'adattamento domestico - contributi art.10lr 29/97		2.110				sostegno ad un progetto speciale di adattamento
	Servizio di consulenza dei centri provinciali per l'adattamento domestico		10.000				quota parte del distretto per gestione centro provinciale per l'adattamento domestico (CAAD)
	<b>Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili</b>	1.986	-	-	-	-	
	Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili	1.986	-				ausser per filo d'argento
	<b>Altro</b>	-	-	-	-	-	
	Altro (interventi residuali ed eccezionali, non ricompresi nelle finalità precedenti)						
Totale		1.986	12.110	-	-	-	14.096
Totale Generale							
		frna	fondo nazionale per la na	FNA DAL 2011 PARTE VINCOLATA	Vita indipendente	Dopo di Noi	
<b>Totale Generale</b>		<b>8.488.746</b>	<b>309.403</b>	<b>309.403</b>	<b>13.184</b>	<b>65.000</b>	<b>9.185.736</b>
		ASSEGNAZIONE 2017 frna -fna	STIMA ASSEGNAZIONE 2018 frna -fna				
	ANZIANI	5.563.601	5.560.000				
	DISABILI	1.946.971	1.946.971				
	GDA	211.088	205.000				
	GESTIONI SPECIALI	641.658	672.297				
	vita indipendente	-	22.970				
	RESIDUO DISTRETTO	-	236.813				
	FNNA50	-	309.403				
	FNNA 50	-	309.403				
	tot. FNNA	728.007	618.806				
	DGR 733/2017 FNA A)B)C)E)	76.566	65.000				
	DGR 733/2017 FNA D)	49.194	-				
	<b>TOTALE</b>	<b>9.217.085</b>	<b>9.327.857</b>				

## 10.2 La rete dei servizi nell'ambito distrettuale

Nell'ambito dei servizi sociali il primo livello di contatto tra l'istituzione e i cittadini è gestito dagli operatori di sportello sociale, dislocati in ogni comune. Per la sua importanza di ascolto, accoglienza e orientamento, è in programma il suo rafforzamento con nuovi operatori e la riunificazione in un unico sportello WELFARE (servizi alla persona) degli operatori sociali e dell'area educativo-scolastica.

### AREA MINORI FAMIGLIA

L'offerta di servizi/interventi sul territorio e l'attività svolta

- Servizio sociale professionale Tutela minori (con pronto intervento 24H, 365 gg.)

TOTALE CASI IN CARICO	396
Di cui:	
MIRANDOLA	111
FINALE EMILIA	67
SAN FELICE	46
CONCORDIA S.S.	41
MEDOLLA	35
CAVEZZO	26
SAN PROSPERO	40
SAN POSSIDONIO	17
CAMPOSANTO	13

Tra i casi incarico si evidenziano:

- 34 minori in affidamento presso famiglie (per 13 di essi l'Unione è tutore per decadenza della potestà genitoriale disposta dal giudice)
  - 46 collocati presso comunità/casa famiglia (per 15 di essi l'Unione è tutore per decadenza della potestà genitoriale disposta dal giudice). 5 sono Minori stranieri non accompagnati. Per 11 collocazioni l'AUSL partecipa al pagamento delle spese.
- Centro per le famiglie
    - Sportello informativo accessi n. 578, dei quali 27 da parte di persone con nazionalità straniera, per informazioni relative a corsi per genitori (110), Mediazione familiare (139), Attività laboratoriali (225), affidamento/adozione (5);
    - Servizi per il sostegno alle competenze genitoriali erogati a 90 famiglie di cui 32 per counseling genitoriale, 6 per problematiche educative/scolastiche, 6 per affidamento/adozione, 29 per consulenza giuridico-legale sul diritto di famiglia, 17 per gestione del primo anno di vita del bambino. Nel sostegno viene classificata anche l'attività di mediazione familiare rivolta a coppie con figli separate e in corso di separazione: sono state 15 le coppie accolte e per 7 di loro la mediazione si è conclusa; inoltre sono state offerte 81 sedute di consulenza individuali a 15 persone singole.
  - Casa di via Galeazza per pronta accoglienza donne-bambini

Servizio predisposto e inaugurato il 7 luglio 2018 che sarà attivo da settembre, composto da 4 Appartamenti per l'ospitalità temporanea di nuclei familiari con problematiche connesse alla fragilità educativa o alla conflittualità familiare, fino a soluzione alternativa di uscita dalla difficoltà.

- Strutture di accoglienza per minori (a gestione privata)
  - 1 casa famiglia (6 posti)
  - 1 comunità educativa residenziale per minori (6 posti)
  - 1 comunità socio educativa ad alta autonomia (6 posti)
  - Gruppo appartamento per neo-maggiorenni (4 posti)

## **AREA DISAGIO ADULTI**

(con questo termine si raggruppano diverse tipologie di persone in difficoltà lavorative, familiari, relazionali e a questo target sono rivolte le nuove misure per l'inclusione sociale e a contrasto della povertà)

- Servizio sociale professionale area disagio adulto
- Alloggi sociali ERP (851 alloggi di proprietà dei comuni di cui 151 di Finale Emilia e gli altri dei restanti comuni la cui gestione è stata trasferita all'Unione)
- Servizi di pronta accoglienza (gestito da Ass. il Porto)
- Contributi economici su tutto il territorio nazionale, definiti "Bonus" per abbattere spese di utenza (luce, gas, acqua) e per sostenere le spese familiari per la nascita di un figlio o quando ci siano tre figli minori nello stesso nucleo
- Contributi economici su progetto personalizzato

## **AREA NON AUTOSUFFICIENZA**

### **ANZIANI**

La rete dei servizi per anziani della zona sociale di Mirandola è costituita da:

- Servizio sociale professionale area non autosufficienza
- 5 Case residenza per un totale di 367 posti di capienza di cui 292 accreditati per anziani comprensivi 8 posti al nucleo Alzheimer del CISA), 27 per disabili e multiproblematici, 6 per sollievo anziani, 40 posti privati a disposizione dei soggetti gestori. I posti sono tutti occupati. Per l'ammissione di persone anziane è gestita una lista di attesa molto numerosa (oscilla mediamente tra le 280 e le 320 domande) ma in prevalenza formata da domande "preventive" o di persone che hanno trovato un equilibrio con altre misure assistenziali e per i quali non c'è necessità di ricovero effettivo. L'esperienza di anni porta a stimare in 20/30 i casi di persone/famiglie immediatamente disponibili al ricovero di anziani, diversi dei quali in attesa di dimissione dagli ospedali.
- 5 Centri Diurni per un totale di 84 posti di cui 70 posti accreditati e 14 privati
- 4 Comunità Alloggio per un totale di 24 posti
- 1 Centro Disturbi Cognitivi

## DISABILI

Nell'ambito territoriale di Mirandola i servizi sociali per persone disabili sono in capo all'Unione comuni modenesi area nord, committente dei seguenti servizi per persone disabili:

- 1 Centro Socio Riabilitativo Residenziale accreditato per l'intera capienza di 10 posti definitivi e 1 posto di sollievo. Entro l'anno 2018 si trasferirà in un nuovo edificio costruito grazie alle donazioni pervenute a seguito del sisma 2012 che avrà una capienza di 20 posti. Altri 34 disabili sono ospiti in diverse strutture residenziali fuori dal territorio (12) o, in presenza di problematiche sanitarie complesse, in CRA anziani (22 di cui 10 per gravissima disabilità acquisita).
- 1 Appartamento protetto a Finale Emilia, affidato in gestione ad ASP, che accoglie 3 ragazze disabili senza genitori e rete parentale ridotta, le quali si dividono le spese delle assistenti famigliari che le seguono nei loro bisogni
- 2 Centri Socio Riabilitativi Diurni con 14 posti accreditati a Mirandola (La Nuvola) e 20 posti a Finale Emilia (il Tandem)
- 2 Centri socio occupazionali, a Mirandola (Arcobaleno 1) con una capienza di 15 posti al mattino e 15 al pomeriggio, a Finale Emilia (Arcobaleno 2) con la stessa capienza.
- 1 Centro socio educativo a San Felice sul Panaro, aperto da ASP Comuni Modenesi Area dal 18 settembre 2017 per 15 posti destinati a disabili con progetti di socializzazione e sviluppo delle autonomie personali. Il centro promuove inoltre progetti speciali di attività educativa e assistenziale pomeridiana per minori con grave disabilità frequentanti scuole secondarie di primo e secondo grado appartenenti a nuclei famigliari fragili o monogenitoriali. Nel pomeriggio il centro ospita l'attività di socializzazione gestita dal centro Ancora (Croce blu)
- Percorsi di inserimento lavorativo ai quali l'Unione provvede con proprio personale del servizio di Formazione e integrazione lavorativa (FIL), in via di ridefinizione a seguito dei mutati indirizzi normativi (vedi L.14, bandi sul FRD e Buona Scuola). Mediamente sono gestiti un centinaio di utenti ogni anno e avviati a tirocini formativi e corsi di formazione. Dal 2018 è allargata la platea dell'attività non ai soli disabili ma anche ai soggetti fragili.
- Garantito il Sostegno scolastico a 259 ragazzi disabili attraverso appalto di servizio in tutti gli ordini di scuole tramite educatori assistenziali ad integrazione degli insegnanti di sostegno forniti della scuola.

## AREA TRASVERSALE AD ANZIANI E DISABILI

- Servizio di assistenza domiciliare, servizio complesso che presta prestazioni varie e flessibili che vanno da prestazioni socio assistenziali (igiene personale, movimentazione, socializzazione, sostegno e addestramento ai caregiver) per un totale di 34.571 ore rese nel 2017, prestazioni socio educative mirate all'accrescimento dell'autonomia personale e all'inclusione sociale degli utenti (2470 ore). Il servizio di assistenza domiciliare fornisce servizi accessori quali pasti e trasporto per 129 anziani e 45 disabili, oltre al servizio di telesoccorso (60 utenti)
- Micro-residenze del progetto CasaInsieme (unità abitative con disponibilità di spazi individuali e collettivi) con 6 piccoli appartamenti. Al momento sono attive 5 strutture per un totale di 30 posti sulle 9 previste dal progetto di ricostruzione post sisma con le risorse dei donatori, una in ogni comune

- Centro Adattamento Domestico (CAAD), servizio di livello provinciale con esperti in architettura, in domotica, in riabilitazione fisica a cui afferiscono cittadini dell'area nord, mediamente una decina ogni anno, che vogliono ricevere consulenza per l'adattamento dell'abitazione ai bisogni di persone disabili. L'accesso è gratuito e diretto o su invio dei servizi.

## INTERVENTI PER IL SISMA

In via temporanea e fino al perdurare dello stato di emergenza, ad oggi fissato nel 31.12.2020, sono in atto misure economiche di sostegno per coloro che hanno dovuto trovare un'abitazione alternativa alla propria, non agibile.

Al 31 marzo 2018, come si evince dalla tabella sotto riportata, sono ancora 868 i nuclei famigliari che ricorrono ad una sistemazione alternativa nel territorio o in territori limitrofi in attesa di rientrare nella loro abitazione. Dove si è trovato il dato è stato inserito anche il numero di persone complessivamente coinvolte.

COMUNI	NUCLEI FAMIGLIARI	N. PERSONE
Camposanto	21	43
Cavezzo	84	201
Concordia sulla Secchia	88	229
Finale Emilia	126	---
Medolla	47	134
Mirandola	244	641
San Felice sul Panaro	175	434
San Possidonio	50	146
San Prospero	33	85
TOTALE	868	