



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



# Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale 2018 - 2020



# **UNIONE TRESINARO SECCHIA**

## **Baiso, Casalgrande, Castellarano, Rubiera, Scandiano, Viano**

### **AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA**

#### **Distretto di Scandiano**

#### **Indice**

Premessa	pag.	4
<b>CAPITOLO 1 - FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO</b>		
1.1 Superficie e popolazione residente	pag.	6
1.2 Struttura della popolazione e dinamiche demografiche	pag.	7
1.3 Natalità e mortalità	pag.	9
1.4 La popolazione straniera	pag.	10
1.5 Indici di vecchiaia e dipendenza	pag.	11
1.6 Redditi	pag.	12
1.7 Disoccupati iscritti ai centri per l'impiego	pag.	14
1.8 Avviamenti e attivazioni al lavoro	pag.	15
1.9 Indicatori di deprivazione	pag.	19
1.10 Lo stato di salute e la prevenzione	pag.	20
<b>CAPITOLO 2 - RISORSE DEL TERRITORIO</b>		
2.1 Servizi sociali e socio-sanitari	pag.	32
2.2 La rete dei servizi e progetti per la non autosufficienza	pag.	36
2.3 I servizi sanitari nel Distretto di Scandiano	pag.	40
<b>CAPITOLO 3 - MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE</b>		
3.1 Assetto istituzionale in ambito zonale	pag.	49
3.2 Ufficio di piano	pag.	49

3.3 Accreditamento dei servizi socio-sanitari	pag. 50
<b>CAPITOLO 4 - SCELTE STRATEGICHE, PRIORITÀ', OBIETTIVI</b>	pag. 51
4.1 Le scelte strategiche regionali	pag. 51
4.2 Scelte strategiche e priorità contenute nel documento di programmazione dell'Unione Tresinaro Secchia	pag. 52
4.3 Obiettivi e priorità come esito del percorso partecipativo di costruzione del piano di zona per la salute ed il benessere sociale	pag. 53
<b>CAPITOLO 5 – PIANO TERRITORIALE DI LOTTA ALLA POVERTÀ</b>	
5.1 Le prassi di lavoro viste attraverso le precedenti programmazioni	pag. 55
5.2 Utilizzo del fondo sociale dal 2004 ad oggi	pag. 56
5.3 Il servizio sociale si misura con la povertà. Note di approfondimento	pag. 59
5.4 Res/Rei, l.r. 14. nuovi strumenti a disposizione del servizio sociale. Rischi e potenzialità	pag. 60
5.5 Il modello di governance locale e il modello organizzativo delle equipe multiprofessionali	pag. 61
5.6 Utilizzo delle risorse del fondo povertà. Quota servizi	pag. 64
<b>CAPITOLO 6 - REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO DI ZONA</b>	
6.1 Processo di realizzazione del Piano	pag. 66
6.2 Valutazione e monitoraggio	pag. 67
<b>ALLEGATI</b>	
1. LE SCHEDE DI PROGETTO	
2. GLI INDICATORI DISTRETTUALI	
3. IL PIANO FINANZIARIO DEL PIANO ATTUATIVO 2018	

## Premessa

“La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico: è lo strumento con cui si definiscono priorità e obiettivi, interventi da mettere in campo, risorse a disposizione, processi e procedure di attuazione. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra diversi attori pubblici e privati. A questa funzione spetta il compito di intercettare nuove risorse e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, indicare interventi e risposte adeguate” (Piano sociale e sanitario 2017-19)

Nel territorio dell'Unione Tresinaro Secchia sono stati sviluppati in questi anni diversi strumenti di programmazione, a partire dai precedenti Piani di zona triennali, che devono essere rivisti e tra loro integrati e resi coerenti, alla luce dei cambiamenti socio-economici degli ultimi anni e delle modifiche istituzionali intervenute. In particolare si fa riferimento agli accordi di Programma per l'integrazione socio-sanitaria e per la costituzione dell'Ufficio di Piano e governo dei fondi non autosufficienza, stipulati a suo tempo fra l'Unione, i Comuni e l'Azienda USL e rinnovati; alle più recenti programmazioni in materia di sostegno al reddito e accesso alla formazione e al lavoro (PON 2017-19 a sostegno della misura nazionale SIA-REI, Piano Integrato Territoriale di cui alla l.r. 14/15); alla programmazione annuale dei Fondi non autosufficienza regionali e nazionali con l'annessa programmazione di fabbisogno in materia di servizi accreditati per anziani e disabili; alle diverse programmazioni settoriali in materia di disabilità (programmi per la vita indipendente, Dopo di noi), in materia di contrasto al gioco d'azzardo (Piano Gap), in materia di politiche per la casa (fondi per la riconversione energetica degli edifici). Il tutto dovrebbe essere coerente con il Documento Unico di Programmazione triennale che riguarda tutte le politiche dell'ente, compreso il welfare locale.

In generale ogni misura che si intenda attuare sul piano distrettuale richiede sempre una visione più ampia e strategica nella quale incardinarla e appunto il metodo della programmazione diventa la bussola di orientamento per gestire e integrare al meglio le molteplici funzioni collegate al welfare locale.

In questo senso non va dimenticato il quadro europeo delle policy che riguardano più strettamente i sistemi di welfare ma che sono collegate al piano economico e al tema delle sostenibilità. Nel 2010 l'Unione Europea ha elaborato “*Europa 2020*”, una strategia decennale per la crescita che non mira soltanto a uscire dalla crisi economica, ma vuole anche colmare le lacune del nostro modello di crescita e creare le condizioni per un diverso tipo di sviluppo economico, più intelligente, sostenibile e solidale. Cinque sono le strategie e gli obiettivi di EU2020, da realizzare entro la fine del decennio. Riguardano l'occupazione, l'istruzione, la ricerca e l'innovazione, l'integrazione sociale e la riduzione della povertà, il clima e l'energia. In particolare la strategia che riguarda l'integrazione sociale e la riduzione della povertà è diventata anche materia rilevante delle politiche nazionali e regionali.

Il Piano di Zona dovrebbe rappresentare il precipitato delle strategie sovraordinate e la sintesi del welfare locale sociale e sanitario e con i diversi collegamenti in ambito proprio sanitario, educativo, in materia di lavoro, in materia di politiche

giovanili, in materia di politiche per la casa, indipendentemente dalla titolarità della funzione istituzionale cui sono in capo le specifiche materie.

In linea con le indicazioni del Piano sociale e sanitario 2017-19 il territorio dell'Unione Tresinaro secchia in materia di welfare ha definito e perseguito tre elementi di contesto favorenti le azioni e i progetti che si intendono mettere in atto:

- l'ambito distrettuale quale nodo strategico delle politiche sociali e dell'integrazione sociale e sanitaria;
- l'articolazione di servizi e progetti più prossimi alle comunità (istituzione dei poli sociali territoriali in seno al Servizio Sociale Unificato, prossima realizzazione di Case per la salute in tre Comuni)
- coinvolgimento di soggetti locali nella costruzione di azioni e progetti di welfare locale

Va infine rimarcato un focus di attenzione particolare, già anticipato negli ultimi anni dieci anni (crisi economica) con diversi progetti locali: il contrasto alle forme di esclusione sociale, alle povertà e il sostegno alle persone fragili.

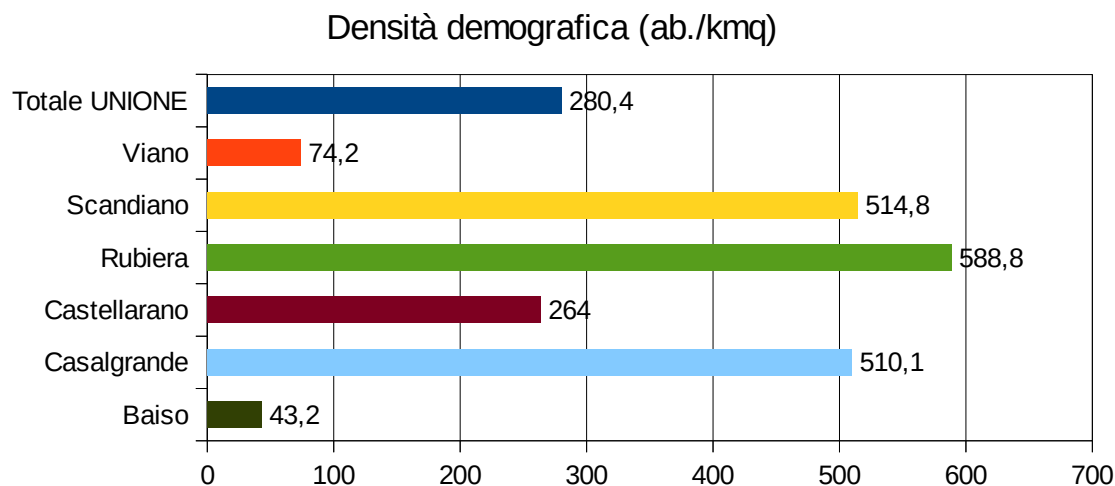
## CAPITOLO 1: FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

### 1.1 SUPERFICIE E POPOLAZIONE RESIDENTE

Tab. 1 - Superficie, popolazione residente e densità demografica per Comune

Comune	Superficie (kmq)	Pop. residente (al 31/12/2017)	Densità demografica (ab/kmq)
<b>Baiso</b>	<b>75,55</b>	<b>3.265</b>	<b>43,2</b>
<b>Casalgrande</b>	<b>37,71</b>	<b>19.234</b>	<b>510,1</b>
<b>Castellarano</b>	<b>58,06</b>	<b>15.326</b>	<b>264,0</b>
<b>Rubiera</b>	<b>25,19</b>	<b>14.833</b>	<b>588,8</b>
<b>Scandiano</b>	<b>50,05</b>	<b>25.764</b>	<b>514,8</b>
<b>Viano</b>	<b>44,97</b>	<b>3.337</b>	<b>74,2</b>
<b>Totale UNIONE</b>	<b>291,53</b>	<b>81.759</b>	<b>280,4</b>

Fonte: DUP Unione Tresinaro Secchia 2019-21

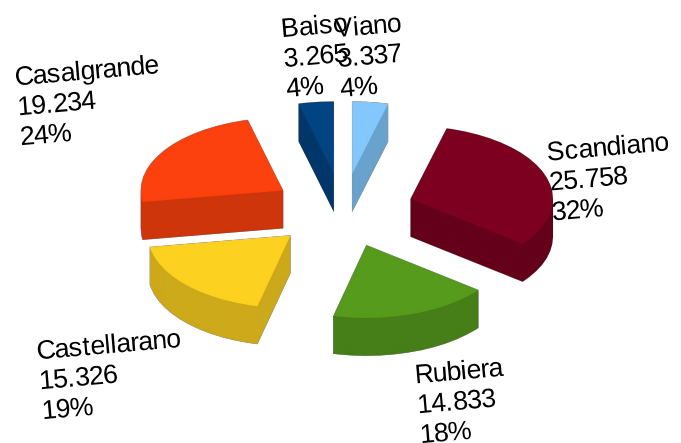


## 1.2 STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE E DINAMICHE DEMOGRAFICHE

Tab. 2 - Popolazione residente nei comuni dell'Unione, anno 2017. Saldi naturali e migratori

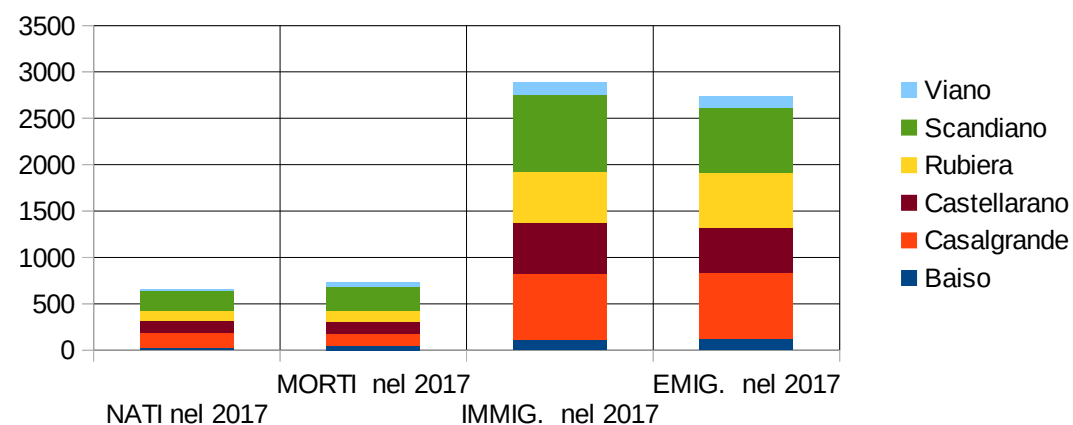
COMUNE	POP. al 31/12/2017	NATI nel 2017	MORTI nel 2017	SALDO NATURALE	IMMIG. nel 2017	EMIG. nel 2017	SALDO MIGRATORIO	SALDO di popolazione	INDICE DI CRESCITA
Baiso	3.265	31	41	-10	115	125	-10	-20	-0,61%
Casalgrande	19.234	154	139	15	712	708	4	19	0,10%
Castellarano	15.326	129	127	2	543	490	53	55	0,36%
Rubiera	14.833	116	122	-6	553	598	-45	-51	-0,34%
Scandiano	25.758	217	263	-46	830	689	141	95	0,37%
Viano	3.337	14	44	-30	138	127	11	-19	-0,57%
<b>UNIONE</b>	<b>81.753</b>	<b>661</b>	<b>736</b>	<b>-75</b>	<b>2.891</b>	<b>2.737</b>	<b>154</b>	<b>79</b>	<b>0,10%</b>

Fonte: DUP Unione Tresinaro Secchia 2019-21



Suddivisione popolazione Comuni dell'Unione

Nati/morti e immigrati/emigrati per Comune anno 2017



La dinamica della popolazione per saldo naturale e migratorio restituisce un territorio con saldo naturale negativo, in linea con i trend nazionali (fanno eccezione i Comuni di Castellarano e Casalgrande) e con saldo migratorio ancora positivo (fanno eccezione i Comuni di Baiso e Rubiera). Il saldo di popolazione dell'Unione è positivo ed è dovuto prevalentemente ai saldi migratori positivi dei Comuni di Castellarano e Scandiano che evidentemente sono attrattivi per occupazione e/o mercato delle abitazioni. Interessante è il confronto fra le strutture di popolazione dei distretti della Provincia di Reggio Emilia. La tabella successiva riporta i residenti al 01/01/2017 per distretto sanitario.

Tab. 3 - numero di residenti per classi di età e distretto sanitario in provincia di Reggio Emilia

	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo Monti		Provincia	
Classi di età	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
< 1	506	0,8	2.002	0,9	589	0,8	560	1,0	724	0,9	225	0,7	4.480	0,8
1-14	8.976	14,2	32.086	14,1	9.916	13,8	8.801	15,5	11.982	14,7	3.608	10,8	74.959	14,1
15-44	22.122	35,1	82.029	36,1	25.281	35,2	20.935	36,8	30.470	37,3	10.291	30,9	188.899	35,4
45-64	18.009	28,6	64.182	28,3	20.525	28,5	15.210	26,7	22.961	28,1	9.713	29,2	152.225	28,5
65-74	6.469	10,3	22.204	9,8	7.402	10,3	5.476	9,6	7.764	9,5	4.084	12,3	53.853	10,1
> 74	6.956	11,0	24.629	10,8	8.182	11,4	5.924	10,4	7.679	9,4	5.337	16,0	58.976	11,1
<b>Totale</b>	<b>63.038</b>	<b>100,0</b>	<b>227.132</b>	<b>100,0</b>	<b>71.895</b>	<b>100,0</b>	<b>56.906</b>	<b>100,0</b>	<b>81.580</b>	<b>100,0</b>	<b>33.258</b>	<b>100,0</b>	<b>533.392</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AUSL di Reggio Emilia

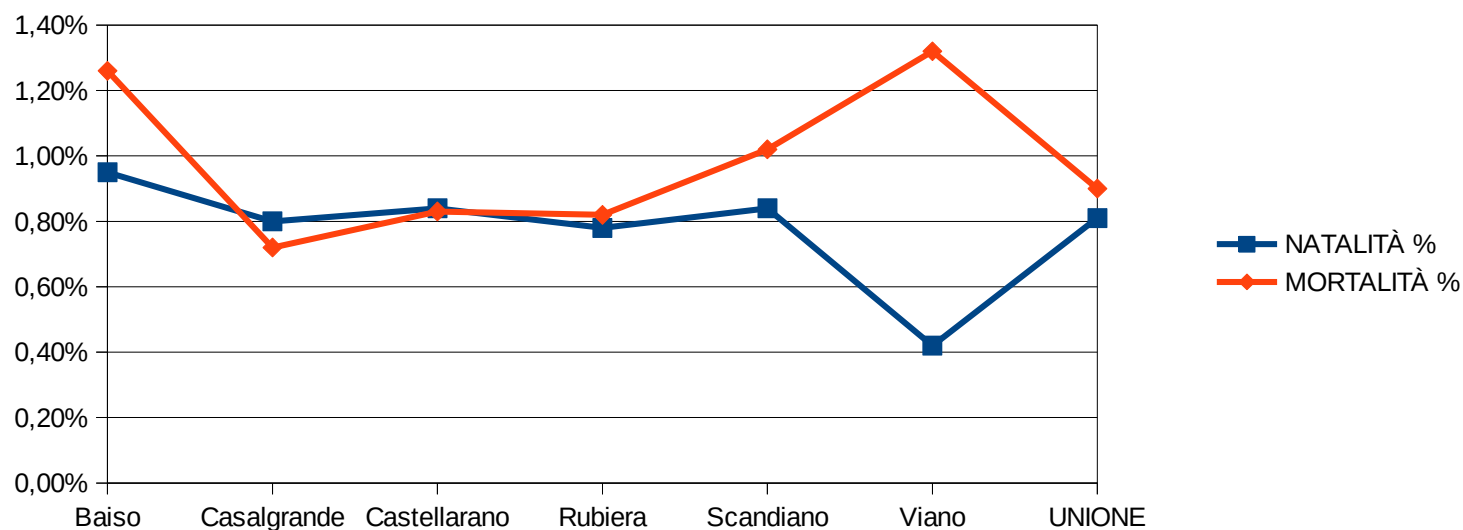
Scandiano e Correggio sono i distretti con le quote di popolazione più alte nelle fasce d'età fino a 44 anni, si potrebbero descrivere sinteticamente come i territori con la popolazione più "giovane" e meno "anziana" guardando anche al dato delle fasce d'età oltre i 65 anni

### 1.3 NATALITÀ E MORTALITÀ

Tab. 4 – Quozienti di natalità e mortalità per Comune – anno 2017

COMUNE	POP.	NATI	MORTI	NATALITÀ %	MORTALITÀ %
Baiso	3.265	31	41	0,95%	1,26%
Casalgrande	19.234	154	139	0,80%	0,72%
Castellarano	15.326	129	127	0,84%	0,83%
Rubiera	14.833	116	122	0,78%	0,82%
Scandiano	25.758	217	263	0,84%	1,02%
Viano	3.337	14	44	0,42%	1,32%
<b>UNIONE</b>	<b>81.753</b>	<b>661</b>	<b>736</b>	<b>0,81%</b>	<b>0,90%</b>

Fonte: DUP Unione Tresinaro Secchia 2019-21



I quozienti di natalità rimangono tutti sotto allo 1,00% della popolazione residente e, come si è visto, non compensano il quoziente di mortalità di poco superiore. Le maggiori distanze fra i due quozienti si hanno nei due Comuni con caratteristiche montane (Baiso e Viano), pur avendo il primo il quoziente di natalità più alto dell'Unione nel 2017.

## 1.4 LA POPOLAZIONE STRANIERA

Tab. 5 - Totale residenti stranieri per Distretti sanitari di residenza e Anno - Serie storica dal 1-1-2008 al 1-1-2018

distretti sanitari di residenza	01/01/08	01/01/09	01/01/10	01/01/11	01/01/12	01/01/13	01/01/14	01/01/15	01/01/16	01/01/17	01/01/18
Reggio Emilia	25.722	29.037	31.416	33.921	35.560	37.040	36.642	35.133	33.964	33.177	33.104
Scandiano	5.500	6.340	6.820	7.113	7.393	7.239	7.113	6.985	6.710	6.512	6.516
Montecchio Emilia	4.752	5.304	5.748	6.101	6.484	6.425	6.314	6.345	6.210	6.048	6.124
Guastalla	8.310	9.504	10.294	11.066	11.619	11.789	11.169	10.787	10.557	9.716	9.545
Castelnovo né Monti	2.413	2.574	2.831	2.997	3.157	3.206	3.089	3.102	2.980	2.945	3.064
Correggio	5.903	6.670	7.402	7.866	8.129	8.423	7.936	7.389	7.583	7.052	6.885
Totale	52.600	59.429	64.511	69.064	72.342	74.122	72.263	69.741	68.004	65.450	65.238

Fonte: Regione Emilia-Romagna

La tabella sopra fa comprendere la dinamica della presenza di cittadini residenti stranieri negli ultimi dieci anni nei distretti della provincia. Il numero assoluto dal 2008 è aumentato in ogni territorio (Distretto di Scandiano da 5.500 a 6.516 + 18%). Questo aumento di popolazione è però da assegnare fino agli anni 2011 e 2012, negli anni successivi con gli effetti occupazionali della crisi economica anche la popolazione immigrata diminuisce (Distretto di Scandiano da 7.393 a 6.516 - 12%)

## 1.5 INDICI DI VECCHIAIA E DIPENDENZA

Ai dati sopra richiamati aggiungiamo due indicatori che completano il panorama delle dinamiche demografiche in proiezione nei prossimi anni

Tab. 6 – Indici di vecchiaia e dipendenza Distretto di Scandiano – proiezione 2035

	Distretto di Scandiano	
	Anno 2018	Anno 2035
Indice di vecchiaia	126,12	196,47
Indice di dipendenza totale	52,7	60,35

Fonte: SISEPS Emilia Romagna

Il territorio di Scandiano in ambito regionale rimane, come sottolineato anche in precedenza con riferimento a quello provinciale, una delle zone “più giovani” e quindi con indicatori di vecchiaia (quanti anziani over 65 ogni infraquattordicenne) e di dipendenza (quante persone in età non attiva ci sono ogni 100 in età attiva) bassi nel panorama regionale.

Pur in questo quadro la proiezione al 2035 conferma il trend degli ultimi anni: l'indice di vecchiaia al 2035 aumenta di un terzo circa (avremo quasi due anziani ogni infra quattordicenne) e in connessione con questo un indice di dipendenza che aumenta del 15%.

Pertanto in prospettiva avremo anche nel territorio dell'Unione, seppure in una situazione meno squilibrata rispetto ad altri territori della Regione un quadro di questo tipo: bassa natalità, popolazione sostenuta dal saldo migratorio dipendente in gran parte da possibilità di lavoro, aumento considerevole della popolazione anziana e restringimento delle coorti di popolazione attiva, con maggiore dipendenza di quote di popolazione da queste. Bastano questi scenari per disegnare un futuro in cui complessivamente le risorse pubbliche o private impegnate nel welfare aumenteranno, con spostamenti importanti sulle classi di età anziana.

## 1.6 REDDITI

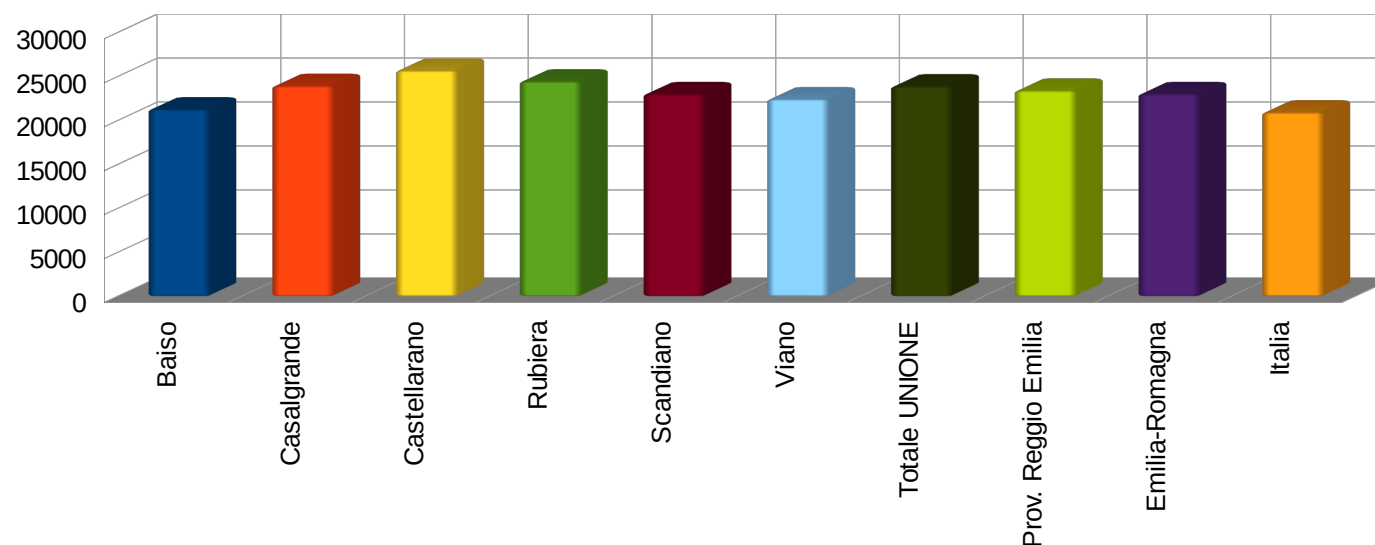
Dati locali sul reddito imponibile persone fisiche ai fini delle addizionali all'Irpef dei residenti, dati rapportati alla popolazione Istat al 31 dicembre. Anno d'imposta 2016 (dichiarazioni 2017).

Tab. 7 – Redditi anno 2016 – confronto Comuni, Provincia, Regione, Italia

Confronto dati Comuni dell'Unione con Provincia/Regione/Italia						
Nome	Dichiaranti	Popolazione	% pop	Importo Complessivo	Reddito Medio	Media/ Pop.
Baiso	2.487	3.258	76,34%	52.921.498	21.279	16.244
Casalgrande	13.409	19.215	69,78%	320.873.429	23.930	16.699
Castellarano	10.909	15.271	71,44%	280.169.589	25.682	18.347
Rubiera	10.686	14.882	71,80%	261.307.942	24.453	17.559
Scandiano	18.563	25.663	72,33%	427.277.580	23.018	16.650
Viano	2.461	3.356	73,33%	55.174.631	22.420	16.441
<b>Totale UNIONE</b>	<b>58.515</b>	<b>81.645</b>	<b>71,67%</b>	<b>1.397.724.669</b>	<b>23.887</b>	<b>17.120</b>
Provincia di Reggio Emilia	376.263	532.483	70,66%	8.802.467.492	23.394	16.531
Emilia-Romagna	3.294.027	4.448.841	74,04%	75.831.968.580	23.021	17.045
Italia	40.249.590	60.589.445	66,43%	841.926.743.552	20.918	13.896

Fonte: MEF - Dipartimento delle Finanze

Reddito medio per contribuente anno 2016

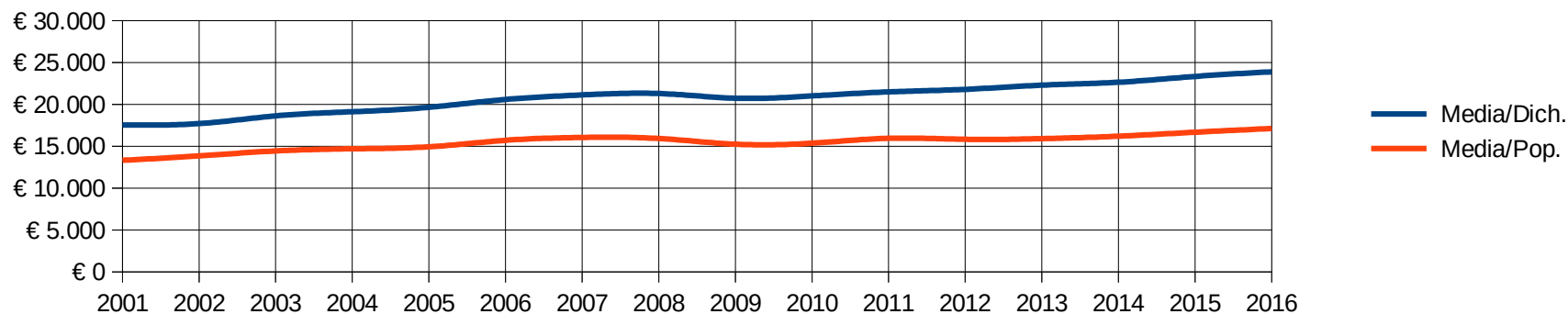


Tab. 8 – Redditi Unione serie storica 2001 - 2016

Serie storica Anni 2001-2016 Unione Tresinaro Secchia						
Anno	Dichiaranti	Popolazione	%pop	Importo	Media/Dich.	Media/Pop.
2001	50.687	66.762	75,92%	889.269.241	17.544	13.320
2002	53.504	68.388	78,24%	946.988.154	17.699	13.847
2003	54.525	70.331	77,53%	1.015.474.256	18.624	14.439
2004	55.584	72.300	76,88%	1.062.653.915	19.118	14.698
2005	56.101	73.810	76,01%	1.102.188.349	19.647	14.933
2006	57.741	75.665	76,31%	1.188.648.460	20.586	15.709
2007	58.934	77.549	76,00%	1.244.775.830	21.122	16.051
2008	59.179	79.115	74,80%	1.260.212.186	21.295	15.929
2009	58.703	79.835	73,53%	1.217.106.834	20.733	15.245
2010	58.784	80.376	73,14%	1.234.690.142	21.004	15.361
2011	59.064	79.571	74,23%	1.269.222.862	21.489	15.951
2012	58.474	80.490	72,65%	1.273.958.368	21.787	15.828
2013	58.014	81.308	71,35%	1.293.351.845	22.294	15.907
2014	58.295	81.463	71,56%	1.319.704.744	22.638	16.200
2015	58.297	81.578	71,46%	1.360.029.511	23.329	16.672
2016	58.515	81.645	71,67%	1.397.724.669	23.887	17.120

Fonte: DUP Unione Tresinaro Secchia 2019-21

## reddito medio Unione 2001-2016 su base dichiarazioni e popolazione



Il reddito medio disponibile nell'anno 2016 per il territorio dell'Unione è di poco superiore alla media provinciale e regionale, mentre nella distribuzione sui Comuni si evidenzia la differenza fra i Comuni con caratteristiche montane e quelli di valle e pianura. Dalla serie storica 2001-2016 si evidenzia la forbice progressiva fra reddito medio per dichiarazione e reddito medio su base di popolazione, a conferma della perdita di reddito complessiva della popolazione negli anni di crisi economica (2001 diff. -24,8%, 2016 -28,33%)

## 1.7 DISOCCUPATI ISCRITTI AI CENTRI PER L'IMPIEGO

Per "disoccupati iscritti ai Centri per l'impiego" non si intende la totalità delle persone prive di lavoro, ma soltanto coloro che, essendo privi di lavoro ed essendosi iscritti ai Centri per l'impiego, hanno formalizzato la propria condizione di "disoccupati" ai sensi dei D.Lgs 181/00 e 150/15.

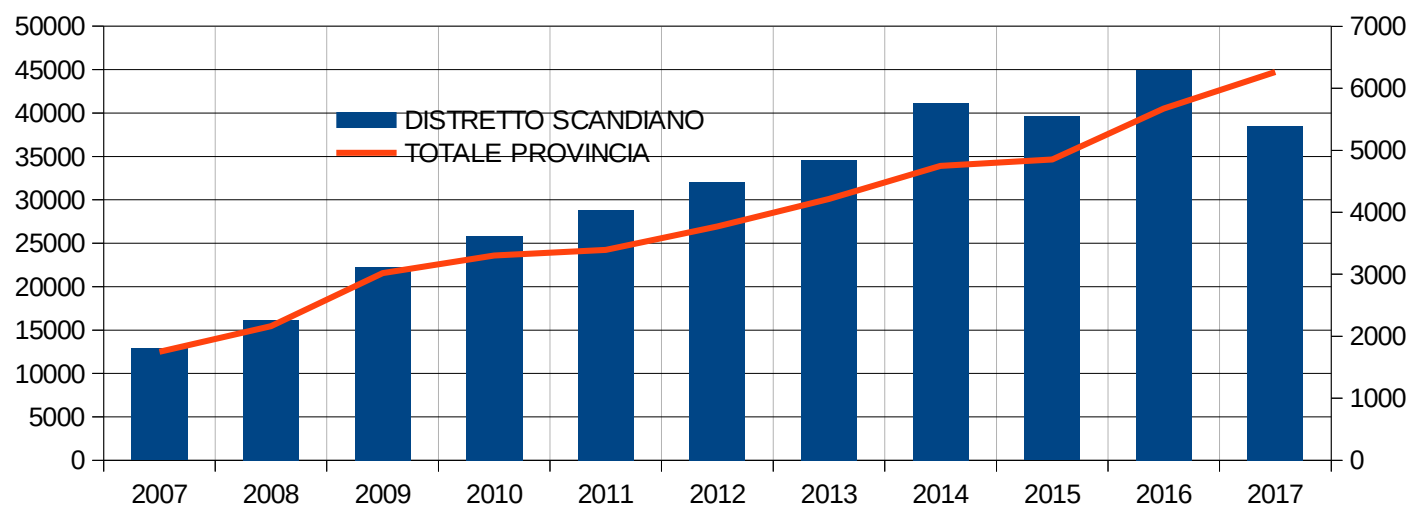
Il D.Lgs 150/15 ha cambiato i requisiti per l'accesso allo stato di disoccupazione, escludendo la possibilità di iscriversi ai centri per l'impiego in presenza di un qualsiasi tipo di contratto di lavoro, indipendentemente dal reddito e dalle ore lavorate.

I dati sono relativi al solo 'collocamento ordinario' (non sono compresi i disabili e le gli altri appartenenti a categorie protette ex L.68/99)

Tab. 9 – Disoccupati Distretto Scandiano e Provincia – serie storica 2007-17

Stock al 31/12	DISOCCUPATI ISCRITTI AI CENTRI PER L'IMPIEGO (STOCK)	
	DISTRETTO SCANDIANO	TOTALE PROVINCIA
2007	1.801	12.492
2008	2.265	15.459
2009	3.113	21.564
2010	3.611	23.599
2011	4.035	24.238
2012	4.487	26.957
2013	4.844	30.101
2014	5.760	33.903
2015	5.546	34.654
2016	6.292	40.515
2017	5.390	44.722

Fonte: Elaborazioni a cura della Provincia di Reggio Emilia sulla banca dati SIL-ER dei Centri per l'Impiego



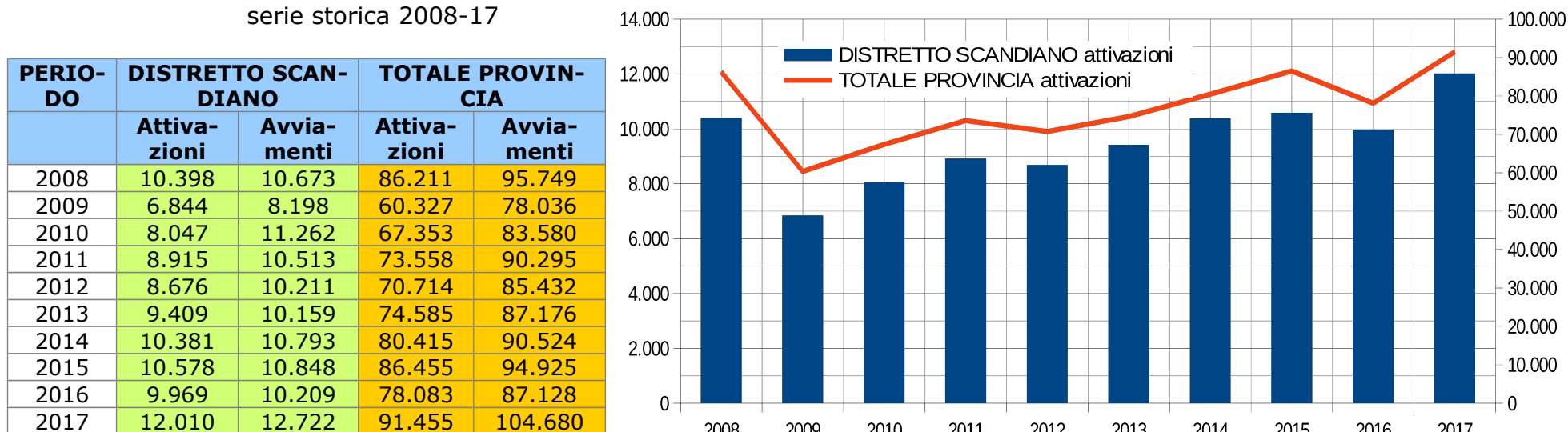
Il grafico a destra mostra i due trend (distrettuale e provinciale) degli stock al 31.12 di ogni anno di persone iscritte ai centri per l'impiego. Si può vedere come dal 2007 vi sia un peso crescente dello stock annuale dei disoccupati iscritti al Centro per l'impiego rispetto allo stock provinciale che arriva al suo minimo alla data del 31.12.2017. Una inversione di tendenza nell'ultimo anno dopo 9 anni consecutivi di crescita

## 1.8 AVVIAMENTI E ATTIVAZIONI AL LAVORO

Per "avviamenti al lavoro" si intendono i nuovi contratti di lavoro attivati nel periodo di riferimento. In altre parole, si tratta di nuove assunzioni, indipendentemente dalla durata e dal tipo di contratto di lavoro.

Per "attivazioni al lavoro" si intendono i nuovi contratti esclusi i contratti di lavoro intermittente e quelli attivati da famiglie e convivenze (lavoro domestico), i tirocini (che non sono propriamente rapporti di lavoro) e alcune altre residuali tipologie di rapporto, fra cui alcuni rapporti di lavoro autonomo (che non è obbligatorio comunicare al centro impiego).

Tab. 10 – Avviamenti e attivazioni al lavoro Distretto e Provincia  
serie storica 2008-17



Fonte: DUP Unione Tresinaro Secchia 2019-21

Dal diagramma a destra si evidenzia che la curva che rappresenta le attivazioni di contratti di lavoro non è dissimile fra il territorio provinciale e il Distretto di Scandiano, una caduta quasi verticale nel 2009, una lenta risalita fino al 2015, una diminuzione nel 2016 e una impennata nel 2017 che va oltre il numero di contratti di lavoro del 2008. Quindi ci sono voluti 9 anni per ritornare al livello dello stock di contratti di lavoro del 2008.

Tab. 11 - Avviamenti al lavoro nel periodo 01/1/2017 - 31/12/2017. Dettaglio

	DISTRETTO DI SCANDIANO				TOTALE PROVINCIA			
	M	F	T	%	M	F	T	%
<b>Cittadinanza</b>								
ITALIANI	5.265	4.787	10.052	79,0%	39.320	38.279	77.599	74,1%
STRANIERI COMUNITARI	251	267	518	4,1%	1.954	2.412	4.366	4,2%
EXTRACOMUNITARI	1.625	527	2.152	16,9%	15.394	7.321	22.715	21,7%
<b>Rapporto</b>	M	F	T	%	M	F	T	%
Rapporti a tempo indeterminato	1.370	955	2.325	18,3%	8.084	7.212	15.296	14,6%
Rapporti a termine	5.771	4.626	10.397	81,7%	48.584	40.800	89.384	85,4%
<b>Tempo pieno / part-time</b>	M	F	T	%	M	F	T	%
Tempo pieno	5.817	3.221	9.038	71,0%	44.165	27.601	71.766	68,6%
Part-time	1.324	2.360	3.684	29,0%	12.503	20.411	32.914	31,4%
<b>Macrotipologia contrattuale</b>	M	F	T	%	M	F	T	%
LAVORO SUBORD. TEMPO DETERMINATO	3.608	3.102	6.710	52,7%	24.002	22.249	46.251	44,2%
SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO TEMPORANEO ("INTERINALE")	1.614	823	2.437	19,2%	18.119	12.380	30.499	29,1%
LAVORO SUBORD. TEMPO INDETERMINATO	921	475	1.396	11,0%	5.779	3.277	9.056	8,7%
LAVORO INTERMITTENTE ("A CHIAMATA")	373	563	936	7,4%	2.981	3.813	6.794	6,5%
APPRENDISTATO	431	166	597	4,7%	1.975	1.201	3.176	3,0%
LAVORO DOMESTICO	18	314	332	2,6%	329	2.734	3.063	2,9%
ALTRO	88	37	125	1,0%	1.736	784	2.520	2,4%
TIROCINIO	39	24	63	0,5%	1.237	908	2.145	2,0%
LAVORO PARASUBORDINATO ("CO. CO. PRO"/"CO. CO. CO")	49	77	126	1,0%	510	666	1.176	1,1%
<b>Settore</b>	M	F	T	%	M	F	T	%
16agricoltura	682	257	939	7,4%	5.914	1.697	7.611	7,3%
industria	3.675	879	4.554	35,8%	23.685	8.624	32.309	30,9%
servizi	2.776	4.443	7.219	56,7%	27.034	37.685	64.719	61,8%
N. d.	8	2	10	0,1%	35	6	41	0,0%
<b>Qualifica (1° cifra codice Istat)</b>	M	F	T	%	M	F	T	%
1. Legislatori, dirigenti, imprenditori	21	16	37	0,3%	201	137	338	0,3%
2. Professioni individuali, scientif. e di elevata special.	418	1.430	1.848	14,5%	4.684	9.765	14.449	13,8%
3. Professioni tecniche	520	302	822	6,5%	3.647	3.072	6.719	6,4%
4. Impiegati	410	529	939	7,4%	3.480	4.493	7.973	7,6%
5. Professioni qualificate nelle attività commerciali	986	1.751	2.737	21,5%	6.960	13.829	20.789	19,9%
6. Artigiani, operai specializzati e agricoltori	1.816	328	2.144	16,9%	10.589	3.204	13.793	13,2%
7. Conduttori di impianti, operai semiqualeficati	978	240	1.218	9,6%	7.624	4.040	11.664	11,1%
8. Professioni che non necessitano di qualifiche specif.	1.992	985	2.977	23,4%	19.483	9.472	28.955	27,7%
<b>TOTALE</b>	<b>7.141</b>	<b>5.581</b>	<b>12.722</b>	<b>100,0%</b>	<b>56.668</b>	<b>48.012</b>	<b>104.680</b>	<b>100,0%</b>

Elaborazioni a cura della Provincia di Reggio Emilia su dati SIL-ER dei Centri per l'Impiego provinciali.

La tabella è utile per fare un raffronto della tipologia di avviamenti al lavoro fra il territorio dell'Unione e quello provinciale. In sintesi si può dire che gli avviamenti al lavoro nell'Unione rispetto al territorio provinciale sono: con una percentuale di lavoro extracomuni-

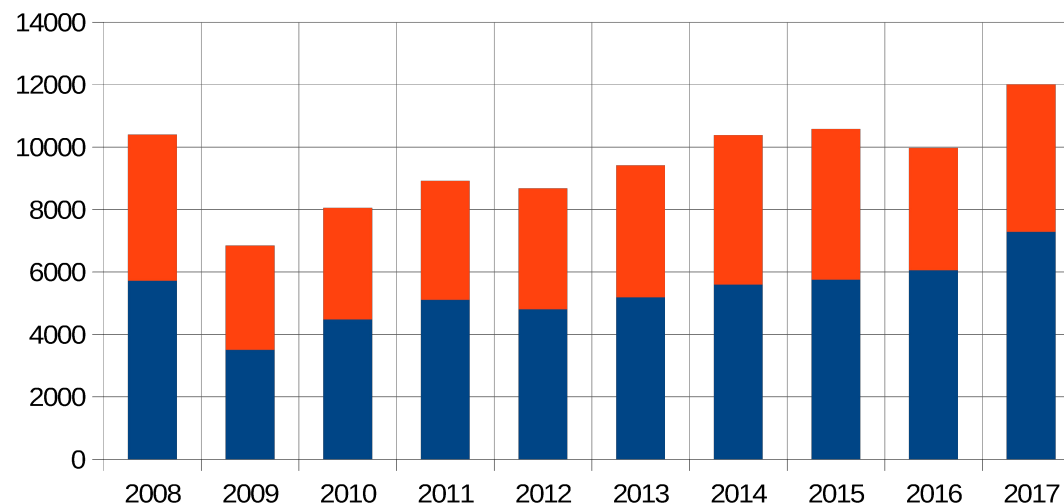
tario inferiore, più stabili e più a tempo pieno, con minore ricorso al lavoro interinale, più impiego nell'industria e meno nei servizi e con qualifiche più elevate

Analizziamo le attivazioni al lavoro dei cittadini residenti nei comuni dell'Unione nel dettaglio.

Tab. 12 – Attivazioni al lavoro nell'Unione per genere - serie storica 2008-17

Anno	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	%Femmine
2008	5.716	4.682	<b>10.398</b>	55,0%	45,0%
2009	3.503	3.341	<b>6.844</b>	51,2%	48,8%
2010	4.477	3.570	<b>8.047</b>	55,6%	44,4%
2011	5.106	3.809	<b>8.915</b>	57,3%	42,7%
2012	4.804	3.872	<b>8.676</b>	55,4%	44,6%
2013	5.186	4.223	<b>9.409</b>	55,1%	44,9%
2014	5.595	4.786	<b>10.381</b>	53,9%	46,1%
2015	5.751	4.827	<b>10.578</b>	54,4%	45,6%
2016	6.051	3.918	<b>9.969</b>	60,7%	39,3%
2017	7.282	4.728	<b>12.010</b>	60,6%	39,4%

Elaborazioni a cura della Provincia di Reggio Emilia su dati SIL-ER.

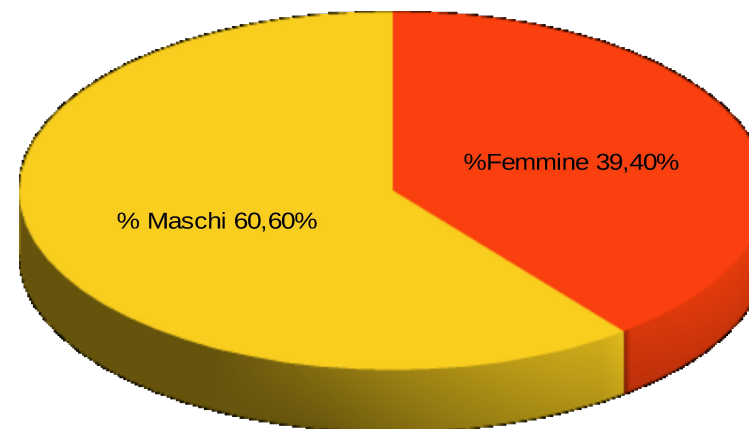


Dalla tabella e dal grafico si evince che dal 2008 la percentuale di attivazioni di lavoro maschile sul totale è in aumento, quella femminile al contrario è in diminuzione. In particolare nel 2016 si è verificato un brusco calo di attivazioni al lavoro femminili, anche in valore assoluto

Tab. 13 – Attivazioni al lavoro per Comune e genere. Confronto con Provincia anno 2017

Anno 2017	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	%Femmine
Baiso	293	233	<b>526</b>	55,7%	44,3%
Casalgrande	2.003	1.157	<b>3.160</b>	63,4%	36,6%
Castellarano	1.589	640	<b>2.229</b>	71,3%	28,7%
Rubiera	1.627	989	<b>2.616</b>	62,2%	37,8%
Scandiano	1.552	1.591	<b>3.143</b>	49,4%	50,6%
Viano	218	118	<b>336</b>	64,9%	35,1%
<b>Totale Unione</b>	<b>7.282</b>	<b>4.728</b>	<b>12.010</b>	<b>60,6%</b>	<b>39,4%</b>
<b>Provincia Reggio Emilia</b>	<b>51.610</b>	<b>39.845</b>	<b>91.455</b>	<b>56,4%</b>	<b>43,6%</b>

Elaborazioni a cura della Provincia di Reggio Emilia su dati SIL-ER.



Se analizziamo il dato dell'ultimo anno rileviamo che in tutti i Comuni dell'Unione, ed in generale nella provincia di Reggio Emilia, le attivazioni risultano maggiori per gli uomini, a differenza del Comune di Scandiano dove prevalgono le attivazioni per il genere femminile, dovuto probabilmente ad una maggiore incidenza di servizi che insistono sul Comune capo distretto

Tab. 14 – Attivazioni al lavoro nell'Unione per fasce d'età – serie storica 2008-17

Anno	VALORI ASSOLUTI					VALORI PERCENTUALI				
	15-24 anni	25-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50 anni e più	15-24 anni	25-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50 anni e più
2008	2.117	1.855	3.187	1.933	1.306	20,4%	17,8%	30,7%	18,6%	12,6%
2009	1.052	1.076	2.310	1.476	930	15,4%	15,7%	33,8%	21,6%	13,6%
2010	1.366	1.247	2.661	1.771	1.002	17,0%	15,5%	33,1%	22,0%	12,5%
2011	1.468	1.199	2.979	2.175	1.094	16,5%	13,4%	33,4%	24,4%	12,3%
2012	1.231	1.167	2.839	2.266	1.173	14,2%	13,5%	32,7%	26,1%	13,5%
2013	1.430	1.209	3.045	2.533	1.192	15,2%	12,8%	32,4%	26,9%	12,7%
2014	1.554	1.341	3.424	2.719	1.343	15,0%	12,9%	33,0%	26,2%	12,9%
2015	1.599	1.356	3.362	2.671	1.590	15,1%	12,8%	31,8%	25,3%	15,0%
2016	1.667	1.403	2.820	2.544	1.535	16,7%	14,1%	28,3%	25,5%	15,4%
2017	2.315	1.789	3.020	2.960	1.926	19,3%	14,9%	25,1%	24,6%	16,0%

Elaborazioni a cura della Provincia di Reggio Emilia su dati SIL-ER.

In percentuale si rileva una sostanziale omogeneità di attivazioni tra le varie fasce d'età. Se analizziamo l'ultimo anno rileviamo una prevalenza nell'età compresa tra i 30 e i 49 anni. Tendenza analoga in tutti i Comuni dell'Unione. E' nei comuni di Viano e Rubiera che troviamo le attivazioni maggiori tra i giovani tra i 15 e 24 anni.

Tab. 15 – Attivazioni al lavoro anno 2017 per Comune e fasce d'età

Anno 2017	VALORI ASSOLUTI					VALORI PERCENTUALI				
	15-24 anni	25-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50 anni e più	15-24 anni	25-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50 anni e più
Baiso	112	71	145	121	77	21,3%	13,5%	27,6%	23,0%	14,6%
Casalgrande	531	428	847	829	525	16,8%	13,5%	26,8%	26,2%	16,6%
Castellarano	458	298	499	656	318	20,5%	13,4%	22,4%	29,4%	14,3%
Rubiera	575	396	646	614	385	22,0%	15,1%	24,7%	23,5%	14,7%
Scandiano	559	521	807	667	589	17,8%	16,6%	25,7%	21,2%	18,7%
Viano	80	75	76	73	32	23,8%	22,3%	22,6%	21,7%	9,5%
<b>Totale Unione</b>	<b>2.315</b>	<b>1.789</b>	<b>3.020</b>	<b>2.960</b>	<b>1.926</b>	<b>19,3%</b>	<b>14,9%</b>	<b>25,1%</b>	<b>24,6%</b>	<b>16,0%</b>
<b>Provincia Reggio Emilia</b>	<b>19.978</b>	<b>15.073</b>	<b>23.180</b>	<b>20.319</b>	<b>12.905</b>	<b>21,8%</b>	<b>16,5%</b>	<b>25,3%</b>	<b>22,2%</b>	<b>14,1%</b>

Elaborazioni a cura della Provincia di Reggio Emilia su dati SIL-ER.



## 1.9 INDICATORI DI DEPRIVAZIONE

L'indice di deprivazione è una misura della deprivazione materiale e sociale. E' composto dalla somma di cinque indicatori di svantaggio:

- 1: % di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare (mancato raggiungimento obbligo scolastico)
- 2: densità abitativa (numero di occupanti per 100 m<sup>2</sup> nelle abitazioni).
- 3: % di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione
- 4: % di abitazioni occupate in affitto
- 5: % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi

Pur con dati del 2011 è interessante riportare, non tanto l'indice di deprivazione sintetico, quanto gli indicatori che lo compongono e la loro distribuzione per distretto in rapporto al dato regionale (tabella sotto)

La percentuale di residenti con basso livello di istruzione è più alta in tutti distretti provinciali rispetto all'Emilia-Romagna. Solo a Correggio e a Castelnovo Monti i soggetti disoccupati o in cerca di prima occupazione sono meno che in regione, mentre a Scandiano la proporzione è sovrapponibile. La densità abitativa è sostanzialmente sovrapponibile in tutte le aree, mentre gli affitti sono meno frequenti in provincia ad eccezione del distretto di Reggio Emilia. Le famiglie monogenitoriali con figli conviventi sono inferiori in tutti i distretti provinciali.

Tab. 16 - Indicatori necessari per la costruzione dell'indice di deprivazione nel 2011 per distretto

Nome Distretto	Istruzione bassa	Disoccupazione	Abitanti / 100mq	Abitazione in affitto	Famiglie monogenitoriali	ampiezza demografica
MONTECCHIO EMILIA	31,5%	7,4%	2,34	16,8%	9,3%	61.542
REGGIO EMILIA	27,4%	8,6%	2,43	20,7%	9,9%	216.274
GUASTALLA	32,1%	7,2%	2,14	17,3%	9,6%	71.111
CORREGGIO	31,6%	6,0%	2,25	16,8%	8,9%	54.911
SCANDIANO	30,4%	6,8%	2,43	15,7%	10,1%	79.445
CASTELNOVO NE' MONTI	34,8%	5,5%	2,18	11,1%	9,4%	33.852
Emilia-Romagna	28,7%	6,7%	2,29	19,3%	10,3%	4.337.369

(Fonte: AUSL di Reggio Emilia)

## 1.10 LO STATO DI SALUTE E LA PREVENZIONE

### Aspettativa di vita

L'aspettativa di vita (o speranza di vita) è una misura strettamente correlata al tasso di mortalità di una popolazione, e fornisce indicazioni sulle condizioni sociali, ambientali e sanitarie di un territorio. La speranza di vita dunque non è solo un indicatore di natura demografica, ma rappresenta anche un importante parametro per valutare il livello di sviluppo e la qualità della vita di un territorio. La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che restano da vivere a una persona alla nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento.

Le tabelle successive riportano, per genere, l'andamento in Italia, Emilia-Romagna e nelle province.

Tab. 17: aspettativa di vita alla nascita per territorio, anno e genere nel sesso maschile

Anno	Speranza di vita alla nascita - Maschi										
	Italia	Regione	Piacenza	Parma	<b>Reggio</b>	Modena	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini
2002	77,2	77,6	76,7	77,1	<b>77,4</b>	78,1	78,1	75,9	78,0	77,9	78,8
2003	77,2	77,8	76,5	77,1	<b>77,3</b>	78,5	78,1	76,3	78,4	78,1	78,5
2004	77,9	78,5	77,4	77,8	<b>78,9</b>	78,5	78,9	76,8	79,2	79,3	79,0
2005	78,1	78,8	77,4	77,9	<b>78,2</b>	79,2	79,2	77,9	79,6	79,5	79,7
2006	78,4	79,1	78,1	78,5	<b>79,1</b>	79,2	79,4	78,1	79,6	79,9	79,9
2007	78,6	79,2	78,3	79,1	<b>78,6</b>	79,7	79,5	78,2	80,1	79,7	80,0
2008	78,7	79,4	78,8	78,9	<b>79,6</b>	79,9	79,7	78,7	79,7	79,9	79,7
2009	78,9	79,7	78,5	79,5	<b>79,4</b>	80,3	80,1	78,6	80,5	79,7	80,0
2010	79,3	79,9	79,3	79,5	<b>79,4</b>	80,4	80,2	78,6	81,0	80,6	80,8
2011	79,5	80,3	79,5	80,2	<b>80,4</b>	80,6	80,5	79,3	80,6	80,7	80,8
2012	79,6	80,2	79,4	80,3	<b>80,0</b>	80,4	80,5	79,3	80,7	80,5	81,0
2013	79,8	80,5	79,7	80,3	<b>80,1</b>	80,5	80,9	79,8	81,2	81,0	81,0
2014	80,3	81,0	80,2	80,6	<b>81,1</b>	81,2	81,3	80,2	81,5	81,2	81,6
2015	80,1	80,9	79,7	80,9	<b>80,8</b>	81,3	81,1	79,5	81,4	81,5	81,8
2016	80,6	81,2	80,7	80,9	<b>80,8</b>	81,5	81,5	80,3	81,5	81,4	82,0

Tab. 18: aspettativa di vita alla nascita per territorio, anno e genere nel sesso femminile.

Anno	Speranza di vita alla nascita - Femmine										
	Italia	Regione	Piacenza	Parma	Reggio	Modena	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini
2002	83,0	83,8	83,3	83,5	<b>83,8</b>	84,1	83,9	83,1	84,1	84,2	84,3
2003	82,8	83,3	82,6	83,0	<b>83,6</b>	83,6	83,2	83,0	83,6	83,9	83,9
2004	83,6	84,0	83,4	83,5	<b>84,4</b>	84,2	84,1	82,9	84,2	85,0	84,4
2005	83,5	84,0	83,6	83,9	<b>84,0</b>	84,4	83,9	83,3	84,4	84,4	84,6
2006	83,9	84,3	84,1	84,2	<b>84,3</b>	85,0	84,3	83,3	84,9	84,8	85,0
2007	83,9	84,4	83,9	84,2	<b>84,2</b>	84,6	84,6	83,9	84,7	85,3	84,8
2008	83,9	84,4	83,8	84,0	<b>84,2</b>	85,0	84,5	83,5	85,0	84,8	84,5
2009	84,0	84,5	84,3	84,1	<b>84,1</b>	85,2	84,6	83,8	84,6	85,0	85,1
2010	84,3	84,8	84,0	84,3	<b>85,3</b>	85,1	85,1	83,8	85,6	85,0	85,2
2011	84,4	84,9	85,0	84,7	<b>85,7</b>	85,1	84,8	84,2	84,9	85,4	85,3
2012	84,4	84,9	84,5	84,8	<b>84,7</b>	85,1	85,1	83,8	85,5	85,1	85,2
2013	84,6	85,1	84,4	85,3	<b>85,0</b>	85,0	85,2	84,6	85,2	85,1	85,6
2014	85,0	85,4	85,0	85,3	<b>85,3</b>	85,8	85,5	84,4	85,8	85,6	86,2
2015	84,6	85,0	85,0	85,0	<b>85,0</b>	85,5	85,0	83,5	85,2	84,9	85,4
2016	85,0	85,3	84,9	85,4	<b>85,1</b>	85,3	85,6	84,2	85,6	85,8	86,2

Sia nei maschi che nelle femmine la speranza di vita in regione è lievemente superiore a quella italiana in entrambi i sessi.

Reggio Emilia si colloca in una posizione intermedia tra Italia ed Emilia-Romagna.

I dati migliori sono rilevati in Romagna, in particolare a Rimini, dove la mortalità generale è la più bassa della regione.

### Mortalità - Le cause di morte

La mortalità, generale e causa specifica, è un indicatore importante benché incompleto dello stato di salute di una popolazione.

Dal 2015 si registra un eccesso di mortalità rispetto agli anni precedenti in tutta Europa, dovuto prevalentemente agli ultranovantenni, come conseguenza dei decessi e del calo di nascite e successiva ripresa che si verificò a causa della prima guerra mondiale e della successiva epidemia spagnola. Ovviamente i grandi anziani sperimentano una mortalità molto elevata e questa si è rivelata la spiegazione principale dell'eccesso osservato.

Il numero di decessi è generalmente più elevato nelle femmine, che sono molto più numerose nelle classi di età più anziane, ma i tassi specifici sono nettamente superiori nei maschi tranne che per quanto riguarda la mortalità infantile e nelle centenarie.

La principale causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio, seguite dai tumori e dalle malattie dell'apparato respiratorio.

Nel 2016 si sono verificati in regione 26.256 decessi nelle donne e le 3 cause più frequenti sono state le malattie cardiocircolatorie, i tumori e, a distanza, le malattie dell'apparato respiratorio. Nei maschi erano 23.000 e la prima causa di morte erano i tumori seguiti dalle patologie cardiocircolatorie e da quelle respiratorie.

In provincia i decessi sono stati 2.908 e 2.585 e la distribuzione dei decessi è simile a quella regionale.

I tassi di mortalità per tutte le cause sono, in entrambi i sessi, sostanzialmente sovrapponibili rispetto alla regione, malgrado alcune variazioni annuali.

La mortalità generale appare nettamente superiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile.

Per quanto riguarda la mortalità nelle diverse classi di età nel primo anno di vita prevalgono nettamente i decessi per malformazioni congenite e per condizioni morbose perinatali; nei maschi di età inferiore a 40 anni la prima causa di morte è rappresentata dai traumi, la maggior parte dei quali legati ad incidenti da trasporto, seguita dai tumori; nelle femmine l'ordine di queste due cause si inverte; dai 40 ai 74 anni in entrambi i sessi la prima causa di decesso sono i tumori, seguiti a notevole distanza dalle malattie del sistema circolatorio; oltre i 75 anni le malattie cardiocircolatorie diventano, con maggior rilievo nel sesso femminile, la prima causa di morte seguita dai tumori.

L'andamento del tempo della mortalità generale in provincia di Reggio Emilia non mostra particolarità rispetto alla regione. Fino al 2011 la mortalità era in costante riduzione da un decennio in relazione al miglioramento delle condizioni di vita e delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e terapia offerte dalle strutture sanitarie. La riduzione era simile a Reggio Emilia e in regione, con una maggiore variabilità annuale legata alla numerosità meno elevata di Reggio Emilia. In entrambi i generi e nelle due popolazioni si osserva un picco della mortalità nel 2003, più spiccato a Reggio Emilia nel sesso maschile, caratterizzato da un netto eccesso della mortalità estiva, dovuta principalmente a cause cardiocircolatorie e respiratorie. Nel 2012 e nel 2015-2016 si osservano due picchi in entrambi i sessi e in entrambe le aree, il secondo già descritto in precedenza.

### **Tumori**

Nel 2014 in provincia di Reggio Emilia i nuovi casi di tumore maligno, esclusi i tumori della cute non melanomi, sono stati 3.205 (1.670 negli uomini e 1.535 nelle donne) e il tasso di incidenza standardizzato 683.0 su 100.000 uomini e 507.2 su 100.000 donne. I tumori più frequenti nei maschi sono quelli del polmone e della prostata, seguiti da vescica e colon retto. Nelle femmine è di gran lunga più frequente il tumore della mammella, seguito a distanza di colon retto e polmone.

### **Diabete**

I nuovi casi di diabete, rilevati al 10/04/2017 dal registro diabete della provincia di Reggio Emilia, sono stati 2.333, 1.263 maschi e 1.070 femmine, con un tasso di 4,8 x 1.000. Alla stessa data i casi prevalenti erano 32.633 (6,1%), 17.812 maschi (6,8%) e 14.821 femmina (5,5%). La patologia è più frequente nei maschi e molto più frequente nei soggetti con più di 60 anni di età.

Il diabete giovanile di tipo 1 rappresenta il 3,5% dei casi. Il 52% dei pazienti è seguito dai servizi diabetologici e il 33,5% è in gestione integrata.

### **Studio PASSI<sup>1</sup> - Stili di vita**

---

1

Sistema di sorveglianza PASSI – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Dati 2014-2016 delle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna.  
Fonti: Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna; Servizio di Epidemiologia AUSL di Modena; Servizio di Epidemiologia AUSL Cesena.

I dati sugli stili di vita in provincia di Reggio Emilia non si discostano significativamente da quelli regionali. Di seguito si riporta la descrizione delle caratteristiche dei soggetti che presentano comportamenti a maggior rischio.

### Eccesso ponderale

Le varie edizioni dell'indagine ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione" indicano costantemente una elevata proporzione di soggetti adulti sovrappeso e obesi, più evidente nei maschi, che cresce al crescere dell'età. È dimostrata una forte correlazione tra livello educativo e peso corporeo con trend in crescita dell'indice di massa corporea dalla laurea alla licenza elementare in tutte le classi di età e un netto gradiente geografico a svantaggio del meridione.

Tab. 19: distribuzione dello stato nutrizionale (%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Emilia-Romagna	3,7	53,6	30,9	11,8
Reggio Emilia	2,6	55,3	31	11,1

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati 2014-2016.

Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute, attivo dal 2007, ha pubblicato i dati relativi a 571 bambini presenti su 635 iscritti al piano di controllo relativi al 2016 (22 avevano rifiutato e 42 erano assenti).

Tra i bambini della nostra AUSL il 2.5% risulta in condizioni di obesità grave, il 5.8% risulta obeso, il 20% sovrappeso, il 70,6% normopeso e il 1,1% sottopeso.

Il dato è abbastanza stabile in confronto alle rilevazioni precedenti.

Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 12,7% per titolo di scuola elementare o media, a 6,8% per diploma di scuola superiore, a 5% per la laurea.

Nella nostra AUSL solo il 56% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata. Il 6 % non fa colazione e il 38% non la fa qualitativamente adeguata. La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media).

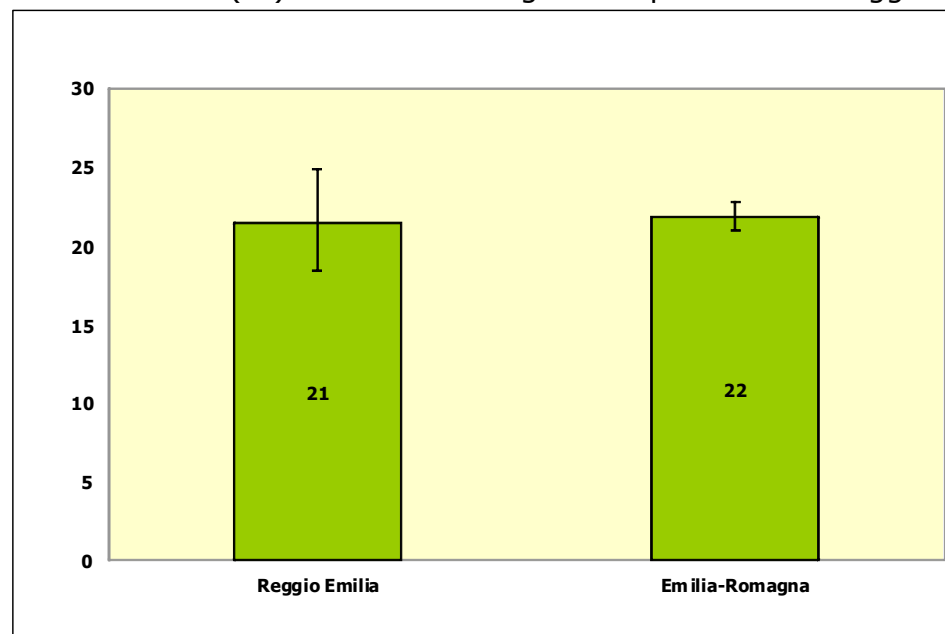
---

Indagine condotta su 9.581 soggetti, 4.751 maschi e 4.830 femmine di età 18-69 anni tramite intervista con un questionario standardizzato. Per la provincia di Reggio Emilia le interviste sono state 780, 384 maschi e 396 femmine.

### Attività fisica

I sedentari in Emilia-Romagna sono il 21,9%, a fronte del 36,5% di soggetti attivi e del 41,6% di parzialmente attivi. La provincia di Reggio Emilia mostra risultati simili: i sedentari sono il 21,5%, gli attivi il 39,1% e i parzialmente attivi il 39,4%.

Persone sedentarie (%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2014-2016.

L'attività fisica, insieme con l'alimentazione, oltre ad avere numerosi effetti benefici per la salute, è un importante determinante di eccesso ponderale.

I dati raccolti da "OKKIO" hanno evidenziato che i bambini della nostra Asl fanno poca attività fisica. Si stima che 3 bambini su 20 risultino fisicamente inattivi. Solo 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età.

Si conferma il dato relativo alla scarsa attività fisica, rilevato negli anni precedenti.

Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

I genitori riferiscono che il 59% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 29% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 12% per almeno 5 ore.

L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (45% versus 35%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

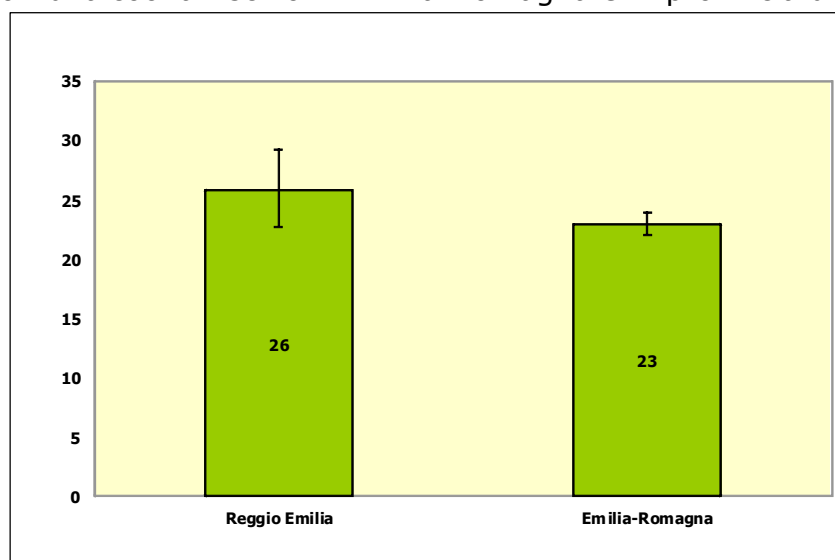
Complessivamente il 31% dei bambini ha un televisore nella propria camera e l'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (25% versus 13%).

### Alcool

L'aspetto più preoccupante del consumo di alcool, in Emilia-Romagna, è il crescente fenomeno dei bevitori smodati "binge drinking", che nel triennio 2014/16 raggiunge il 23,0% delle persone di 18-69 anni, in netto aumento rispetto alla rilevazione precedente. I dati rilevati in provincia sono superiori rispetto ai dati regionali.

La proporzione di consumatori a rischio<sup>2</sup> a Reggio Emilia è superiore a quella regionale. Il consumo di alcool a rischio è significativamente maggiore nelle classi di età più giovani (18-34 anni) e nei maschi.

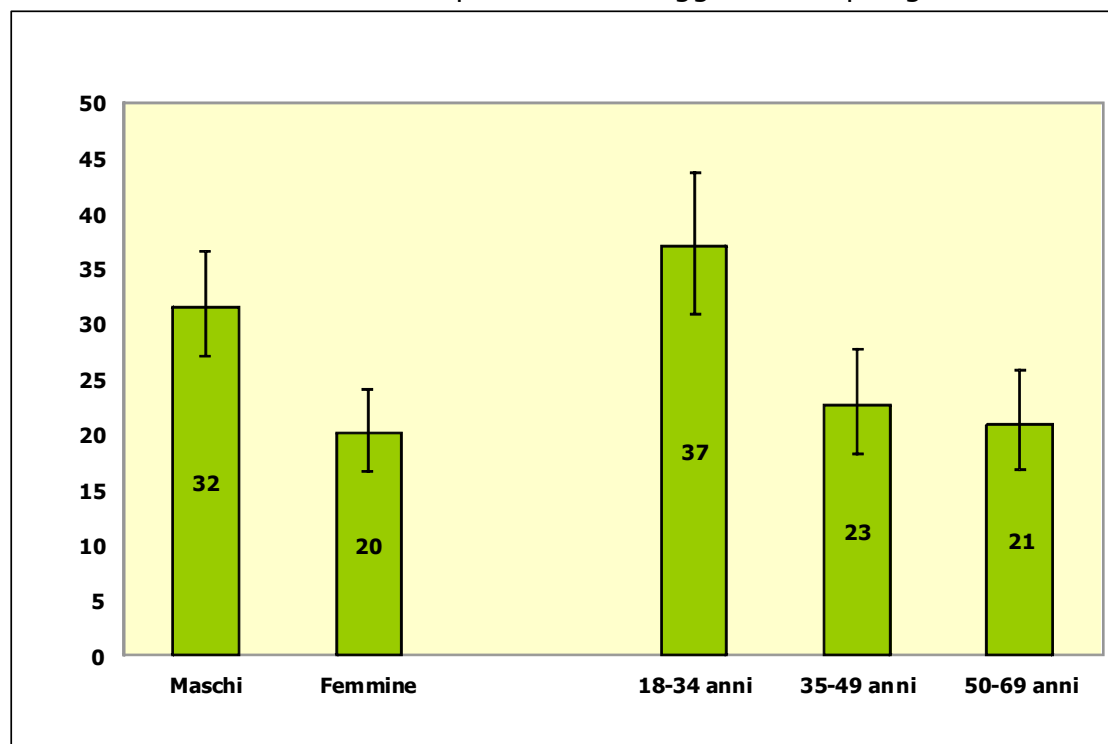
% consumatori di alcool a rischio in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2014-2016.

<sup>2</sup> consumo di alcool forte abituale (per gli uomini, più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni).

% consumatori di alcool a rischio in provincia di Reggio Emilia per genere e classi di età



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2014-2016.

In regione l'8,5% degli intervistati non astemi ha riferito di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni, valore sovrapponibile a quello del triennio precedente, e il 6,6% ha viaggiato con un guidatore che era sotto l'effetto dell'alcool. In provincia di Reggio Emilia le stesse percentuali erano, rispettivamente, 7,6% e 7,7%.

### Fumo di sigaretta

Il fumo rappresenta il fattore di rischio legato alle abitudini di vita di maggior rilievo.

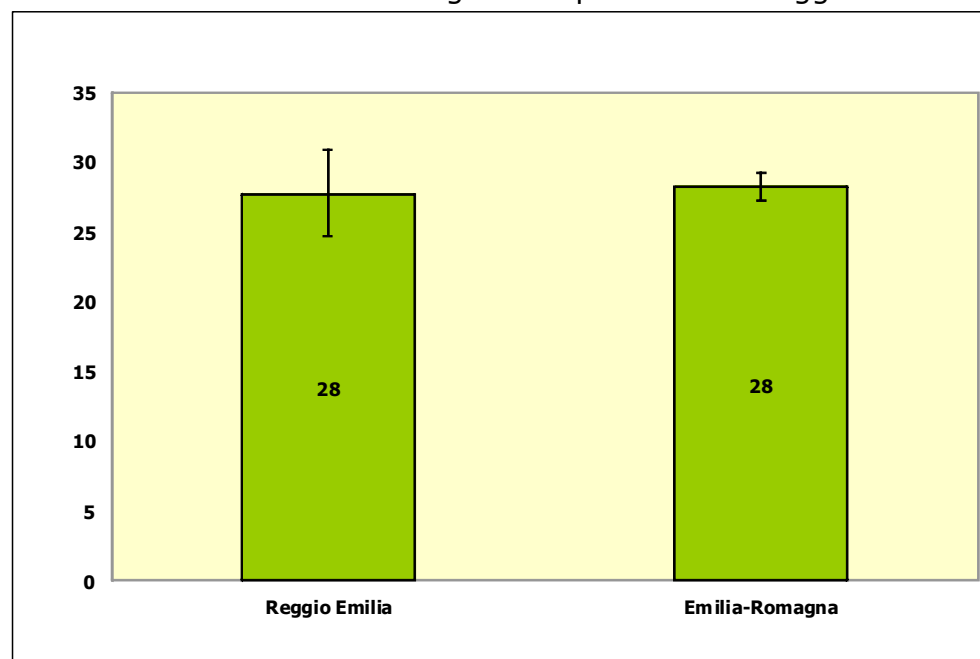
La provincia di Reggio Emilia registra una proporzione leggermente più bassa di fumatori di sigarette rispetto all'Emilia-Romagna. I fumatori in regione erano il 28,2%, i non fumatori il 49,4% e gli ex-fumatori il 22,4%, risultati sovrapponibili alla rilevazione precedente.

In provincia sono rispettivamente il 27,8%, 50,0% e 22,2%.

Fumano di più i maschi rispetto alle femmine 29,1% vs. 26,4% in provincia, ma mentre nei maschi si registra un calo, le consumatrici sono in aumento soprattutto nelle aree urbane.

Il numero medio di sigarette fumate giornalmente è circa 12 in entrambe le aree territoriali.

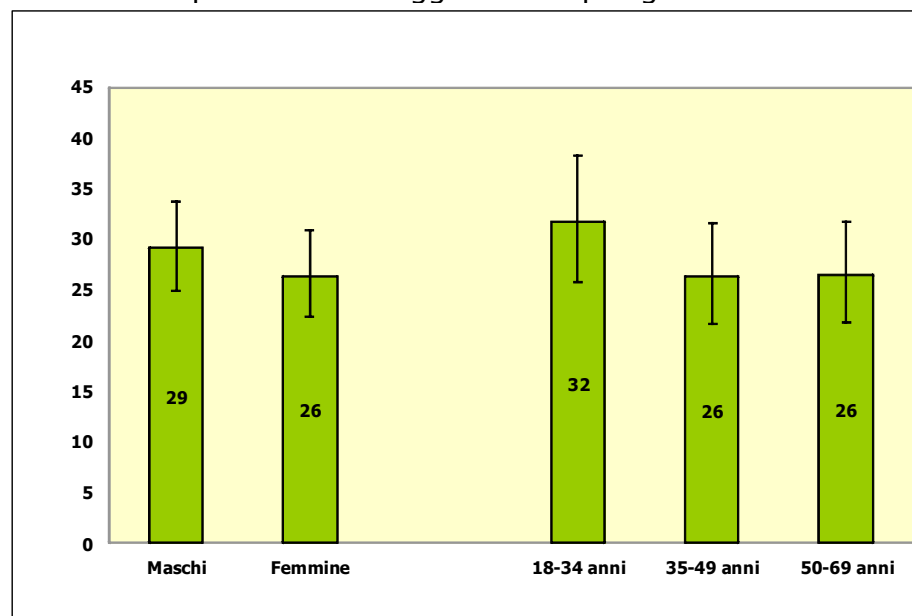
% fumatori in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2014-2016.

A Reggio Emilia la fascia di età 18-34 è quella con più fumatori con il 31,7%.

% fumatori in provincia di Reggio Emilia per genere e classi di età.

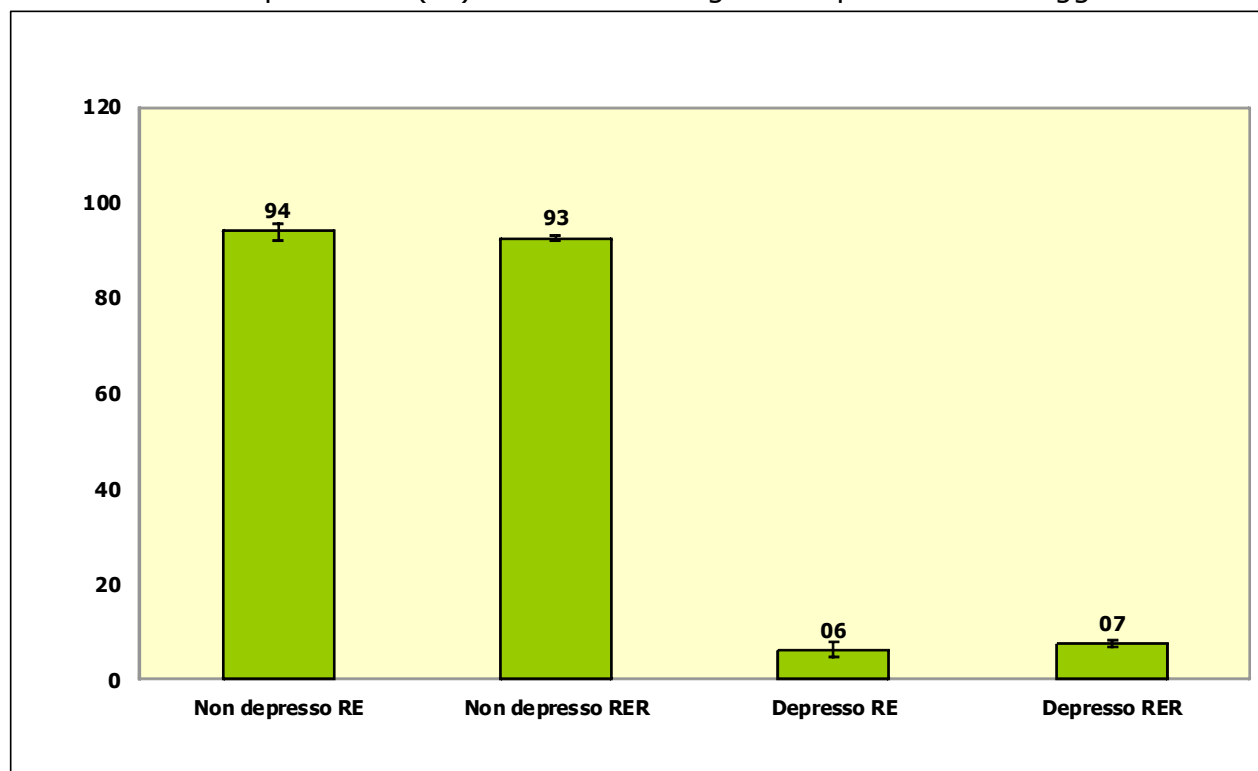


Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2014-2016.

### Sintomi di depressione

I sintomi di depressione vengono rilevati con Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2), due domande validate a livello internazionale. Si rileva il numero di giorni nelle ultime due settimane durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose; 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni riferiti ai due gruppi di sintomi vengono sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; le persone con uno score  $\geq 3$  sono classificate come "persone con sintomi di depressione".

sintomi di depressione (%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2014-2016.

Secondo i dati PASSI in provincia di Reggio Emilia il 7,5% delle persone con 18-69 anni ha riferito sintomi di depressione, pari a una stima di circa 40.000 persone in questa fascia d'età. Questa percentuale risulta inferiore a quella registrata in Emilia-Romagna.

In generale i sintomi di depressione sono più diffusi tra:

- i 50-69enni
- le donne
- le persone con bassa istruzione
- chi ha riferito molte difficoltà economiche
- chi ha riportato patologie croniche.

### **Sicurezza stradale**

La quasi totalità (99%) delle persone 18-69enni intervistate usa sempre il casco quando va in motocicletta, scooter o motorino e più del 90% indossa sempre le cinture anteriori quando va in auto. Questi valori sono simili a quelli regionali e statisticamente superiori a quelli nazionali.

Solo un quarto circa (23,6%) degli intervistati ha riferito, invece, di indossare le cinture quando viaggia in auto sui sedili posteriori, valore di poco inferiore a quello regionale.

La guida in stato di ebbrezza è uno dei principali fattori di rischio di incidente, soprattutto di quelli più gravi, essendo responsabile di oltre un terzo della mortalità sulle strade.

In provincia il 7,6% dei 18-69enni intervistati ha dichiarato di aver guidato almeno una volta nell'ultimo mese sotto effetto dell'alcol, cioè dopo aver consumato nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Tale percentuale è lievemente superiore al valore regionale (5,5%).

Il 7,7% degli intervistati ha riferito che nell'ultimo mese ha viaggiato in auto o moto con un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. Questa percentuale è superiore sia a quella regionale sia a quella nazionale.

### **Sicurezza domestica**

In provincia il 3,4% dei 18-69enni intervistati ha riferito di aver subito un infortunio domestico per il quale è dovuto ricorrere a cure mediche come quelle del medico di famiglia, Pronto Soccorso o Ospedale. Questa percentuale è simile a quella regionale (3,3%) e a quella nazionale (3,1%).

In generale la percentuale di persone che hanno riportato un infortunio domestico che ha richiesto cure mediche è maggiore tra le persone con difficoltà economiche e quelle con cittadinanza straniera provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Il 94% di 18-69enni intervistati ha una percezione assente o bassa della possibilità di avere un infortunio in ambiente domestico, pari a circa 441 mila persone adulte a livello provinciale. Il 6% ha invece una percezione alta o molto alta.

La bassa o assente percezione del rischio è più elevata tra i 18-34enni, le persone con bassa istruzione e gli stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

## CAPITOLO 2: RISORSE DEL TERRITORIO

### 2.1 SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI

L'Unione Tresinaro Secchia è il soggetto istituzionale competente per la realizzazione del sistema dei servizi socio sanitari in accordo di programma con la l'azienda Usl Distretto di Scandiano. I comuni della zona sociale di Scandiano hanno conferito in Unione nel 2008 i servizi area minori, disabili, centro per le famiglie e il governo dell'ufficio di piano. Con Deliberazione del Consiglio dell'Unione n. 48 del 28/10/2015 avente ad oggetto **"Approvazione convenzione per il conferimento all'Unione dei Comuni Tresinaro Secchia della funzione fondamentale di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini"**, assunta in ottemperanza alle deliberazioni dei singoli Consigli, è stata conferita dai Comuni all'Unione Tresinaro Secchia l'intera funzione sociale a partire dal 01.01.2016.

L'esercizio unificato delle funzioni ricomprende tutti i compiti, gli interventi e le attività che la legislazione nazionale e regionale e la programmazione regionale e distrettuale assegnano a questo ambito. Rientrano nell'ambito di applicazione della convenzione le seguenti funzioni:

- programmazione e committenza in ambito sociale e socio-sanitario;
- servizio sociale territoriale;
- gestione dei servizi a produzione pubblica.

Nel 2018 è stata conferita la funzione ERP/ERS.

Il Servizio Sociale Unificato ha 55 dipendenti di cui 10 impegnati in servizi diurni e domiciliari, la gran parte è impiegata nei servizi di accesso, presa in carico, progettazione e nei servizi di supporto amministrativo e di direzione

Seguono per le diverse aree i quadri delle principali attività erogate

#### 1) Area famiglia - infanzia - età evolutiva

- a) assistenza sociale alla gravidanza e maternità;
- b) counselling e sostegno nello svolgimento dei compiti genitoriali e per problematiche di coppia;
- c) prevenzione e presa in carico del disagio psicosociale di minori e adolescenti anche su mandato dell'Autorità Giudiziaria minorile e ordinaria;
- d) adozione degli atti amministrativi a tutela del minore e gestione dei provvedimenti limitativi la potestà genitoriale;
- e) compiti relativi all'esercizio delle tutele, individuando la persona a questo scopo incaricata, ai sensi dell'art. 354 del codice civile
- f) azioni progettuali individualizzate di supporto alla famiglia anche tramite interventi d'integrazione al reddito familiare, con particolare riferimento alle contribuzioni economiche strettamente connesse alla tutela del minore e riconducibili all'acquisto di generi alimentari e farmaceutici di prima assistenza all'infanzia, al pagamento delle utenze (luce, acqua, gas e smaltimento rifiuti), fondo affitto, spese condominiali, rette scolastiche, contributi generici etc.
- g) proposte per l'inserimento di minori nei servizi educativi prescolari, in attività di tempo libero, ricreative di socializzazione, attività d'integrazione sociale in collaborazione con il privato sociale;
- h) interventi connessi all'affido familiare;

- i) interventi connessi all'adozione;
- j) interventi di mediazione familiare in situazione di separazioni conflittuali e inerenti all'affidamento dei "figli contesi";
- k) interventi di counselling genitoriale e familiare
- l) tutela del minore anche attraverso inserimenti in comunità socio/educative/familiari dello stesso quando allontanato dal nucleo familiare d'origine;
- m) interventi di emergenza-urgenza per minori e donne con figli in grave difficoltà;

Alcuni dati di attività in serie storica dal 2009 al 2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Persone di minore età in carico al 31.12	1.183	1.307	1.233	1.293	1.348	1.402	1.438	1.325	1.289
n. minori nell'anno interessati da provvedimento dell'autorità giudiziaria (escluso adozione nazionale e internazionale)	223	244	297	291	340	290	382	375	355
n. minori inseriti in struttura residenziale al 31/12 (esclusi non residenti)	19	18	15	12	13	14	20	10	12
n. minori in affidamento familiare (escluso parentale) al 31.12	54	50	37	39	34	37	42	53	43

## 2) Area disabili

- a) consulenza, sostegno e presa in carico del disabile e della sua famiglia, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 104/92;
- b) attivazione di progetti e percorsi personalizzati mirati all'integrazione sociale;
- c) promozione di una cultura dell'integrazione attraverso attività mirate a creare una rete di risorse con il contributo di diversi soggetti del pubblico, del privato sociale e del volontariato;
- d) counselling e sostegno nello svolgimento dei compiti genitoriali di cura;
- e) interventi di supporto alla famiglia anche tramite interventi d'integrazione al reddito familiare;
- f) consulenza per l'orientamento e l'accesso alla scuola superiore ai sensi della legge 104/92;
- g) inserimento lavorativo: progettazione di percorsi individualizzati e/o progetti collettivi per gruppi di disabili;
- h) ricerca e attivazione di tirocini di lavoro protetto entro il mercato privato e della cooperazione sociale;
- i) programmazione di attività per il tempo libero e la socializzazione;
- j) inserimenti in centri socio riabilitativi diurni e/o residenziali;
- k) inserimenti in gruppi appartamenti e/o comunità alloggio;
- l) accompagnamento tecnico e amministrativo ai contributi inps per persone non autosufficienti (progetto Home Care Premium)

Segue il dato di attività riferito al numero delle persone disabili seguite con progetto in serie storica dal 2009 al 2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
n. disabili > 15 anni in carico al servizio al 31/12	190	203	224	230	244	246	250	244	242

## 3) Area Adulti e contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Sono previsti percorsi di sostegno alla crescita personale, all'autonomia e all'inclusione delle persone con svantaggio, in stretto collegamento con i servizi sanitari territoriali, attivando:

- a) interventi socio-educativi e di valorizzazione delle risorse personali e relazionali;
- b) facilitazione all'inserimento sociale e all'inserimento o reinserimento lavorativo;
- c) facilitazione alla costituzione di gruppi di aiuto e auto aiuto;
- d) interventi socio-assistenziali, di riduzione del danno e di "bassa soglia";
- e) sostegno alla domiciliarità per persone a rischio di istituzionalizzazione;
- f) facilitazione al reperimento di alloggio e supporto alla gestione dell'abitazione;
- g) risposte tutelanti e contenitive per le situazioni di fragilità ed i casi di cronicità che non hanno possibilità evolutive, ma di cui occorre farsi carico per garantire diritti minimi: allestimento di reti di protezione, interventi di tipo economico, abitativo e di bassa soglia;
- h) sostegno alle risorse personali e investimento sulle reti sociali, per tutte le altre problematiche che manifestano, comprese quelle ad oggi solo parzialmente conosciute: interventi di tipo educativo, di sostegno all'inserimento lavorativo, di potenziamento relazionale, di costruzione di contesti di reciproco aiuto;.

Segue il dato sugli adulti seguiti nel biennio 2016/17

	2016	2017
n. adulti in carico al servizio al 31/12	510	519

### Area anziani

- a) procedure per il monitoraggio e l'accompagnamento dell'anziano dal domicilio ai servizi della rete;
- b) promozione di gruppi di aiuto e mutuo aiuto per familiari dediti alla cura, in particolare in correlazione alle patologie emergenti (disturbi cognitivi);
- c) presa in carico, secondo principi di equità, trasparenza, promozione all'autonomia;
- d) continuità di cura e assistenza alle persone in situazione di fragilità nei passaggi ospedale/territorio e in tutte le situazioni che prevedano modifiche di setting assistenziale;
- e) studio e supporto all'avvio di forme innovative e intermedie di servizi rivolti ad anziani parzialmente non autosufficienti;
- f) assegni di cura e altre iniziative di sostegno della domiciliarità, anche tramite percorsi di sollievo e progetti di supporto alle famiglie;
- g) attività di informazione e formazione per cittadini ed operatori.

Sono inoltre rivolte alla popolazione anziana autosufficiente progetti ed attività ricreativi e culturali finalizzati alla promozione del benessere, alla socializzazione, alla prevenzione delle patologie e dell'isolamento.

Segue il numero di anziani seguiti dal servizio nel biennio 2016/17

	2016	2017
n. anziani in carico al servizio al 31/12	1.210	1.218

## 2.2 LA RETE DEI SERVIZI E PROGETTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

### AREA ANZIANI

La longevità nella popolazione anziana si accompagna alla possibilità di maggiore incidenza di multi patologie croniche e disabilità che ne condizionano fortemente i livelli di autosufficienza con conseguente maggiore necessità di cura e assistenza. Le famiglie, spesso monofamiliari, composte da figli anziani o ancora impegnati in attività lavorativa sono sempre più in difficoltà a gestire anziani multiproblematici e spesso, per motivi economici, tendono a non usufruire dei servizi messi a disposizione per sostenere la domiciliarità. Conseguentemente al verificarsi di peggioramenti, spesso improvvisi e gravi, la tendenza è quella di richiedere tempestivamente la struttura convenzionata vicina a casa. Rilevante è anche la casistica di anziani soli che vivono in condizioni di fragilità e precarietà, che arrivano ai servizi solo al conclamarsi di problemi di salute gravi, per cui occorre avviare sia progetti assistenziali che di tutela.

Continua e si consolida il lavoro di relazione ospedale/territorio, rendendosi sempre più necessaria una presa in carico immediata delle situazioni complesse di anziani che dopo il ricovero non sono più autosufficienti e in grado di rientrare al domicilio.

Il conclamarsi di alcuni casi di demenza giovanile ha posto il problema di nuove esigenze che vanno affrontate con percorsi personalizzati e adeguati alla complessità di queste situazioni.

### ASSISTENZA RESIDENZIALE

Nel 2018 i posti accreditati nel distretto sono 216 di cui contrattualizzati 195 per posti definitivi in CRA e 17 a tempo determinato di cui 14 c/o la CRA al Parco nel nucleo Ex-RSA e 3 c/o la CRA "Centro Sanitario Belvedere di Castellarano. Si tratta di 6 Case residenze, tutte a gestione privata

Nel 2018 ci sono inoltre stati contrattualizzati 8 posti presso strutture fuori distretto (2 strutture).

Permangono inoltre gli inserimenti di anziani per n. 10 posti con la formula "sostegno a progetti individualizzati" (punto 5 DGR 1378/99) presso una struttura residenziale autorizzata (casa di riposo/ casa protetta) con quota a carico del FRNA come indicato nella DGR 159/2009 e DGR 391/2011.

Le persone con **gravi disturbi del comportamento** vengono inserite nel nucleo speciale demenze di riferimento del Distretto.

### DOMICILIARITA'

#### Accoglienza temporanea di sollievo

Nel 2018 l'accoglienza per ricoveri di sollievo è suddivisa tra il nucleo ad alta valenza sanitaria c/o la CRA di Scandiano (14 posti), la CRA "Centro Sanitario Belvedere" di Castellarano e "Esperidi" di Vezzano s/l Crostolo.

I sollievi vengono utilizzati per anziani provenienti prevalentemente dai reparti ospedalieri (post dimissione) oppure per ricoveri di sollievo per situazioni di particolare carico sanitario che necessitano di assistenza infermieristica sulle 24h (disturbi del comportamento, situazioni sanitarie complesse).

L'offerta di sollievo nelle altre due strutture è pari a n. 7 posti così organizzati: **4** in struttura extra Distretto (Esperidi) in risposta ai territori a questa più vicini e **3** in strutture del Distretto per le altre zone.

Per quanto riguarda l'accesso ai posti di CRA di sollievo puro (inteso come periodi di riposo per i care giver) le valutazioni sono in capo alla Unità di Valutazione Geriatrica e si procede ad una pianificazione degli ingressi in relazione al tipo di esigenze delle famiglie per un periodo massimo di 28 giorni (salvo progetti particolari attivati su richiesta dei RDC).

### **Centri Diurni**

Nel 2018 i posti accreditati sono 81 e contrattualizzati **74 suddivisi in 6 centri diurni**.

Permane la questione di un non pieno utilizzo dei posti di CD, in modo particolare nel Polo di Scandiano. Le motivazioni si presume siano riconducibili a diversi fattori che vanno dal costo giornaliero, al fatto che la sola permanenza diurna è sempre rispondente alle esigenze delle famiglie .

### **Assegno di cura**

Nel 2018 si consolida l'applicazione del nuovo regolamento per l'erogazione dell'assegno di cura per rispondere in modo più adeguato stante le minori risorse assegnate. Da registrare l'aumento degli assegni di cura per anziani nell'ultimo biennio 2016/17 rispetto al 2015 (220 a fronte dei 168 del 2015). La propensione a tenere a domicilio gli anziani da parte delle famiglie, facendosene carico personalmente o con l'ausilio di assistenti familiari è sicuramente una delle ragioni dell'aumento.

### **Assistenza domiciliare e servizi a sostegno**

Complessivamente nel distretto per i tre gestori (due privati e uno pubblico) sono state programmate circa 24.000 ore per l'anno 2018 in linea con l'ultimo biennio, cui vanno aggiunti i servizi a sostegno della domiciliarità in tutti i Comuni dell'Unione (pasti, trasporti).

### **PROGETTI DI PREVENZIONE**

Nel 2018 vengono riproposti sui diversi territori i progetti di socializzazione "Star bene insieme", i progetti di attività fisica "Anziani in cammino" e il luogo di ritrovo per anziani soli a Baiso "Laboratorio creativo"

## **AREA DISABILI**

### **ASSISTENZA RESIDENZIALE**

Nel del 2018 vi sono 30 posti accreditati, di cui 21 contrattualizzati per le gravi disabilità acquisite e disabilità congenita, in 2 strutture del territorio:

- n. 16 posti presso la struttura "Querce di Mamre". N.10 posti sono a valenza aziendale per le persone con **Gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/2004), di cui** n. 6 occupati da cittadini del Distretto e n. 5 posti per persone con disabilità congenita, n. 1 posto dedicato e riservato a ricoveri di sollievo per disabilità grad e congenite.

- n. 6 posti presso il centro residenziale Stradora della società cooperativa sociale Lo Stradello, per disabilità congenita inoltre sono contrattualizzati n. 3 posti in strutture extra Distretto.

Nel 2018 si mantengono 12 posti residenziali in appartamenti protetti per una tipologia di utenza con minori necessità assistenziali e finalità invece di elevato carattere educativo/riabilitativo, di cui 11 in appartamenti protetti gestiti tramite appalto e n. 1 posto presso l'appartamento il Bruco, della società cooperativa sociale Lo Stradello.

Nel corso del 2018 permane inoltre, n. 1 progetto individuale di accoglienza residenziale per una persona disabile acquisita adulta, inserita presso il CSRR "Casa S. Ermanno", della cooperativa Nazareno di Carpi.

### **DOMICILIARITÀ**

#### **a) Accoglienza temporanea di sollievo:**

Per quanto riguarda il regime di accoglienza residenziale temporanea, per gravi disabilità GRAD e congenite, si offrono 730 giornate annue, presso "Querce di Mamre" della ONLUS Mattioli Garavini, fruibili per ogni tipologia di disabilità, prevedendo di poter dare accoglienza, attraverso un lavoro di raccordo e monitoraggio, alle diverse richieste e necessità presenti sui Comuni ed in ambito provinciale, per ricoveri di sollievo GRAD e disabilità congenita

#### **b) Centri diurni socio-riabilitativi:**

Da accreditamento si mantiene la contrattualizzazione rispettivamente di n. 15 posti presso il Centro diurno Il Mandorlo a Roteglia di Castellarano, n. 14 posti per il centro diurno Il Castello a Bosco, a disposizione esclusiva del Distretto; dei n 16 posti accreditati presso il centro diurno R. Benzi, restano a disposizione del Distretto n. 15 posti.

#### **c) Assegno di cura**

##### **Assegno di cura disabili adulti congeniti**

Nel corso del 2018, vengono riconosciuti complessivamente n. 32 assegni di cura.

##### **Assegno di cura gravissime disabilità acquisite e minori gravissimi (DGR 840/2008)**

Nell'anno 2018 vengono erogati n. 13 assegni di cura GRAD, e n. 11 assegni di cura per i minori con gravissime disabilità congenite, a sostegno della necessità, spesso di permanenza assoluta presso il domicilio, di questi minori, per la prevalenza di condizioni sanitarie, che rendono impossibile, o sporadicamente percorribile, l'inserimento nelle strutture educative per l'infanzia.

Per l'anno 2017 si prevedono:

**d) Centri occupazionali/Laboratori protetti**

Nell'anno 2018 sono n. 44 le persone disabili che fruiscono questa tipologia di progetto presso il laboratorio ECO della coop. sociale Ovile e presso il laboratorio CONCHA della coop. sociale Lo Stradello

**e) Assistenza domiciliare**

Per quanto attiene alla disabilità autistica, per l'anno 2018 prosegue l'affidamento a Coress, società coop. sociale, del servizio sperimentale, socio educativo assistenziale, per persone con disturbo dello spettro autistico, minori e neo maggiorenni, svolto prevalentemente presso la sede di Isola Felice a Casalgrande. Le attività coinvolgono 12 di minori e 6 giovani neomaggiorenni

**LA RETE DEI SERVIZI PER LA DISABILITA' NON SOGGETTA AD ACCREDITAMENTO****APPARTAMENTI RESIDENZIALI**

Denominazione	Comune	Soggetto gestore	Posti disponibili	Posti utilizzati
Appartamenti maschili	Scandiano	Società Cooperativa sociale Coress	<b>6</b>	<b>6</b>
Appartamento femminile	Scandiano	Società Cooperativa sociale Coress	<b>5</b>	<b>5</b>
Appartamento femminile Il Bruco	Scandiano	Società cooperativa sociale Lo Stradello	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>totale</b>			<b>16</b>	<b>12</b>

**PROGETTI SOCIO OCCUPAZIONALI**

Soggetto gestore	Comune di ubicazione	<b>Utenti inseriti</b>
Coop. L'Ovile	Rubiera	<b>18</b>
Coop. Lo Stradello	Scandiano	<b>26</b>
<b>totale</b>		<b>44</b>

### 2.3 I SERVIZI SANITARI NEL DISTRETTO DI SCANDIANO

Il Distretto Sanitario di Scandiano è caratterizzato da un territorio abbastanza variegato con zone collinari - montane a prevalente vocazione agricola e zone di pianura e bassa collina a vocazione artigianale- industriale e solo in parte agricola. Il distretto ha avuto nel decennio successivo al 2000 la crescita demografica significativa rilevante (+26% dal 2000 al 2011) sostenuta prevalentemente da fenomeni migratori.

Pur rimanendo il distretto "più giovane" della provincia, nel territorio la popolazione giovanile non è distribuita in modo uniforme fra i sei comuni con maggiore incidenza di popolazione anziana nei due comuni più montani di Viano e Baiso. La distribuzione demografica della popolazione ha orientato la scelta dell'Azienda Sanitaria per rispondere ai bisogni della popolazione anziana nei territori più disagiati al fenomeno dell'immigrazione nei territori più industrializzati.

Nel Distretto si promuove fortemente un sistema di sostegno reciproco e di integrazione con Enti Locali e con la rete del volontariato ricercando la condivisione di valori e prospettive comuni (lotta e contrasto a diseguaglianze sociali, necessità di sostegno delle situazioni di fragilità, sviluppo di politiche per la salute, qualità e continuità delle cure, legittimazione dell'impegno civico delle reti sociali di volontariato,.....), che tanto contano nelle più complessive azioni di tutela della salute, e nel benessere dei cittadini. Nel contempo si ritiene prioritaria l'integrazione e l'azione coordinata dei servizi, privilegiando un approccio integrato ai bisogni del cittadino soprattutto per sviluppare percorsi integrati nella cura delle principali patologie croniche.

In quest'ottica si è decisa la realizzazione delle "case della salute" nei comuni di pianura e prima collina e dei piccoli centri polifunzionali nei territori più montani che, insieme all'ospedale, costituiranno una rete diffusa di spazi per la salute dove promuovere il tema della responsabilizzazione collettiva (community governance) nell'ottica della programmazione partecipata e all'affermarsi della centralità della dimensione territoriale nell'uso delle risorse assegnate.

Tutti i servizi dei dipartimenti territoriali saranno integrati nella rete formata dalle case della salute del distretto e dal presidio ospedaliero e poliambulatoriale di Scandiano.

L'Ospedale Cesare Magati di Scandiano che assieme all'Ospedale di Montecchio e a quello di Castelnovo Monti, costituisce l'area sud-montana del presidio ospedaliero dell'Azienda Usl di Reggio Emilia, garantisce le funzioni di base, sia chirurgiche che internistiche per la popolazione residente nel distretto e si caratterizza per l'attività ortopedica relativa all'arto superiore e per l'attività di chirurgia di parete (interventi per ernie inguinali e colecisti) per le quali è riferimento anche per parte della provincia.

Presso l'Ospedale di Scandiano è attiva una collaborazione con la Breast Unit del Santa Maria Nuova di Reggio Emilia che consente l'effettuazione in loco di interventi di chirurgia senologica da parte di professionisti dedicati a tale attività e in grado di garantire un'adeguata competenza clinica.

Il punto nascita di Scandiano si connota per una particolare attenzione alla naturalità del parto, all'utilizzo di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore nel travaglio e nel parto nonché per una percentuale di tagli cesarei tra le più basse in regione.

Tutta l'attività dell'ospedale si integra con quella del Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e degli altri ospedali della provincia nell'ottica aziendale di attivazione di una rete che garantisca elevati livelli qualitativi, di sicurezza, equità ed efficienza.

Nel territorio del Distretto è presente una "casa della salute" nel Comune di Rubiera, nella quale è in atto il completamento del fabbricato per consentire la realizzazione degli studi dei MMG e PLS ed eventualmente altre figure specialistiche, quattro poliambulatori

nei comuni più popolosi. Sono altresì in corso di realizzazione due case della salute nei comuni di Castellarano e di Casalgrande. Nel Comune di Baiso (area montana) è stato realizzato un piccolo centro polifunzionale che accoglie i MMG e il PLS e l'ambulatorio infermieristico.

Nel Distretto operano i servizi dei dipartimenti  
Cure Primarie (DCP)  
Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)  
Sanità Pubblica (DSP)  
ed Servizi Sociali dell'Azienda USL

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE** garantisce l'erogazione dell'assistenza sul territorio e risponde ai bisogni di assistenza nei luoghi della domiciliarità (domicilio, strutture residenziali e semiresidenziali, sedi ambulatoriali, Case della Salute, consultori, ecc). In particolare l'assistenza primaria riguarda:

- assistenza di medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;
- assistenza infermieristica, ostetrica e tecnica;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza consultoriale e pediatria di comunità;
- assistenza ad anziani e disabili adulti;

A supporto delle funzioni di produzione, al fine di garantire l'omogeneità dei processi di cura, l'integrazione trasversale tra le strutture organizzative per favorire l'equità di accesso, all'interno del DCP operano programmi e reti cliniche:

- programma Anziani e fragilità;
- programma Cure Primarie;
- programma Materno-infantile;
- programma PDTA nella cronicità;
- programma Specialistica ambulatoriale;
- rete Cure palliative;

Preme sottolineare alcuni settori di attività del DCP di particolare di particolare interesse

### **Pediatria di comunità**

La pediatria di comunità è un servizio vocato prevalentemente alla prevenzione delle malattie del bambino attraverso l'attività vaccinale in età pediatrica, il controllo delle malattie infettive nelle comunità scolastiche prescolari e scolari in stretta sinergia con il servizio di Igiene Pubblica; l'attività di diagnosi e trattamento precoce della displasia congenita dell'anca; gli interventi di educazione alla salute e promozione di stili di vita salutari in sinergia con i PLS; il coordinamento del percorso assistenziale del bambino con patologia cronica e/o con bisogni speciali

L'attività della Pediatria di Comunità si interfaccia con i Pediatri di Libera Scelta, le Pediatrie degli Ospedali provinciali, la Pediatria e la Neonatologia dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, le Istituzioni Scolastiche e gli Uffici Scuola dei Comuni, le Associazioni di Volontariato e il Dipartimento di Sanità Pubblica.

Il **Consultorio familiare Salute Donna** è un servizio rivolto a donne o a coppie e fornisce informazioni, consulenze e prestazioni sanitarie inerenti alla salute sessuale, relazionale e riproduttiva.

I servizi erogati in Consultorio sono:

- assistenza alla gravidanza;
- assistenza e consulenza post parto a domicilio;
- assistenza per menopausa;
- assistenza e supporto alle scelte relative alla contraccezione;
- accoglienza e servizi per le donne immigrate e per i loro figli e figlie;
- attività di supporto ai giovani per le relazioni affettive e per la sfera sessuale;
- attuazione legge 194/78 per l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg).

Spazi **Latte&Coccole** sono dedicati ai genitori e al loro bambino per l'aiuto e i consigli nei primi mesi di vita del piccolo.

### Si riportano sinteticamente i dati relativi alle Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)

Gli indicatori riguardano la promozione del benessere psico-fisico della madre e del bambino, la tutela della salute della donna, i diritti della partoriente e del neonato, l'appropriatezza dei servizi e l'efficacia degli interventi atti a ridurre le gravidanze indesiderate.

Le strutture che nel 2016 in regione hanno praticato IVG sono 36, con un numero molto variabile di interventi nell'anno. Le IVG praticate in Emilia-Romagna sono diminuite da 12.000 nel 1983 a 7.688 nel 2016, di cui 6.791 residenti. Prosegue la lieve ma costante diminuzione, con un calo percentuale tra il 2006 e il 2016 del 33% circa; tra il 2015 e il 2016 il calo delle IVG (in valore assoluto) riguarda in particolare le residenti con cittadinanza straniera (da 3.037 nel 2015 a 2.865 nel 2016).

Negli stessi anni il tasso di abortività x 1.000 donne di età 15-49 anni è passato da circa 20‰ a 7,3‰.

Tab. 20: IVG per anno e residenza in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

	2014	2015	2016	residenti nella stessa AUSL		residenti in altra AUSL della RER		residenti in altre regioni		residenti all'estero	
	n. IVG	n. IVG	n. IVG	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
	AUSL Reggio Emilia	500	499	476	345	72,5	60	12,6	64	13,4	7
AO Reggio Emilia	559	520	498	434	87,1	18	3,6	18	3,6	28	5,6
Emilia-Romagna	8.473	7.848	7.688	6.354	83	437	6	625	8	272	4

Fonte: Regione Emilia Romagna anno 2016

In provincia sono state effettuate nel 2016 974 IVG, dato in riduzione rispetto alle 1.059 del 2014 e alle 1.019 del 2015. Circa l'80% hanno riguardato donne residenti.

Per quanto riguarda lo stato civile, la proporzione più elevata è rappresentata dalle donne nubili.

Sono molto più frequenti nelle italiane ad eccezione delle donne con residenza all'estero. In provincia la proporzione di straniere è inferiore a quella regionale.

Per quanto riguarda gli stabilimenti dell'AUSL il maggior numero di IVG viene eseguito a Guastalla, che precede Montecchio Emilia. I dati dei due sistemi informativi sono, quasi sovrapponibili.

### Centri per demenze

Consistono in una rete di servizi socio-sanitari per accompagnare la persona con demenza e i familiari nel lungo percorso della malattia e per favorire la migliore qualità della vita possibile. La rete dei servizi garantisce interventi farmacologici per ritardare la progressione dei deficit cognitivi, interventi psicosociali rivolti sia alla persona malata che al familiare, consulenze specialistiche, iniziative formative, informative e di socializzazione.

Con Delibera di G.R. 990 del 27 giugno 2016, la Regione Emilia-Romagna ha approvato le linee di aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepito il Piano nazionale demenze, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014.

Il progetto regionale demenze prevede le seguenti azioni:

- garantire una diagnosi adeguata e tempestiva;
- migliorare la qualità delle cure e della vita delle persone con demenza e dei loro familiari;
- adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi;
- modificare la relazione tra servizi/anziani e famiglie;
- qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di persone con demenza.

In provincia di Reggio Emilia i centri sul territorio sono 7, due nel distretto di Reggio Emilia e uno in tutti gli altri.

Nel 2016 le giornate medie di apertura annuale per centro in regione sono state 156 (range: 80 Parma – 256 Reggio Emilia). I tempi di attesa per una prima visita sono significativamente diminuiti rispetto al 2015: 63,8 rispetto ai 74,1 giorni del 2015.

Gli stessi dati a Reggio Emilia erano rispettivamente 256, 1.050 e 36,2.

Tab. 21: centri per le demenze e popolazione in provincia e in regione nel 2016.

Ambito territoriale	N. centri	Popolazione > 65 anni al 01/01/2016	Media popolazione > 65 anni per	Apertura			Media n. giorni attesa prima visita al 31/12	
				n. giorni	Media per centro	Ore annuali		
Reggio Emilia	7	112.029	16.004	1.794	256	11.900	1.700	36,2
Emilia-Romagna	60	1.050.680	17.811	9.375	156	63.002	1.050	63,8

Nel 2016 a Reggio Emilia i centri hanno effettuato 3.019 prime visite e preso in carico 2.527 persone (83,7% delle prime visite). Rispetto al 2015, si registra una riduzione delle prime visite pari al 2% e del 4% per quanto riguarda le persone prese in carico dopo una prima visita.

Tab. 22: prime visite 2016 e confronto con il 2015 in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

Area territoriale	Prime visite e prese in carico 2016			Confronto 2016-2015			
	Pazienti con 1a visita	Presi in carico	% presi in carico	Pazienti con 1a visita 2015	% aumento o diminuzione	Presi in carico 2015	% aumento o diminuzione
Reggio Emilia	3.019	2.527	94	3.088	-2%	2.637	-4%
Emilia-Romagna	23.771	156	66	23.090	2,9	15.580	0,30%

Sono state effettuate 9.308 visite di controllo relative a 6.278 soggetti (67,4%).

Tab. 23: numero di visite, numero di persone visitate e media visite in provincia e in regione nel 2016

	n.	Persone che hanno ricevuto visite di controllo	Media visite di controllo per persona
Reggio Emilia	9.308	6.278	1,5
Emilia-Romagna	52.635	30.636	1,7

Nel 2016 sono state fatte 1.580 diagnosi di demenza (49,7%), 563 pazienti erano in attesa di un giudizio (17,7%).

Tab. 24: diagnosi in provincia e in regione nel 2016.<sup>3</sup>

Ambito territoriale	Diagnosi di demenza	Diagnosi a rischio di evoluzione a demenza	Diagnosi che escludono demenza	Pazienti che sono in attesa di giudizio
Reggio Emilia	1.580	631	408	563
Emilia-Romagna	12.377	5.561	3.360	2.630

<sup>3</sup>

Diagnosi a rischio di evoluzione demenze – MCI: mild cognitive impairment.

Le attività farmacologiche sono soggette a piani terapeutici e la maggior parte dei trattamenti riguarda principalmente antipsicotici atipici e antidepressivi, mentre il 30% riguarda farmaci specifici per le demenze.

Per quanto riguarda gli interventi psicosociali e le stimolazioni cognitive nella maggior parte dei distretti della provincia di Reggio Emilia sono continuate le attività di stimolazione cognitiva e la sperimentazione su pazienti più giovani. E' stato inoltre realizzato un progetto di terapia occupazionale al domicilio.

La nostra provincia risulta molto attiva per quanto riguarda le attività di informazione e formazione rivolte alle famiglie (*prima tabella successiva*), che raggiungono circa il 10% delle attività rivolta ai gruppi e il 20% dei soggetti partecipanti (*prima tabella successiva*).

Tab. 25: attività informative/formative e gruppi per familiari in provincia e in regione nel 2016.

	Corsi di formazione / informazione		Gruppi			
	Corsi	Partecipanti	Sostegno		Auto-aiuto	
			Gruppi	Partecipanti	Gruppo	Partecipanti
Reggio Emilia	231	1.657	10	62	0	0
Emilia-Romagna	345	5.333	48	687	15	226

Tab. 26: numero iniziative rivolte a gruppi in provincia e regione nel 2016.

	Iniziative di formazione /		Gruppi di sostegno/autoaiuto		Caffè Alzheimer		Meeting center	n. posti	Utenti 2016
	Iniziative	Partecipanti	Iniziative	Partecipanti	Numero	Partecipanti			
Reggio Emilia	23	996	10	226	7	374	-	-	-
Emilia-Romagna	260	5.280	61	2.179	49	3.173	12	209	308

Sono presenti nel nostro territorio tre nuclei residenziali, con 35 posti accreditati, e 1 centro diurno con 15 posti accreditati.

Tab. 27: nuclei residenziali e centri diurni dedicati alle demenze con posti accreditati in provincia e in regione.

Nuclei residenziali dedicati alle demenze con posti accreditati al 31/12/2016				
Distretto	Denominazione	Comune	n. posti accreditati	Tipologia giuridica
Reggio Emilia	Pensionato San Giuseppe	Quattro Castella	18	Società privata
Reggio Emilia	Villa Erica	Reggio Emilia	10	ASP
Castelnovo Monti	Casa protetta Villa Minozzo	Villa Minozzo	7	Coop sociale
Regione	13 centri		187	Coop sociale
Centri diurni dedicati alle demenze con posti accreditati al 31/12/2016				
Distretto	Denominazione	Comune	n. posti accreditati	Tipologia giuridica
Reggio Emilia	Centro diurno Enrico e Lorenzo Ferretti	Reggio Emilia	15	ASP
Regione	9 centri		150	

### La rete delle Cure Palliative

La Rete delle Cure palliative è costituita da un'aggregazione funzionale integrata e finalizzata alla presa in cura globale del paziente con malattia cronico-degenerativa, non solo nelle fasi terminali della malattia, nonché della sua famiglia. La Dgr. 560 del 18/05/2015 "Riorganizzazione della Rete Locale delle Cure palliative" designa l'Ospedale, l'ambulatorio, il domicilio (compresi i Centri residenziali per anziani) e l'Hospice quali nodi della Rete, assegnando il compito dell'erogazione delle Cure palliative a domicilio alle Unità di Cure palliative Domiciliari (UCPD). L'UCPD si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico. All'interno della rete lavora un gruppo di psicologhe che si inserisce come parte integrante dell'equipe di cura della persona con malattia oncologica/cronico degenerativa, in maniera specifica e differente a seconda del setting di intervento, partecipando con la propria professionalità alla realizzazione di percorsi di cura sempre più globali e personalizzati.

Presso ogni distretto è allestito un punto di accoglienza che rappresenta il luogo distrettuale di accesso alla Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP), attraverso percorsi condivisi con tutti i Nodi della Rete (Ospedale, Hospice, Ambulatorio, Domicilio) e i Servizi Sociali. Essa opera su base distrettuale e in costante interconnessione con i vari nodi della Rete. Rappresenta il punto di governo dell'accesso alla RLCP; è il luogo dove si effettua la valutazione multidimensionale e multiprofessionale del Paziente e dove si individua il percorso assistenziale condiviso tra tutti i professionisti che contribuiscono al processo delle Cure Palliative. Si registra un pro-

gressivo incremento di interventi sia a livello domiciliare che in strutture di accoglienza indicativo di una maggiore informazione e consapevolezza del personale sanitario e della cittadinanza

### **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Il DSM-DP promuove la cura delle persone, di tutte le età, che soffrono di disturbi psichici, in particolare:

- tutela i diritti di cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenza patologica e dei minori con disabilità e con difficoltà neuropsicologiche e/o manifesta problemi caratteristici dell'età dello sviluppo;
- promuove una cultura dell'uguaglianza, della solidarietà, della lotta allo stigma al pregiudizio garantendo equità ed universalità;
- valorizza la partecipazione di utenti, familiari e volontariato e delle loro associazioni come risorse per il raggiungimento di obiettivi comuni di salute mentale;
- garantisce prestazioni appropriate ed in linea con le più avanzate conoscenze scientifiche in ambito di prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione e riduzione del danno.

Il DSM-DP colloca il trattamento del disagio, della malattia e della disabilità all'interno di una visione che coglie la persona nella sua interezza, con le sue capacità e potenzialità; si preoccupa inoltre non solo della persona sofferente ma anche del suo ambiente familiare e sociale. Particolare importanza è data, nel campo della salute mentale, al Servizio di consulenza con i medici di medicina generale attraverso uno specifico programma intitolato a Giuseppe Leggieri, medico di famiglia prematuramente scomparso anni fa. Sul versante sociale e socio-sanitario il Dipartimento persegue l'integrazione con i servizi dei Comuni, con il volontariato e con il privato accreditato.

Il Dipartimento svolge la sua attività tramite la rete dei servizi costituita dal Servizio di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA) dedicato ai minori, dal Servizio di salute mentale per l'assistenza alle persone maggiorenni, dal Settore di Psicologia clinica e dai Servizi per le dipendenze patologiche (SerT) presenti in ogni Distretto dell'Azienda USL.

I Servizi per le Dipendenze Patologiche forniscono interventi di prevenzione, diagnosi, certificazione, cura e reinserimento sociale per persone con disturbi legati alla dipendenza patologica.

All'interno dei SerT sono previsti percorsi assistenziali specifici per alcolisti, tabagisti, giovani consumatori di sostanze psicoattive; diffusi anche percorsi di accesso per la presa in carico e la cura dei soggetti dipendenti dal gioco d'azzardo o affetti da disturbi del comportamento alimentare.

### **DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA**

Il DSP

- garantisce un approccio corale che coinvolge professionisti diversi per dare risposte unitarie e tempestive ai problemi di salute espressi dai singoli e dalla collettività;
- è la struttura dell'Azienda preposta all'analisi e valutazione delle condizioni di salute della collettività, nonché dei loro determinanti, e alla proposizione di misure atte al loro miglioramento, privilegiando nell'azione e nell'impegno i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;
- esplica le attività proprie del "livello essenziale di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", attraverso le funzioni di vigilanza, controllo e verifica;

- partecipa alla sorveglianza e prevenzione delle patologie ad alta prevalenza e contribuisce alle risposte ai temi della cronicità e ai problemi connessi al disagio e alle dipendenze, dove la promozione di comportamenti “sani” e i modelli di lavoro interprofessionali si dimostrano come ambiti d’azione a maggior potenziale di rendimento.

## CAP 3 - MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE

### 3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE IN AMBITO ZONALE

La zona sociale/Distretto di Scandiano è composto da sei comuni - Baiso, Casalgrande, Castellarano, Rubiera, Scandiano e Viano. L'ambito territoriale dell'Unione corrisponde al Distretto Ausl di Scandiano. Non sono presenti Aziende pubbliche di servizi alla persona

Ai sensi della LR 21/2102, i suddetti Comuni hanno individuato come ambito territoriale ottimale ed omogeneo per lo svolgimento in forma associata di funzioni il territorio dei medesimi Comuni. Dal 17 ottobre 2013 tutti i comuni appartenenti all'ambito aderiscono all'**Unione dei Comuni Tresinaro Secchia**. Dal 01.01.2016 è stato completato il conferimento dell'intera funzione sociale all'Unione Tresinaro Secchia con le aree di servizio Anziani ed Adulti in capo ai Comuni. Dal 01.01.2018 è stata conferita all'Unione la gestione dell'Edilizia Residenziale Pubblica e Sociale

La programmazione, la gestione e l'erogazione dei servizi viene realizzata nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria con l'**Azienda Usl - Distretto di Scandiano**, sancita nell'Accordo di Programma con validità fino al 31.12.18. Ulteriore strumento di governo è la convenzione per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari e per il funzionamento dell'Ufficio di Piano, approvato anch'esso con validità 31.12.2018.

La recente legislazione regionale individua l'ambito distrettuale quale articolazione delle Aziende sanitarie e circoscrizione territoriale in cui 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.

La governance locale in materia sociale, socio sanitaria e sanitaria territoriale, in linea pertanto con le indicazioni recenti di riordino territoriale della regione Emilia Romagna, è incardinata sul **Comitato di Distretto**, composto dalla Giunta dell'Unione (Sindaci) con l'aggiunta del **Direttore di Distretto Ausl**. Il Comitato di Distretto, così come definito dalle leggi regionali 19/1994 e 29/2004, svolge pertanto l'azione di programmazione del welfare in ottica distrettuale, coinvolgendo gli attori sociali sia interni alle istituzioni/organizzazioni sia esterni, per un costante confronto sulle priorità, sulle azioni innovative e sul ri-orientamento dei servizi.

Nell'ambito della Giunta dell'Unione va inoltre sottolineato il compito del **sindaco delegato al welfare**, quale ulteriore punto di attenzione rispetto allo sviluppo dei servizi di welfare e di raccordo con la giunta e con il Comitato di Distretto.

Va infine rimarcata la presenza, istituita nella convenzione fra l'Unione ed i Comuni per il conferimento dell'intera funzione sociale, della **consulta Assessori alle politiche sociali**, quale luogo di confronto ed indirizzo sulla programmazione locale, interfaccia dell'Ufficio di Piano nelle fasi istruttorie e collegamento con i territori comunali per le diverse e articolate esigenze che emergono da questi.

### 3.2 UFFICIO DI PIANO

Attraverso apposita convenzione con l'Ausl ai sensi della DGR 1004/2007 l'attività dell'Ufficio di Piano è incardinata nell'Unione Tresinaro Secchia L'ufficio di Piano ha il compito di istruire e preparare i dossier da sottoporre al Comitato di Distretto in modo che questi possa assumere le decisioni in materia di programmazione riguardante il welfare locale. Nell'Unione Tresinaro Secchia l'Ufficio di Pia-

no ha un responsabile che coincide con il Dirigente del Servizio Sociale Unificato dell'Unione, si avvale dell'apporto amministrativo di dipendenti dell'Unione e dell'Ausl ed è composto dai responsabili di polo sociale e coordinatori di area dell'Unione, dai responsabili del SAA, della Psichiatria, del Sert, del rappresentante tecnico dei Comuni per l'area Giovani dal Direttore del Distretto e dal responsabile amministrativo del Distretto. La compagine si amplia in riferimento agli ordini del giorno.

Nel dettaglio i principali compiti dell'ufficio di piano sono:

- a) attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e sociosanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, e Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano delle attività per la non autosufficienza);
- b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento di strutture e servizi in ambito sociale e socio-sanitario.

L'Ufficio di Piano svolge inoltre azioni di impulso e di verifica delle attività per l'attuazione della programmazione sociale e sociosanitaria, con particolare riferimento:

- all'utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza;
- alla promozione e supporto ad azioni di integrazione e coordinamento organizzativo e professionale relativamente ai servizi sociali e sanitari; nell'ambito territoriale dell'Unione Tresinaro Secchia si sta inoltre sperimentando il funzionamento di un gruppo di lavoro composto da responsabili di servizio sociale (dirigente, coordinatori, responsabili di polo) e responsabili di servizi sanitari, coordinato dal Direttore di Distretto, finalizzato all'integrazione socio sanitaria;
- al presidio e alla promozione dell'integrazione della progettualità e degli interventi sociali e sociosanitari con le altre politiche;
- al raccordo e all'utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta, anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali;
- alla definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona.

### **3.3 ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

È in capo all'Unione la funzione di soggetto istituzionale competente alla concessione dell'accreditamento a servizi socio sanitari rivolti alle persone non autosufficienti ai sensi della DGR 514/2009.

Nell'esercizio di tale funzione l'Unione:

- riceve le richieste di accreditamento dai soggetti potenzialmente interessati;
- acquisisce tutti gli elementi, informazioni, e certificazioni necessari a documentare le caratteristiche organizzative, strutturali, qualitative e progettuali dei servizi richiedenti;
- elabora le necessarie istruttorie, anche di carattere comparativo, finalizzate a verificare la presenza dei requisiti previsti dalla normativa, richiedendo ove opportuno eventuali integrazioni;
- si avvale degli strumenti di controllo e verifica presenti a livello provinciale e distrettuale;
- rilascia i provvedimenti di accreditamento;
- predispone e sottoscrive, insieme agli altri soggetti istituzionali interessati, i contratti di servizio con i fornitori individuati.

## CAP. 4 - SCELTE STRATEGICHE, PRIORITÀ, OBIETTIVI

Le scelte strategiche, le conseguenti scelte di priorità e degli obiettivi ad esse collegate sono il frutto di un percorso non ancora concluso e che probabilmente avrà il tempo della realizzazione dell'intero piano. Questa apparente aporia si giustifica con il fatto che tutte le azioni programmatiche o progettuali che escono dal campo già arato della decisione pubblica e che si confrontano in modo aperto con le istanze di diversi portatori di interessi, devono prevedere forme, assetti e tempi del confronto che non si esauriscono nell'ascolto dell'opinione più o meno informata dai tanti produttori e consumatori di servizi formali e informali. Trattasi invece di una modalità strutturale di ripensamento nella costruzione delle priorità e delle conseguenti azioni di welfare locale, delle modalità collaborative fra pubblico e soggetti privati più o meno organizzati e formalmente costituiti.

Tale premessa è necessaria per comprendere gli stadi evolutivi dell'analisi dei bisogni/necessità della popolazione e della loro traduzione in termini di strategie, priorità ed obiettivi.

### 4.1 LE SCELTE STRATEGICHE REGIONALI

Vanno richiamate come scenario di riferimento per il territorio di Scandiano le indicazioni contenute nel Piano sociale e sanitario 2017-19 che sono il frutto di analisi approfondite dei mutamenti strutturali sul piano socio-economico degli ultimi 10 anni e considerano l'evoluzione istituzionale e della governance territoriale in Regione Emilia Romagna:

**1) lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà.** Si tratta in particolare di rendere operativi nei territori tre strumenti che insieme dovranno fronteggiare le esigenze e le domande di chi rischia di rimanere fuori dal mercato del lavoro e dalla società attiva: la legge regionale sull'inclusione socio-lavorativa (L.R. 14/2015), la legge regionale sul Reddito di solidarietà (L.R. 24/2016) e l'attuazione del Sostegno per l'inclusione attiva, ora Reddito di Inclusione, introdotto dal Governo. Una più ampia trattazione dell'attuazione delle misure nel territorio dell'Unione Tresinaro Secchia è trattata nella sezione del Piano povertà.

**2) distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria.** Nel territorio dell'Unione Tresinaro Secchia il già l'attore, costituito dagli Enti locali associati e dall'Azienda Usl nella sua articolazione territoriale, che presiede per l'intero territorio alla regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali. Una più articolata descrizione del modello territoriale di governance nel territorio dell'Unione Tresinaro Secchia si trova nel precedente capitolo.

**3) sviluppo di strumenti di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali,** con 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 sociosanitarie associa la previsione di lunga-assistenza e per la popolazione che ha bisogno di prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione. A questa ricerca di nuovi strumenti deve associarsi anche l'integrazione fra assistenza pubblica e privata, in particolar modo nel campo dell'assistenza agli anziani e quelli con patologie neurologiche e del comportamento. In questo senso alcune schede del presente Piano di zona vanno proprio nella direzione di sostenere i care giver in forte collaborazione con i diversi attori del territorio.

### 4.2 SCELTE STRATEGICHE E PRIORITÀ CONTENUTE NEL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'UNIONE TRESINARO SECCHIA

Allo scenario indicato dalla regione vanno associate le indicazioni strategiche e le priorità contenute nel Documento Unico di Programmazione dell'Unione Tresinaro Secchia 2018-20, per l'area welfare. In particolare è utile soffermarsi sulle priorità:

### Interventi per l'infanzia, minori e famiglie

Sul fronte delle funzioni riproduttive le famiglie, nelle loro diverse e multiformi declinazioni in cui si estrinsecano le responsabilità genitoriali, rappresentano la maggiore risorsa e al contempo il nodo critico per la crescita delle nuove generazioni:

- a) promuovere un maggiore raccordo con i soggetti che, nelle diverse comunità dell'ambito territoriale, propongono e diffondono **contenuti educativi**, con particolare riferimento alle **responsabilità degli adulti** nei confronti di bambini/e e ragazzi/e;
- b) per le situazioni di deficit della **responsabilità genitoriale** promuovere interventi intensivi per il recupero e l'acquisizione di tale funzione
- c) spostare i percorsi che necessitano di contribuzione economica per famiglie in condizioni di bisogno, su forme di **accompagnamento e tutoraggio delle famiglie in termini di riorganizzazione delle risorse interne ed esterne**.

### Interventi per la disabilità

Gli interventi e progetti sociosanitari per la popolazione disabile nell'ambito territoriale dell'Unione Tresinaro Secchia sono diffusi, differenziati e di qualità. Ciò è l'esito di un lavoro svolto negli anni sia dagli enti locali e dall'AUSL sia dal terzo settore particolarmente impegnato su questo fronte:

- a) attuare una maggiore **integrazione fra servizi istituzionali, progetti di associazioni di volontariato e risorse famigliari**, pur nell'ambito delle forme previste dall'accreditamento socio-sanitario regionale, ricercando l'opportuna flessibilità necessaria alle esigenze delle famiglie con persone disabili;
- b) aumentare il livello di **equità nell'accesso ai servizi e progetti** attraverso una maggiore pubblicità e informazione circa regolamenti e criteri;
- c) ampliare le opportunità d'**inserimento sociale e lavorativo** in ordine alle capacità delle diverse persone disabili.

### Interventi per gli anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione anziana e l'aumento conseguente dei grandi anziani con necessità assistenziali ad alta intensità, pongono alle istituzioni pubbliche la riflessione di come integrare maggiormente le risorse pubbliche e le risorse private delle famiglie, impiegate per far fronte alle necessità socio-sanitarie di questa fascia di popolazione:

- a) perseguire una maggiore **integrazione fra rete dei servizi istituzionali e forme di assistenza privata** messa in campo dalle famiglie per uno sviluppo della **domiciliarità**;
- b) efficientare la rete dei servizi per quanto riguarda i **centri diurni** per anziani;
- c) aumentare la personalizzazione dei progetti e attivare percorsi di **mutuo aiuto e supporto ai care giver**.

### Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale

La crisi economica e sociale ha ampliato la platea delle persone a rischio di esclusione sociale ed ha ridefinito i confini della vulnerabilità sociale includendo persone che prima d'ora erano integrate nel ciclo economico produttivo. Compito dei servizi diviene pertanto proporsi in modo diverso per poter incontrare ed accogliere con un bagaglio degli attrezzi nuovo le persone e le famiglie escluse:

- a) attivare tutti i possibili canali per **avvicinare le persone escluse dal ciclo produttivo a forme di impegno propedeutiche ad inserimenti nel mondo del lavoro**, in integrazione con i servizi sanitari ed i servizi per il lavoro;
- b) mantenere ed ampliare un focus sui **neet**, attivando percorsi di accompagnamento e abilitativi delle competenze sociali di base.

### **Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali**

L'ampliamento della base di bisogno riferita all'intervento dei servizi sociali e il restringimento delle risorse per il welfare, determinano l'esigenza di un'attenta programmazione e prioritizzazione delle misure da realizzare, nonché una riflessione sull'adeguamento del servizio sociale territoriale ai cambiamenti sociali intervenuti:

- a) **assestamento del Servizio Sociale Unionale** nelle forma definita dalla convenzione e nel disegno organizzativo per **poli di servizio sociale territoriale**;
- b) **revisione complessiva delle attribuzione di risorse** storicamente determinate dallo sviluppo dei singoli servizi e settori, con particolare riferimento ai fondi per la non autosufficienza;
- c) maggiore coinvolgimento anche in sede di programmazione dei **portatori di interesse sul welfare locale**.

### **4.3 OBIETTIVI E PRIORITÀ COME ESITO DEL PERCORSO PARTECIPATIVO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE**

Per l'illustrazione del processo si rimanda al successivo capitolo. Qui interessa, in continuità con le strategie indicate dalla regione e con le priorità contenute nel documento unico di programmazione, illustrare l'esito della prima parte del percorso partecipativo che si è concluso il 15 Giugno scorso con un incontro in plenaria con oltre 90 partecipanti del territorio.

In particolare l'ufficio di piano, che ha assunto il ruolo di cabina di regia del processo, gli operatori dei servizi sociali e sanitari e gli amministratori pubblici si sono concentrati sulla definizione di **priorità trasversali** alle aree di lavoro sociale e sociosanitario collegate ai precedenti tavoli tematici (Famiglie e minori, Giovani e dipendenze, Povertà ed esclusione sociale, Anziani, Disabili) ed hanno individuato due azioni trasversali a cui dare la priorità nella programmazione sociosanitaria 2018-2020:

- **sostegno alla figura del caregiver**, con la proposta di istituire e regolamentare dei luoghi/degli spazi INFORMALI per informare e formare i caregiver;
- **sostegno alla genitorialità**, con le seguenti proposte operative: 1) istituzione di un gruppo di lavoro sperimentale composto da tecnici per lavorare in maniera complementare alle misure di contrasto alla povertà (RES, REI, legge 14/2015); 2) potenziamento ed ampliamento delle competenze del **Centro per le Famiglie** come luogo ospitante di consulenze sociosanitarie a cui i cittadini possano rivolgersi senza doversi sentire "etichettati" (ad esempio colloqui SERT ecc.); 3) istituzione di laboratori sui temi della povertà, declinata come fragilità familiare .

Nel percorso partecipato gli amministratori hanno inoltre puntualizzato ulteriori aspetti quali attenzioni da mantenere nel triennio:

- inserimento sociale della popolazione con **disabilità** attraverso maggiori opportunità lavorative e opportunità di socializzazione nel tempo libero;
- integrazione delle **popolazioni immigrate** presente sul territorio anche da tempo (quindi non solo i neo arrivati o coloro che rientrano nei percorsi di SPRAR);
- contrasto al consumo di sostanze nella **popolazione adolescenziale/giovanile**, e ai comportamenti devianti o patologici;
- individuazione di luoghi/spazi e nuove competenze per accogliere le esigenze delle **famiglie** e dei giovani, anche attraverso il rafforzamento del **Centro per le famiglie**;

Infine nel corso dell'incontro con i portatori d'interesse locali, attraverso un lavoro per gruppi, sono state confermate le priorità indicate fino a quel punto del percorso e individuate da tecnici e amministratori. Dal confronto con associazioni, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, gruppi informali, nella totalità dei 4 gruppi di lavoro è inoltre emersa una ulteriore dimensione che possiamo fin d'ora aggiungere alle priorità riconosciute e indicate.

Dall'ascolto della comunità è emerso in modo consistente la definizione di **fragilità** non solo e non tanto legata a condizioni oggettive di "mancanza di qualcosa" (servizi, salute, casa, lavoro, informazioni) quanto dal **disagio soggettivo definito dai più "disagio interiore" o "solitudini"**. Viene espressa l'idea di inadeguatezza personale e la difficoltà ad affrontare le ordinarie criticità del quotidiano. Il disagio personale descritto fa riferimento non a categorie propriamente cliniche ma esperienziali ed esistenziali come la disperazione, la esasperazione, la tristezza, il senso di precarietà, vedersi con una mancanza di prospettive.

Questo aspetto è stato assunto a livello progettuale e sintetizzato nella scheda "Sostegno psicologico ai fragili".

Come detto nella premessa del capitolo il percorso partecipativo non è concluso e riteniamo che a partire dal prossimo settembre 2018 si possano rivedere alcune delle priorità ad oggi riconosciute e articularle in progetti ed azioni con caratteristiche di forte integrazione fra tutti gli attori del welfare locale

## CAP. 5 – PIANO TERRITORIALE DI LOTTA ALLA POVERTÀ

### 5.1 LE PRASSI DI LAVORO VISTE ATTRAVERSO LE PRECEDENTI PROGRAMMAZIONI

La zona sociale di Scandiano si caratterizza per la presenza del polo industriale della ceramica che in poco più di un decennio ha visto profonde trasformazioni sociali, è passata attraverso le fasi di una piena occupazione e continuo sviluppo, all'emergere delle nuove povertà, al dilagare della crisi economica e sociale. Il Servizio sociale ha modulato la propria programmazione seguendo l'evoluzione dei bisogni sociali.

Fase di piena occupazione e sviluppo: all'esordio della programmazione secondo la 328/00, l'istituente tavolo tematico per le povertà ed esclusione sociale definiva il disagio sociale in questo modo: *"il disagio sociale è: non sentirsi parte di qualcosa, ovvero non sentirsi attori di diritti e doveri, è una sensazione di esclusione, a fronte di un bisogno di appartenenza, una condizione di sofferenza mentale e fisica che da la percezione del disagio, è l'impossibilità di realizzare la propria esistenza. Frustrazione nell'autodeterminazione, mancanza di auto realizzazione, non accettazione della diversità. Zona di conflitto fra l'individuo, se stesso, la collettività. Il disagio è quindi una condizione oggettiva ma soprattutto soggettiva che deriva da processi interni ed esterni"*.

Fra le manifestazioni del disagio descritte nel primo Piano Sociale di Zona di Scandiano nell'anno 2004, troviamo fenomeni che appartengono a un'altra epoca, e che di nuovo riportiamo testualmente:

- *accesso relativamente facile al mondo del lavoro dei giovani,*
- *"utilizzo" degli adolescenti da parte delle famiglie per produrre reddito;*
- *frequenti infortuni sul lavoro, continui cambi di lavoro;*
- *disequilibri ed eccessi nel mondo del lavoro degli adulti, in generale lavorano troppo, a orari -cruciali per la vita di una famiglia...o può succedere che siano disoccupati o sottoccupati,*
- *danni dell'eccessivo agio/benessere,*
- *modelli di relazioni consumistiche,*
- *mescolarsi di nuove povertà accanto alle vecchie (aspettative diffuse di alto tenore di vita indebitamente richiesta di generi di prima necessità)"*

Il gruppo tecnico tematico descriveva una comunità in cui si lavorava troppo, si cambiava spesso lavoro, si spendeva male, non esisteva disoccupazione giovanile. La povertà era soprattutto "povertà culturale" e povertà relazionale". Il budget complessivo del programma povertà era un quarto rispetto a quello attuale. I progetti del primo programma povertà agivano prevalentemente sulla povertà relazionale, si faceva lavoro di ricostruzione di reti comunitarie, e si lavorava sulla genitorialità e questi progetti assorbivano il 70% delle risorse dedicate. Il rimanente era dedicato all'inserimento lavorativo di soggetti molto fragili e già in carico ai servizi (disagio conclamato, povertà estrema e cronica).

Fase dell'emergere delle nuove povertà: fino all'anno 2008, fattori di crescita e di benessere si intersecavano con altri di rischio e disagio sociale creando uno scenario complesso e ambivalente. Il comprensorio ceramico nei decenni scorsi e fino al 2008, ha garantito crescente offerta di lavoro, ma spesso con redditi bassi, contratti di lavoro precari, costo della vita elevato, scarsa qualità delle relazioni sociali. Il territorio inoltre era caratterizzato da forti flussi migratori e da un aumento costante della popolazione.

Sempre più spesso, negli anni antecedenti a quella che chiamiamo "crisi economica" i Servizi Sociali hanno accolto questi nuovi utenti "tamponando" nei momenti critici o cercando di sostenerne il ripristino di una relativa autonomia.

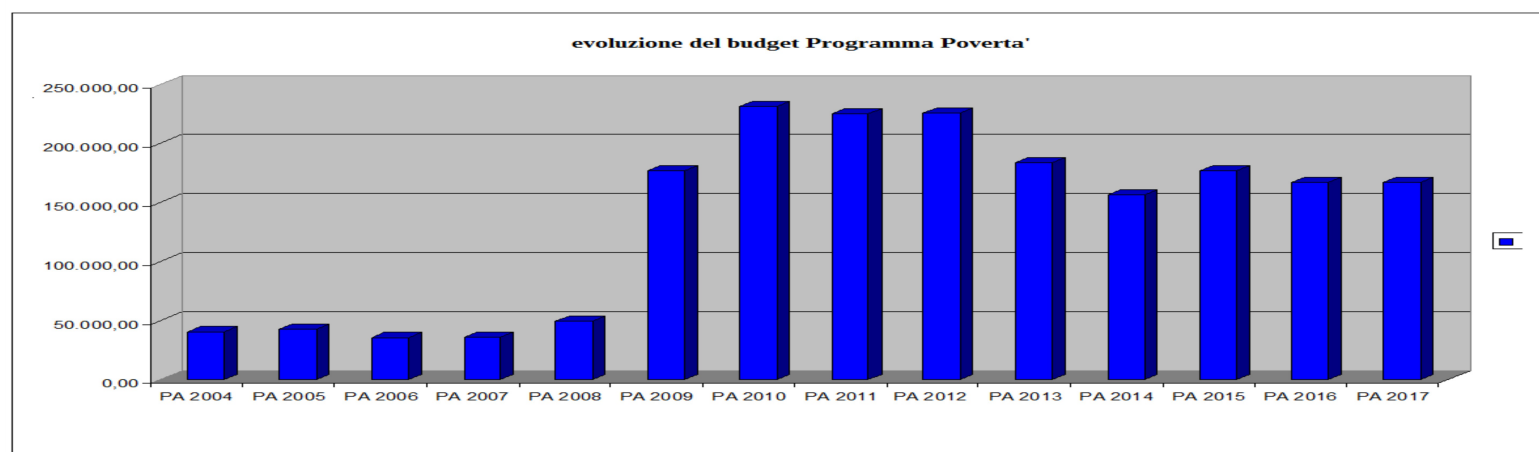
Fase del dilagare della crisi economica e sociale: con l'avvento della crisi economica, per la prima volta nella storia di servizio sociale, chi lavora sul fronte del disagio ha impattato un problema sociale nuovo: gli esiti della disoccupazione diffusa. I "disoccupati iscritti ai Centri per l'impiego" ovvero coloro che, essendo privi di lavoro hanno formalizzato la propria condizione di "disoccupati" iscrivendosi ai Centri per l'impiego, sono più che triplicati passando da 1801 unità al 31/12/2007 a 5863 unità al 31/12/2015. La disoccupazione giovanile (15 - 24 anni) nello stesso periodo di riferimento è quadruplicata passando dal 8,9% al 33,5%. (DUP 2016 - 2019). Questi dati già significativi nel delineare l'ampliarsi della zona di disagio sociale del territorio, misurano solo un fenomeno parziale e non la totalità delle persone prive di lavoro.

Le fasce di età più interessate sono i giovani e gli over 50. Continuano a risentire di una condizione di accentuato svantaggio le donne, le persone con storie di vita caratterizzate da processi migratori, e da significative rotture e di legami familiari sia italiani che stranieri, le persone con bassa scolarità. Questo variegato entourage di cittadini, che si accosta e articola la tipologia delle così dette "nuove povertà", sfida i Servizi Sociali sul piano dell'investimento delle risorse economiche ma soprattutto sul piano del rinnovamento metodologico e strumentale.

Ora siamo in una fase di lenta ripresa dell'occupazione ma le persone espulse faticano a ricollocarsi e le famiglie impoverite faticano a ritrovare autonomia.

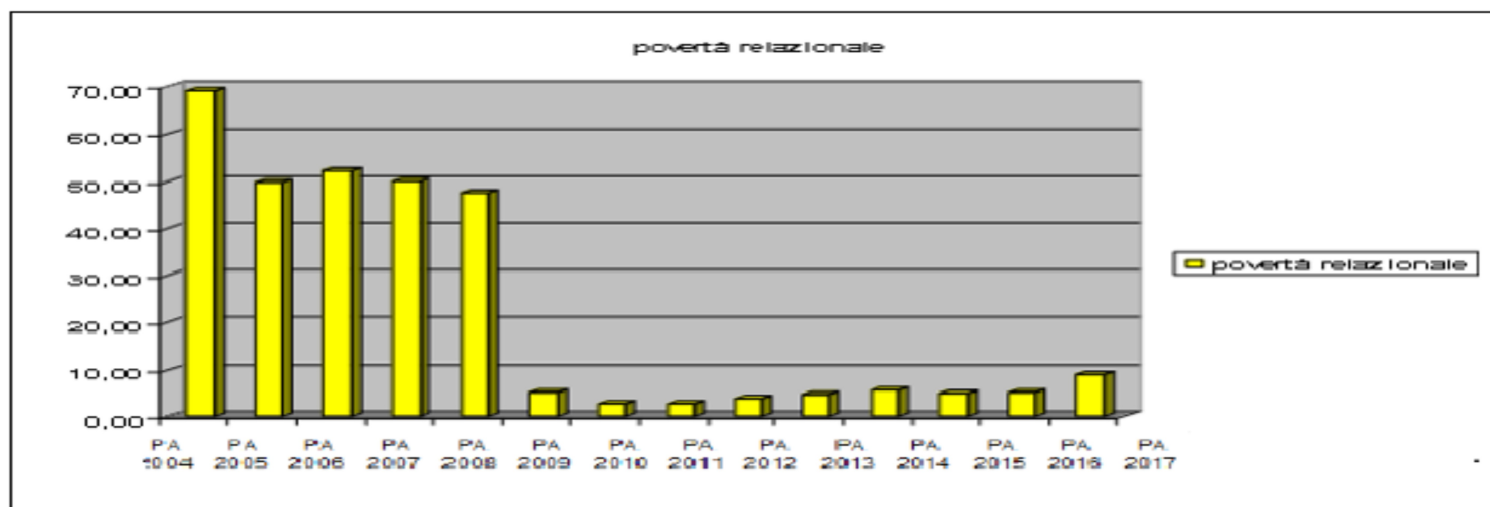
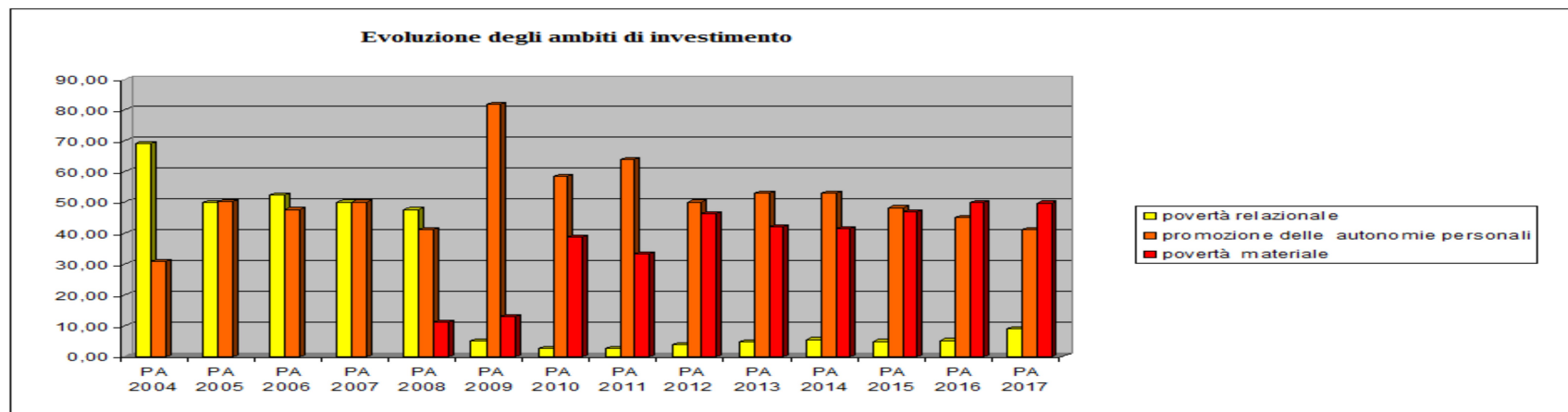
## 5.2 UTILIZZO DEL FONDO SOCIALE DAL 2004 AD OGGI

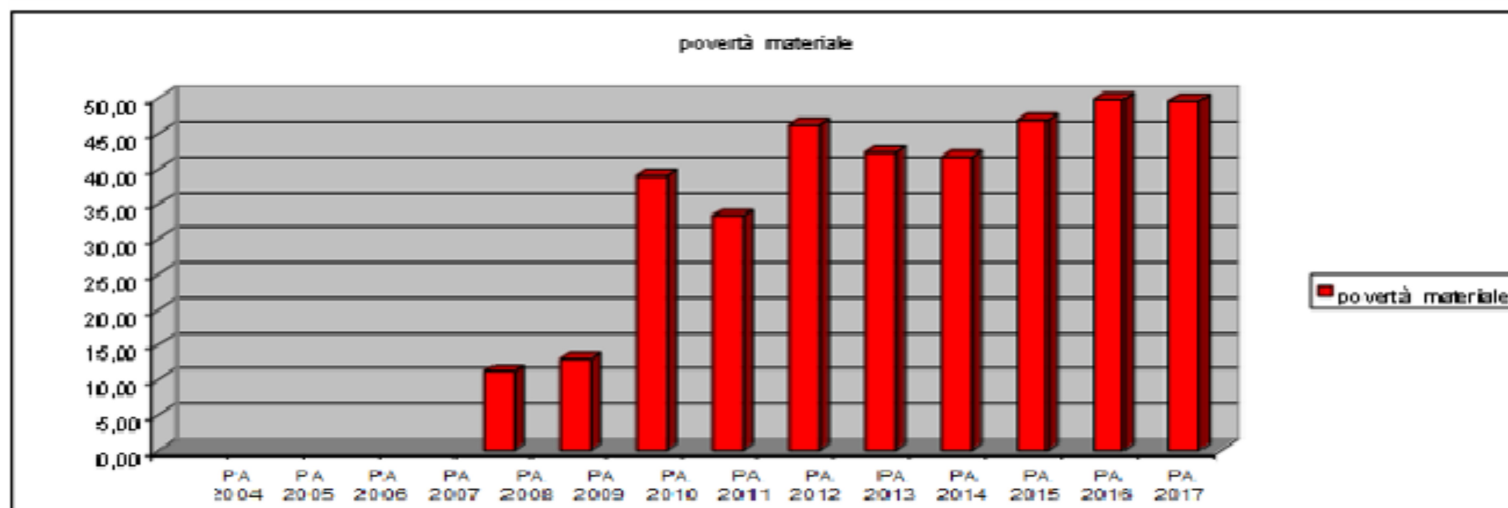
Alcuni grafici aiutano a vedere come il sistema dei servizi abbia operato cambiamenti significativi nelle aree di investimento, mettendo in essere progettazioni via via rispondenti all'evoluzione del problema sociale.



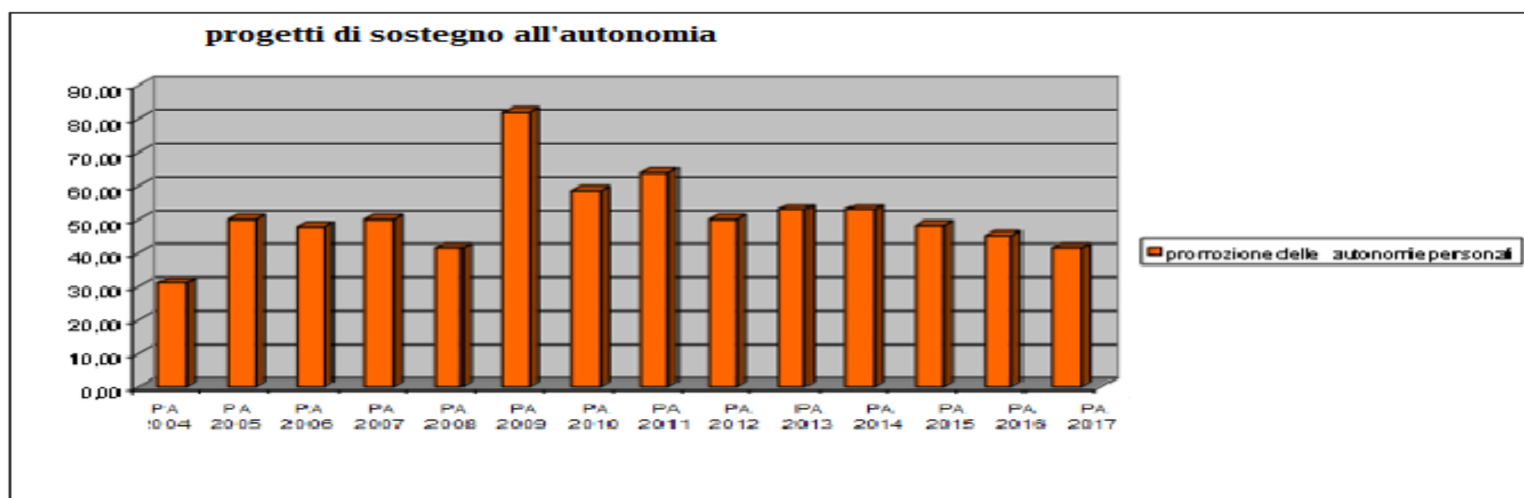
Dall'evento della crisi in poi **l'investimento è più che quadruplicato** e mai tornato ai livelli pre crisi.

Sono state classificate le progettazioni sociali realizzate con il Fondo Sociale Locale in due macro categorie a seconda che incidano sulla povertà relazionale o povertà materiale, fra queste poi si sono evidenziate e differenziate le progettazioni che intervengono sul disagio economico con un'ottica non solo di erogazione, ma di sviluppo dei potenziali personali (progetti di sostegno all'autonomia).





Particolarmente evidente l'evoluzione dello **spostamento repentino e radicale** dell'investimento **dall'area del disagio relazionale e all'area della povertà materiale**. Questa inversione di tendenza è poi diventata strutturale.



Occorre poi notare come pur nel ribaltamento della definizione degli obiettivi prioritari che si spostavano dall'area del lavoro di comunità e di costruzione di legami sociali all'erogazione di beni e servizi di prima necessità, **esiste un'area di lavoro che ha avuto forte tenuta indipendentemente dalla crisi: è l'area delle progetti orientati a promuovere l'autonomia delle persone.** Prima della crisi "l'utente tipo" destinatario di questi interventi era l'adulto con disagio cronico su cui investire per un recupero sociale. Dopo la crisi "l'utente tipo" è diventato il "nuovo povero". Anche quando si è erogato più denaro, alta è stata la tensione a immettere il valore aggiunto di voler agire sull'empowerment personale. Significativi, anche nella zona sociale di Scandiano, sono stati i progetti "precursori" della filosofia che sottende oggi alle nuove misure di contrasto alla povertà. Questi tentativi di evoluzione metodologica sono avvenuti nell'assenza di un quadro normativo e giuridico e nella inadeguatezza degli strumenti amministrativi.

### 5.3 IL SERVIZIO SOCIALE SI MISURA CON LA POVERTÀ. NOTE DI APPROFONDIMENTO

Le nuove misure nazionali e regionali di contrasto alla povertà RES, REI e L14 non nascono da una programmazione locale, ma si inquadrono nei servizi sociali che le "fanno proprie" attuandole. Non è scontato attendersi che il tema del disagio sociale legato alla assenza di lavoro e alla povertà trovi naturale accoglienza e gestione all'interno del Servizio Sociale. Il Servizio Sociale nascendo e strutturandosi in una epoca di progresso sociale ed economico, in particolar modo nella regione Emilia Romagna e nel contesto della zona sociale di Scandiano appartenente al "miracolo economico" del comprensorio ceramico, gestisce un chiaro mandato nel trattamento del solo disagio conclamato, certificabile e categorizzato (tutela minori, non autosufficienza, disabilità, grave disagio adulto). Esso in una società del benessere dalle molteplici opportunità tratta la povertà materiale come fenomeno transitorio, accessorio, e occasionale; pensa che la povertà può caratterizzare alcune brevi fasi vitali nella storia di una famiglia è un evento accidentale, da cui è necessario e possibile uscire velocemente. La povertà, non era vista dal Servizio Sociale come proprio elettivo ambito di intervento. Il Servizio Sociale non ha costruito elaborate letture del problema: di fronte alla mancanza di denaro la prima iniziativa è quella di erogare denaro. Il Servizio Sociale non possedeva strumenti di intervento, se non il sostegno economico temporaneo, un contributo che "tamponi il bisogno" nell'immediato in attesa che il soggetto tornasse ad essere autonomo. L'azione deve essere ben circoscritta, altrimenti diventa assistenzialismo. Non esiste critica peggiore al sistema del welfare locale che "fare dell'assistenzialismo". Ciò nonostante anche negli anni che seguono la crisi economica, come si evidenziano i dati di cui sopra consistenti sono stati gli sforzi di sperimentare forme di aiuto che coniugassero le erogazioni di denaro all'impegno personale e sociale. L'analisi della letteratura in materia ci mostra che in diversi paesi europei (es Francia e Germania) si sono avviati programmi e dispositivi istituzionali per svolgere funzioni propriamente di clinica psicosociale. Da queste esperienze si è appreso che la clientela (disoccupati, precari, giovani con difficoltà di inserimento, lavoratori sottopagati) non si reca spontaneamente a consulto, poiché la sofferenza di cui da prova tende a mostrarsi più che a dirsi. La domanda di aiuto non è formulata attraverso la parola. Sono quindi soggetti che manifestano sofferenza (vedi il proliferare di "stati-limite") ma non sono in grado di organizzare una domanda. La problematica psicopatologica degli utenti si manifesta secondo le tonalità della perdita: depressione, svalutazione, chiusura. (Alain Ehrenberg "La società del disagio mentale e il sociale"). Se tutto ruota attorno alla perdita lavoro, stato sociale, alloggio, salute, relazioni, la perdita più pesante è la perdita di fiducia, in sé, negli altri, nell'avvenire. La sofferenza stessa finisce per anestetizzarsi. Si tratta di persone bloccate nella loro sofferenza. Gli psichiatri la chiamano sindrome di auto esclusione: inibizione del pensiero e delle emozioni, rottura dei legami, incapacità di domandare, incuria di sé, assenza di vergogna. Paradosso: nella ricerca del lavoro, si chiede a questi poveri di

comportarsi come dei vincenti (caratteristica necessaria a inserirsi) dimentichi delle loro ferite narcisistiche. (Alain Ehrenberg "La società del disagio mentale e il sociale")

Il Servizio Sociale si cimenta con problemi nuovi, fino ad oggi ritenuti marginali. Ancora oggi nel computo dei carichi di lavoro il "caso economico" è ritenuto di scarsa rilevanza, spesso non considerato una priorità, svalutato. Esistono, anche nel nostro ambito territoriale ripetuti tentativi di delegare ad altri la gestione del "caso economico". Si tende a vedere l'intervento sulla "semplice" povertà, meno nobile, meno specialistico, relegabile nel computo degli interventi residuali.

Sappiamo invece da studi e ricerche che documentano gli effetti sulla salute fisica e mentale della povertà sull'individuo quanto la povertà generi forme di sofferenza profonde. Da ricerche condotte in Francia già negli anni 70 vediamo come gli esiti a 10 anni di distanza di un licenziamento collettivo sono state: 58% sindrome pre-depressiva, 24% sindrome ansiosa depressiva grave, 30 % disturbi cardiaci lievi. 12% disturbi cardiaci gravi) La perdita del lavoro è un trauma che pone il soggetto in una situazione di disagio cronico oscillante fra il malessere ansioso e la disperazione. Una sofferenza devastante quanto negata.

A conclusione di queste premesse dobbiamo aggiungere che il povero, come l'omosessuale, malato di mente, reduce di guerra, è una delle categorie sociali più soggette a stigma sociale. Sul disoccupato, anche in tempi di severa recessione economica pesano i pregiudizi che nel linguaggio popolare oscillano fra il "poverino" e "non ne ha voglia". (Patrick W. Corrigan) Anche questo pregiudizio ha contribuito a inibire lo sviluppo di un pensiero, di buone prassi e di strategie efficaci nell'affrontare il problema. Il rischio è che di fronte ai successi solo parziali della L. R. 14 si colpevolizzino gli utenti stessi "che non aderiscono" "non sono motivati" "hanno atteggiamenti passivi di dipendenza". Poco facciamo i conti noi servizi con la scarsa competenza tecnica e investimenti di personale errati nella programmazione.

#### **5.4 RES/REI, L.R. 14. NUOVI STRUMENTI A DISPOSIZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE. RISCHI E POTENZIALITÀ**

Attraverso le nuove misure di lotta alla povertà, RES REI, L. R. 14, si chiede al Servizio Sociale che si occupava dei pochi esclusi dal progresso, di occuparsi di fenomeni massicci e permanenti di povertà. Dal punto di vista del disagio psichico il Servizio Sociale non si occupa più di comportamenti devianti ma di condotte di impotenza. Occorre ascoltare e osservare favorire l'emergere di una domanda, aumentare la stima di sé, restituire fiducia. Occorre uscire dal circolo vizioso della responsabilità e del senso di colpa, come? Prima di tutto la sofferenza va mentalizzata, e la situazione esistenziale compresa nelle sue componenti causali del contesto sociale e storico non solo di responsabilità personali. Esiste una responsabilità personale e una collettiva. E' a partire dalle attese del beneficiario, dalla percezione che ha dei propri problemi e del proprio divenire che il lavoro sociale deve far emergere le sue potenzialità. Esso dovrà consentirgli di diventare protagonista della sua relazione con la società ed eventualmente riappropriarsi dei suoi diritti.

**Attivazione è la parola chiave:** si tratta accompagnare le persone nel far emergere le loro potenzialità. Se la stima di sé (narcisismo) indebolita produce inattività occorre ripristinare la fiducia in sé nell'intento di aiutarli a trasformarsi da passivi in attivi, passare da una posizione di chiusura di chi subisce a un atteggiamento propenso all'azione.

**L'attivazione personale e l'empowerment sono elementi strategici delle nuove misure di contrasto alla povertà, REI e L. R. 14.** Il Servizio Sociale italiano e anche quello emiliano, hanno certamente la cultura del lavoro per progetti per il superamento dei problemi, ma non hanno esperienza in questo specifico ambito (sintomi negativi, demotivazione, chiusura, ritiro) .

Dopo i primi sei mesi di avvio e operatività della L. R. 14 facciamo i conti con criticità impreviste: la percentuale alta di persone che non firmano i patti, che si ritirano e non portano a termine le misure (questi ultimi per esempio sono 13 su 59 nei primi 6 mesi di

operatività). La lettura del problema sociale (reinserimento nel mondo del lavoro per i fragili) sottintesa sembra forse semplificata. Non si tratta di fare una buona valutazione in rete, un buon progetto, sottoscriverlo e attuarlo. Si tratta di saper gestire dal punto di vista relazionale e di cura del processo la sofferenza sopra descritta. Analoga difficoltà, e problema/bersaglio, non a caso si riscontrava con i progetti pilota che la zona sociale di Scandiano ha attuato negli anni scorsi con i neet. Lo stesso fallimento del progetto nazionale "Garanzia Giovani", ricorda e testimonia il **rischio di non aver valutato correttamente la natura del disagio**. (ipotesi di fondo e metodologia applicativa erano molto simili alle attuali misure: imponenti finanziamenti, vasta gamma di opportunità, sistema diffuso quanto codificato di accesso, centralità dell'adesione e del patto...)

### **Ricerche sociali condotte dal Servizio Sociale Unificato in materia di povertà**

Nel 2016/2017 l'area adulti/povertà del Servizio Sociale Unificato, nel tentativo di sensibilizzare e formarsi ha condotto su due Poli Territoriali una ricerca azione, denominata "**gli eroi della crisi**" con un gruppo di famiglie colpite dalla crisi. Il percorso con il gruppo aveva l'obiettivo di costruire conoscenza condivisa con gli utenti sul tema della povertà, e sulla percezione di utilità del servizio e dei suoi strumenti. Sono emerse evidenti corrispondenze con i dati di letteratura di cui sopra sul livello di sofferenza di chi vive condizioni di precarietà economica e povertà. Un terzo degli utenti ha riferito pensieri di morte, tutti hanno riportato stati di angoscia, momenti confusionali, ansia generalizzata e persistente. Le sofferenze più importanti sono legate alla perdita di dignità e all'impotenza nell'alleggerire la sofferenza dei famigliari (figli prima di tutto, ma anche il coniuge). Dai loro racconti sono emerse anche importanti indicazioni metodologiche che confidiamo di mettere a valore. Nella prima restituzione degli operatori coinvolti ai colleghi del servizio è emersa rabbia degli operatori di fronte alla propria impotenza, e alla inadeguatezza degli strumenti (siamo prima del REI sul quale non si hanno oggi elementi di valutazione). E' anche stato esplicitato il serio disagio degli operatori precari a stare sul tema della precarietà e del disagio economico. Esse esplicitano la fatica a entrare profondamente in contatto con i nuovi poveri e la tendenza difensiva a fermarsi nella relazione a un livello più di superficie.

Una altra ricerca, quantitativa e qualitativa supervisionata dall'Università di Parma, è stata condotta all'interno del Servizio Sociale Unificato, e ha riguardato tutti i Poli e tutte le aree, sul tema dei **Neet**. I neet classificati fra le nuove forme di povertà, sono stati e sono a tutt'oggi una grande sfida, un fenomeno di difficile comprensione e fronteggiamento, le sperimentazioni condotte hanno portato molte criticità e posto più interrogativi che certezze, da qui l'esigenza della ricerca. La ricerca si è conclusa nel mese di marzo 2018. Gli esiti ad oggi devono ancora essere condivisi nel SSU.

La zona sociale di Scandiano poi ha approvato un progetto di ricerca con IRESS e la supervisione dell'Università di Urbino sulle "**nuove povertà a Scandiano**" che coinvolgerà tutti gli operatori del SSU, il terzo settore e i cittadini stessi.

### **5.5 IL MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE E IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE EQUIPE MULTIPROFESSIONALI**

La sfida di assumere l'area delle povertà come ambito proprio di intervento del sociale, il quale si dota di nuovi strumenti, in particolare le nuove misure di lotta alla povertà, RES REI, L. R. 14, assieme a importanti risorse economiche e potenziamento/qualificazione dei servizi stessi, non può essere sottovalutata. Imprescindibile è strutturare assieme al sanitario, ai servizi per la ricerca attiva del lavoro e alla comunità intera efficaci e sostenibili modelli locali organizzativi per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'equipe multidisciplinari.

L'Unione Tresinaro Secchia con l'istituzione del Servizio Sociale Unificato si è dotata di una struttura organizzativa che prevede:

- **funzioni centralizzate** di programmazione generale e gestione delle risorse assegnate svolte principalmente in sede di Ufficio di Direzione e Ufficio di Piano.
  - **il servizio sociale territoriale**, così come delineato nelle Linee guida approvate con DGR 1012/2014, nelle sue componenti di Sportello sociale e Servizio sociale professionale, afferente i poli territoriali, rappresenta lo snodo centrale per la attivazione e la realizzazione delle misure di contrasto alla povertà. Nella zona sociale di Scandiano si articola in 5 Poli Territoriali per la gestione diretta delle funzioni di servizio sociale in tutte le sue fasi e dimensioni. Presso ogni Polo territoriale sono presenti assistenti sociali di tutte le aree di intervento: adulti famiglia e infanzia, anziani, disabili. Il servizio fornisce le seguenti prestazioni professionali su tutto il territorio dell'Unione:
    - **sportello sociale**: informazione, accesso e segretariato sociale, con funzioni di informazione, consulenza, orientamento e assistenza nella presentazione delle domande; Gli sportelli sociali si avvalgono di una attività di coordinamento che ne armonizza e omogenizza l'operato e fornisce supporto tecnico. I punti di accesso o sportelli sociali sono sei, uno in ogni comune, attivi con orari diversificati in relazione al bacino di utenza di riferimento.
    - **assistenti sociali di polo territoriale** per l'analisi preliminare e approfondita del bisogno nell'ambito del servizio sociale territoriale in caso di bisogno complesso l'assistente sociale del polo di riferimento attiva l'equipe multidisciplinari a composizione variabile, da calibrare in base ai bisogni del nucleo. La valutazione tiene conto delle indicazioni previste nel piano nazionale povertà che individua le seguenti fasi che conducono alla definizione del progetto personalizzato e che si distinguono in:
      - 1) analisi preliminare o pre-assessment, da realizzarsi per tutti i nuclei richiedenti che abbiano avuto esito positivo circa la verifica dei requisiti per l'accesso al beneficio economico. Si tratta di una prima valutazione che ha lo scopo di raccogliere informazioni sul nucleo, sulle sue risorse, su servizi e supporti già attivi, sull'eventuale presenza di fattori di vulnerabilità dei singoli componenti e del nucleo nel suo complesso. Questa prima fase serve ad orientare ed iniziare a definire il successivo percorso.
      - 2) valutazione multidimensionale o assessment effettuata dall'equipe multidisciplinare, da attivare qualora emerga una situazione di bisogno complesso del nucleo, non legata alla sola dimensione dell'assenza di lavoro. Viene condotta un'analisi più approfondita non solo delle risorse e dei fattori di vulnerabilità del nucleo, ma si procede anche all'individuazione dei bisogni e delle risposte da attivare per intraprendere un percorso finalizzato all'autonomia.
      - 3) definizione, in collaborazione con il nucleo, del progetto personalizzato che dovrà contenere obiettivi, risultati concreti, sostegni da attivare a supporto del percorso e impegni assunti dal nucleo stesso, che costituiranno l'elemento condizionale all'erogazione del beneficio economico.
- Il SSU opera in stretta connessione con il Centro per le Famiglie e il nuovo Ufficio Casa dell'Unione.
- **coordinamento Area tematica Adulti/povertà**. La funzione di coordinamento trasversale a tutti i Poli Territoriali ha come compiti la "progettazione, sviluppo e aggiornamento delle metodologie di intervento in ambito specialistico e il confronto periodico e coordinamento sulle modalità di intervento con assistenti sociali specialisti di tematica". Il tema delle povertà incardinato nell'area degli adulti ha come punto di forza e valore l'esperienza maturata dai professionisti dell'area e come punto di debolezza l'incapacità di contaminare i professionisti di altre aree, in particolare l'area minori e famiglia, che tende a delegare e non investire. I genitori sono spesso adulti fragili e poveri che vivono le situazioni di disagio profondo sopra descritte e richiedono un lavoro di presa in carico come individui e soggetti bisognosi essi stessi di aiuto (nonché portatori di risorse perso-

nali da valorizzare). Non possono essere visti all'interno del SSU solo attraverso la lente della genitorialità e con gli approcci propri dell'area tutela. Il dibattito interno e le dinamiche di servizio fra aree di lavoro nel Servizio sociale Unificato sono in evoluzione. Il tema delle povertà sfida i servizi, sul fronte organizzativo, di competenze, visione e sostenibilità. Obiettivo del SSU nel triennio è favorire scambio condivisione e diffusione dei saperi al fine di offrire a tutti i poveri del territorio uguali opportunità di trattamento indipendentemente dal fatto che siano famiglie di soli adulti o famiglie con minori. Il raggiungimento di questo obiettivo è essenziale e imprescindibile per la riuscita del piano a livello locale.

- **equipe multi-professionale per la LR 14/2015** rappresenta lo strumento operativo dell'integrazione delle competenze specialistiche delle funzioni sociali, sanitarie, del lavoro. E' composta dall'assistente sociale coordinatrice dell'equipe, e dal rappresentante del servizio lavoro che ne costituiscono i membri stabili e garantiscono sempre la loro presenza, ad essi si aggiungono la assistente sociale responsabile del caso, e i professionisti sanitari di riferimento. Ha sede presso gli uffici della direzione del SSU ma prevede sedute locali sui poli territoriali. Lavora con calendarizzazione predefinita a cui si possono aggiungere sedute al bisogno e mirate. Tutti gli operatori inseriscono autonomamente e ordinatamente i casi attraverso una agenda condivisa. I criteri "di riparto" e priorità sono stati condivisi nel gruppo di monitoraggio di cui sotto.
- **gruppo allargato di monitoraggio** che a organizzazione e regia dei firmatari del PIT effettua incontri periodici cui partecipano tutti gli operatori sociali e sanitari e lavorativi del territorio e gli operatori dell'Ente Attuatore. Gli incontri hanno finalità di promuovere la diffusione delle informazioni, raccogliere esigenze e criticità, fornire indicazioni metodologiche e strumentali e supportare la programmazione sincronica delle profilazioni individuali con le attività collettive del PIT.
- **equipe multi-professionale per il REI** a composizione variabile. L'obiettivo che si vuole conseguire è il mantenimento di un organismo snello che utilizzi le competenze già presenti sul territorio e al tempo stesso si apra a nuove metodologie di lavoro coinvolgendo professionalità specifiche dei diversi ambiti. L'equipe opera considerando la famiglia e i singoli componenti in maniera globale e unitaria e utilizzando le distinte competenze specialistiche degli operatori. Può chiedere il coinvolgimento di ulteriori operatori afferenti a servizi e organizzazioni differenti (scuola, neuropsichiatria infantile, servizio minori, psicologi scolastici ...) con competenze coerenti con le misure da promuovere, al fine di rispondere in maniera appropriata ai bisogni dei nuclei. Realizzata la presa in carico unitaria, predispone un programma personalizzato di interventi, ne rileva e verifica gli effetti, provvedendo, ove necessario, a ridefinire il programma personalizzato. A volte, quando si prevede di attivare entrambe le misure, l'equipe multi-professionale per il REI coincide con la stessa equipe per la LR 14/2015.
- è prevista l'implementazione di un **gruppo di lavoro laboratoriale** per la valutazione dei casi complessi. Questo gruppo oltre a valutare i casi complessi avrà valenza metodologica di proporre e stimolare progettazioni innovative e condivisione di buone prassi e sperimentazioni particolari.

In relazione alla complessità del lavoro di progettazione, monitoraggio e valutazione con le risorse del PON Povertà sono state assunte due assistenti sociali a tempo pieno che andranno a supporto dei poli territoriali per le attività di servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale.

All'interno del servizio sociale territoriale (poli territoriali) operano n. 24 assistenti sociali, di cui 2 sugli sportelli sociali, e 22 sulle aree specialistiche dei poli territoriali e 2 assistenti sociali assunte con le risorse PON povertà. Sui Poli opera inoltre un educatore professionale. Ulteriori 2 assistenti sociali sono responsabili di Polo. Operano inoltre 5 operatori di sportello sociale e altrettanti amministrativi. A completare l'organico della presenza della figura delle assistenti sociali sul territorio di Scandiano concorrono 3 assi-

stenti sociali di area sanitaria, una nel SAA, una nel SERD, e una nel CSM. Queste ultime concorrono pienamente alla realizzazione della L. R. 14.

**I parametri previsti dalla tabella 7.a) del Piano Regionale per la lotta alla povertà 2018-2020 sono soddisfatti, la zona sociale di Scandiano ha almeno 1 assistente sociale ogni 5000 abitanti.**

**Il Primo rapporto di monitoraggio sull'Attuazione del RES ci dice** che la zona sociale di Scandiano ha una incidenza di povertà, significativamente più basso della media provinciale sia come rischio di povertà (4,3% Scandiano, contro il 7,8 provincia RE) che come grave povertà (0,9% Scandiano, contro il 3,2 provincia RE). **Il tasso di copertura delle domande RES è rispettivamente il doppio e il triplo rispetto alla media provinciale.**

## 5.6 UTILIZZO DELLE RISORSE DEL FONDO POVERTÀ. QUOTA SERVIZI

Le azioni progettuali messe in campo nella zona sociale di Scandiano attraverso il **Piano per la salute e il benessere sociale dell'unione Tresinaro Secchia** prevalentemente attraverso le risorse del **fondo sociale locale** sono sia interventi consolidati e patrimonio locale irrinunciabili dei precedenti Piani attuativi, che azioni innovative poste in essere per la prima volta con l'intento di supportare e valorizzazione delle nuove misure nazionali e regionali di contrasto alla povertà.

Tali azioni sono parzialmente in continuità con le programmazioni precedenti, ma riorganizzate secondo nuove logiche e approcci suggeriti dalle schede regionali:

la scheda 10 "contrasto all'esclusione sociale e povertà estrema"

la scheda 12 "inclusione persone neo arrivate"

la scheda 23 "avvicinamento al lavoro per persone fragili"

la scheda 24 "la casa come fattore di inclusione sociale"

sono propriamente innovative e compaiono per la prima volta nella programmazione locale

la scheda 4 "budget di salute"

la scheda 22 "misure di contrasto alla povertà RES-REI"

la scheda aggiuntiva "sostegno psicologico ai fragili"

In particolare il progetto INTRECCI (Scheda 22) e il progetto "sostegno psicologico per i fragili" nonché il "budget di salute" si connettono strategicamente con le nuove misure REI RES e L14 per potenziarne l'efficacia e favorirne l'applicabilità locale.

Per i contenuti si rimanda alla lettura delle specifiche schede.

Nel corso degli anni le misure di contrasto alla povertà sulle diverse aree di bisogno materiale degli alimenti, casa, lavoro, mobilità, servizi hanno messo in campo a favore di chi ha bisogno articolate gamme di opportunità. Sono interventi di Servizio Sociale che si collocano sempre nella dimensione del dare, dell'erogare beni e servizi. Le nuove misure nazionali e regionali introducono la dimensione della contrattualità e del patto sociale, oltre che dell'impegno attivo di tutto il nucleo. L'analisi proposta dal presente documento programmatico sul fronteggiamento delle povertà pone al centro una **ipotesi di disagio sociale profondo** non così immediatamente aggredirle con la semplice offerta di buone opportunità. In modo conseguente e congruente con l'ipotesi esplicitata intendiamo dotarci della possibilità di costruire relazioni accudenti, che accolgono, accompagnano, valorizzano. Costruire relazioni significati-

ve in grado di incidere sulla sfiducia, lo scoraggiamento, il ritiro sociale richiede competenza e tempo nella cura della relazione, richiede lavoro interdisciplinare, connessioni comunitarie, in sintesi richiede tempo lavoro qualificato.

Per tutte le considerazioni esposte ora e più sopra nelle premesse, si ritiene necessario finalizzare l'utilizzo delle risorse del Fondo Povertà – quota servizi **almeno per il 60% sul personale**, da impiegare sia negli sportelli sociali qualificandoli che sul servizio sociale professionale che a specifiche azioni di conduzioni di gruppi di promozione della persona. Questa diventa per la zona sociale di Scandiano la prevalente **specifico misura di rafforzamento** della RETE della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale.

Per il restante 40% delle risorse del Fondo Povertà – quota servizi, si dispone di utilizzarle per il rafforzamento di specifiche misure come previsto dal piano regionale:

- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
- assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
- sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- servizio di mediazione culturale;
- servizio di pronto intervento sociale.

Le singole percentuali saranno oggetto di una definizione successiva.

## CAPITOLO 6: REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO DI ZONA

### 6.1 Processo di realizzazione del Piano

Il processo di costruzione del piano è stato realizzato con l'apporto di una società di consulenza e formazione (IRESS) che ha accompagnato la Cabina di Regia (costituita dall'Ufficio di Piano allargato ad alcuni componenti pubblici dei precedenti tavoli tematici). Il lavoro è iniziato fattivamente nel mese di Aprile e si è chiuso, per questa prima parte propedeutica alla scrittura del Piano il 15 giugno scorso con la plenaria con i soggetti del territorio interessati a dare il loro apporto sui temi del welfare locale.

Nella tabella seguente si riporta il processo scandito da incontri e obiettivi e risultati

Attori/azione	obiettivi	data		output
<b>Incontri Cabina di Regia</b>	Dalla storia programmatoria del territorio, al nuovo piano sociale di zona	6-4	APRILE	Verbale
	a) Condivisione bisogni/azioni prioritarie b) Definizione del processo programmatico (chi, quando coinvolgere, perché)	12-4		Report dell'incontro
	a) Individuare le aree di trasversalità e, di conseguenza, la ristrutturazione degli ex-tavoli tematici. b) Individuare oggetti FUTURI (dall'estate in poi) di co-progettazione con i nuovi tavoli	2-5	MAGGIO	Schema nuovi tavoli e relativi partecipanti Programma dei lavori futuri dei tavoli
	Definire le modalità di svolgimento della plenaria e i contenuti da presentare relativi al percorso di programmazione partecipata	18 maggio ore 10.00		Individuazione interlocutori e modalità di invito e contatto. Individuazione priorità da illustrare. Individuazione proposta metodologica di conduzione
<b>Incontri Comitato di Distretto</b>	a) Verifica elaborato tecnico su bisogni prioritari e azione, approvazione. Integrazione eventuale del panorama di attori della comunità da invitare b) Approvazione del piano dei lavori programmatori	8-5-2018 ore 11-13		Elenco priorità/azioni-schede da inserire nel nuovo PDZ
<b>Plenaria con tutti gli stakeholder</b>	a) Presentare e condividere l'analisi del bisogno svolta (a partire dalle parole-chiave individuate) e presentazione di obiettivi e azioni inclusi nel nuovo piano triennale b) Proposta di lavoro sul tema della "vulnerabilità"	15-6-2018		Integrazioni alla lettura dei bisogni Elenco priorità/azioni-schede da inserire nel nuovo PDZ

Dall'incontro conclusivo abbiamo desunto un primo aspetto che consideriamo prioritario e sul quale abbiamo già individuato una azione specifica da realizzare. Il percorso come detto non è concluso.

Le prossime tappe sono:

- a) elaborazione del materiale emerso nell'incontro del 15/06 e sistematizzazione in nuclei tematici;
- b) secondo incontro a Settembre con la comunità con proposta di collaborazioni su tavoli tematici che accompagnano il percorso triennale del Piano di zona;
- c) attivazione e monitoraggio del lavoro dei tavoli;
- d) riprogettazione annuale e aggiornamento del piano.

## **6.2 VALUTAZIONE E MONITORAGGIO**

Il processo di valutazione della realizzazione di interventi e progetti e rispondenza di questa alle indicazioni contenute nel Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 dovrà articolarsi tenendo conto di tutti gli attori che hanno partecipato al percorso di individuazione delle strategie e priorità (tecnici, amministratori, soggetti della comunità). La regia di questo percorso valutativo che dovrà essere utile ai fini della riprogrammazione e revisione dei contenuti del piano, sarà in capo all'ufficio di piano. Questo definirà le modalità partecipate di valutazione. La valutazione circa la realizzazione del Piano dovrà essere svolta su più livelli:

- a) valutazione circa l'andamento degli indicatori triennali inseriti nel Piano per capire lo sviluppo complessivo del welfare locale;
- b) valutazione del livello di partecipazione nella costruzione effettiva dei contenuti del Piano e del livello di collaborazione sulle azioni intraprese;
- c) valutazione specifica della realizzazione del Piano Povertà.

Per quanto riguarda le specifiche azioni inserite nel Piano attraverso le schede, si prevede di svolgere un monitoraggio circa la realizzazione delle stesse la cui responsabilità è in capo al referente della medesima azione, anche utilizzando, laddove presenti, gli indicatori locali