



# **PIANO DI ZONA**

**per la salute e il  
benessere sociale  
2018-2020**

***Distretto di Guastalla***

## Fotografia del territorio

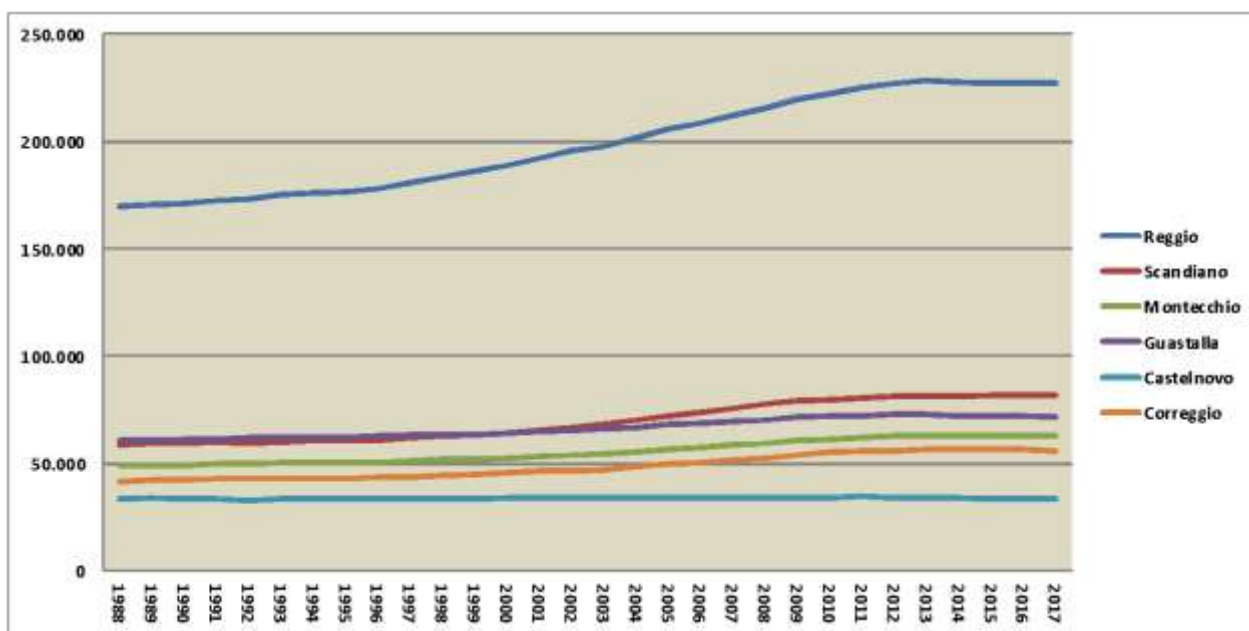
### Sezione A: il contesto regionale e provinciale

#### 1. Quadro socio-demografico

#### I. La popolazione residente, caratteristiche strutturali e indici di stato della popolazione

#### Popolazione residente

Negli ultimi 25 anni il quadro demografico della provincia ha subito forti modificazioni. Il numero totale dei residenti era di 420.431 unità nel 1991. Da allora la popolazione è cresciuta molto, in modo abbastanza uniforme in tutti i distretti tranne Castelnovo Monti, e ha registrato il massimo con 535.869 nel 2013. Negli ultimi 3 anni è stato registrato un calo costante e al 01/01/2017 i residenti erano 533.932.



Graf. 1: numero totale di residenti nei distretti sanitari della provincia di Reggio Emilia.

Classi di età	1991	1996	2001	2006	2011	2016	Classi di età	1991	1996	2001	2006	2011	2016
< 1	3.296	3.633	4.506	5.310	5.461	4.480	< 1	0,8	0,8	1,0	1,1	1,0	0,8
1-14	49.750	49.466	56.726	67.204	75.978	74.959	1-14	11,8	11,4	12,3	13,4	14,2	14,1
15-44	178.525	181.400	192.669	204.908	205.639	188.899	15-44	42,5	41,7	41,6	40,9	38,5	35,4
45-64	107.653	110.695	114.128	123.033	141.075	152.225	45-64	25,6	25,5	24,7	24,5	26,4	28,5
65-74	44.483	49.656	48.568	50.054	50.950	53.853	65-74	10,6	11,4	10,5	10,0	9,5	10,1
> 74	36.724	39.800	46.261	51.020	54.911	58.976	> 74	8,7	9,2	10,0	10,2	10,3	11,1
<b>Totale</b>	<b>420.431</b>	<b>434.650</b>	<b>462.858</b>	<b>501.529</b>	<b>534.014</b>	<b>533.392</b>	<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tab. 1: numero totale di residenti per alcuni anni di calendario in provincia di Reggio Emilia.

I motivi risiedono in una natalità elevata, grazie soprattutto al contributo degli stranieri, a una forte attrattiva migratoria, dall'Italia e dall'estero, e a tassi di mortalità in genere inferiori a quelli di natalità.

Il cambiamento di questi tre parametri ha causato la riduzione degli ultimi anniche riguarda soprattutto la fascia lavorativa 15-44 anni.

Il lieve aumento di popolazione nell'ultimo anno disponibile rispetto ai 3 anni precedenti è infatti dovuto a una ulteriore riduzione dei residenti in età infantile, scolare e lavorativa associata a un aumento della popolazione anziana.

Le classi di età più avanzata appaiono quindi in costante aumento e rappresentano il 21% della popolazione. L'indice di vecchiaia<sup>1</sup> di conseguenza è passato da 153,1 nel 1991 a 159,2 nel 2001 e 142,0 nel 2016. Il tasso

<sup>1</sup> Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni.

di natalità<sup>2</sup> rispecchia l'andamento della popolazione residente e registra un incremento da 7,8 nel 1991 fino a un massimo 11,3 nel 2008. Da allora, data che coincide con l'inizio della crisi economica, è calato in tutti gli anni successivi e nel 2016 è stato 8,45.

La tabella successiva riporta i residenti al 01/01/2017 per distretto sanitario.

Classi di età	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnuovo Monti		Provincia	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
< 1	506	0,8	2.002	0,9	589	0,8	478	0,8	680	0,8	225	0,7	4.480	0,8
1-14	8.976	14,2	32.086	14,1	9.916	13,8	8.561	15,2	11.812	14,4	3.608	10,8	74.959	14,1
15-44	22.122	35,1	82.029	36,1	25.281	35,2	19.851	35,3	29.325	35,9	10.291	30,9	188.899	35,4
45-64	18.009	28,6	64.182	28,3	20.525	28,5	15.860	28,2	23.936	29,3	9.713	29,2	152.225	28,5
65-74	6.469	10,3	22.204	9,8	7.402	10,3	5.590	9,9	8.104	9,9	4.084	12,3	53.853	10,1
> 74	6.956	11,0	24.629	10,8	8.182	11,4	5.973	10,6	7.899	9,7	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>56.313</b>	<b>100,0</b>	<b>81.756</b>	<b>100,0</b>	<b>33.258</b>	<b>100,0</b>	<b>533.392</b>	<b>100,0</b>

Tab. 2: numero di residenti per classi di età e distretto sanitario in provincia di Reggio Emilia.

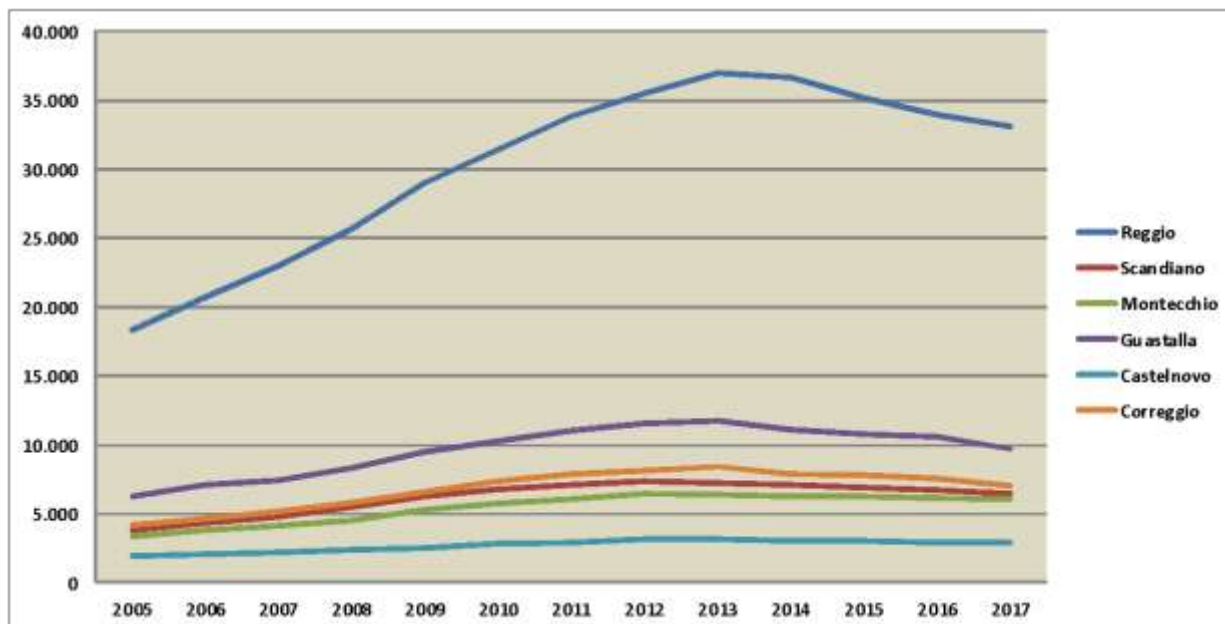
Scandiano continua ad essere il distretto più "giovane", con la maggior proporzione di residenti nelle classi di età giovanili-adulte. Castelnuovo Monti è il distretto con meno giovani e con la maggior frequenza di anziani.

#### a) Il fenomeno migratorio – Popolazione residente straniera

Il numero di cittadini stranieri iscritti alle Anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 (7,8%) a 65.450 nel 2017 (12,3%).

**Reggio Emilia è, ovviamente, il distretto con il maggior numero di residenti, seguito da Guastalla e Correggio.**

Tranne Castelnuovo Monti, dove si osserva un dato sostanzialmente stabile, i residenti crescono fino al 2013 per poi calare successivamente. I motivi sono analoghi a quelli descritti precedentemente e legati soprattutto alla contrazione economica. Calano le nascite, si riduce l'immigrazione e aumenta l'emigrazione in cerca di lavoro.



Graf. 2: numero totale di residenti di origine straniera nei distretti sanitari della provincia di Reggio Emilia.

<sup>2</sup> Tasso di natalità: rapporto tra il numero di nati vivi e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

Una peculiarità provinciale è l'aggregazione in aree tra connazionali con la creazione di vere e proprie comunità, come ad esempio quella pakistana e indiana nei distretti di Correggio e Guastalla, e quella cinese a Reggio Emilia.

Anche la popolazione straniera, come quella complessiva appare in riduzione per gli stessi motivi indicati in precedenza.

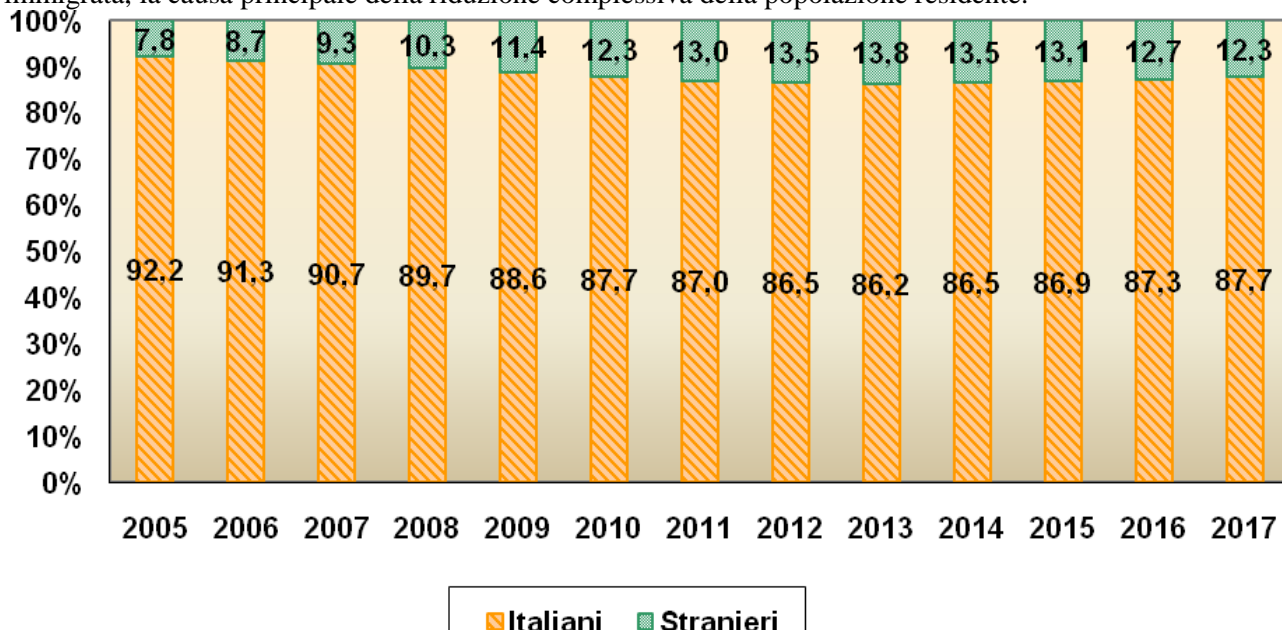
Classi di età	01/01/2006				01/01/2009				01/01/2013				01/01/2017			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	n.	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1	492	2,2	460	2,3	667	2,2	669	1,0	700	1,9	426	1,1	515	1,7	488	1,4
1-14	4.569	20,0	4.206	21,0	6.375	21,0	5.719	15,5	7.783	21,3	7.152	19,0	6.165	19,8	5.343	15,6
15-44	14.882	65,2	12.165	60,9	18.768	61,8	16.992	36,8	21.294	58,3	20.591	54,8	17.884	57,4	17.485	51,0
45-64	2.646	11,6	2.833	14,2	4.138	13,6	4.956	26,7	6.020	16,5	8.034	21,4	5.699	18,3	8.886	25,9
65-74	179	0,8	244	1,2	311	1,0	559	9,6	517	1,4	995	2,6	620	2,0	1.555	4,5
> 74	46	0,2	82	0,4	121	0,4	154	10,4	236	0,6	374	1,0	293	0,9	517	1,5
<b>Totale</b>	<b>22.814</b>	<b>100,0</b>	<b>19.990</b>	<b>100,0</b>	<b>30.380</b>	<b>100,0</b>	<b>29.049</b>	<b>100,0</b>	<b>36.550</b>	<b>100,0</b>	<b>37.572</b>	<b>100,0</b>	<b>31.176</b>	<b>100,0</b>	<b>34.274</b>	<b>100,0</b>

Tab. 3: numero di residenti di origine straniera per genere, classi di età e distretto sanitario in provincia di Reggio Emilia.

La maggior parte degli immigrati è in età lavorativa e mentre nella prima fase del fenomeno migratorio era prevalente la presenza di giovani maschi adulti nel 2016 il 13,4% della popolazione femminile residente è costituita da femmine a fronte del 12,7% di quella maschile, a causa del grosso aumento di donne provenienti dall'Europa centro-orientale. Il 22,2% dei maschi e il 18% delle femmine di età 0-14 anni è di origine straniera.

Nei primi anni i soggetti anziani erano molto pochi, mentre nell'ultimo anno di rilevazione rappresentano circa il 9%, soprattutto per l'arrivo di molte donne che svolgono attività di badante.

Il numero assoluto e la proporzione rispetto agli italiani dei residenti di origine straniera cresce dal 01/01/2005, primo anno di rilevazione, al 01/01/2013, per poi calare in tutti gli anni successivi. Rappresenta quindi, insieme al calo delle nascite che erano anch'esse sostenute principalmente dalla popolazione immigrata, la causa principale della riduzione complessiva della popolazione residente.



Graf. 3: proporzione dei residenti di origine straniera in provincia di Reggio Emilia per anno.

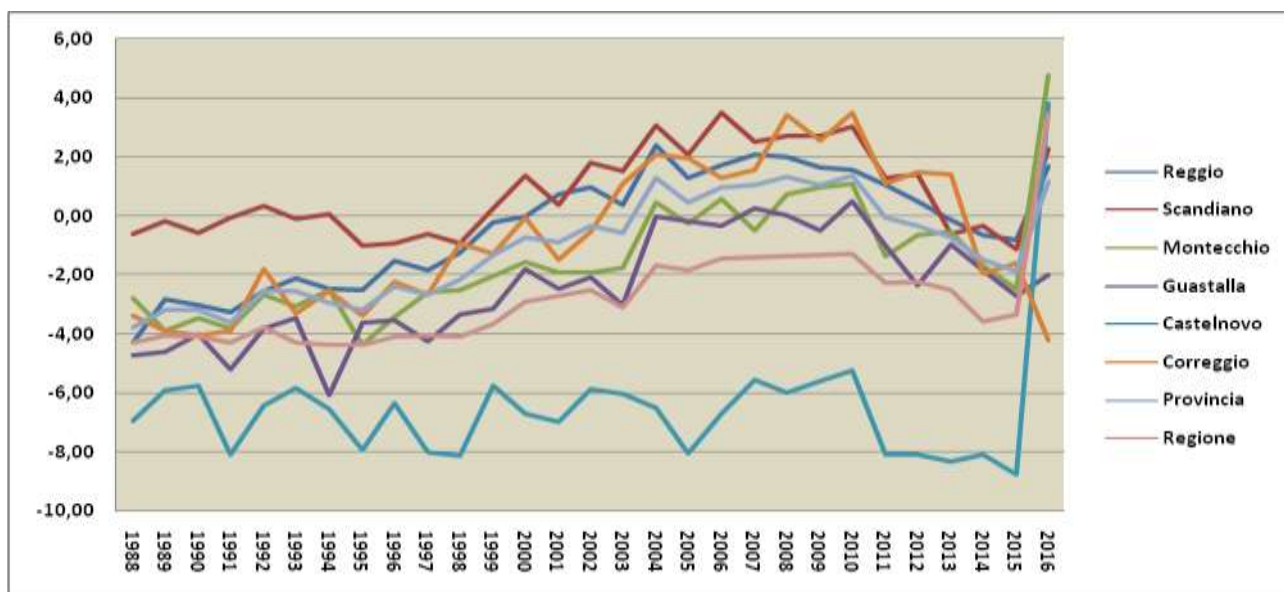
## II. Dinamica naturale della popolazione

### a. Tasso di crescita naturale

**Il tasso di crescita naturale** viene definito come rapporto tra il saldo naturale (differenza fra numero di nati vivi e numero di decessi) e la popolazione media di quell'anno, per mille individui.

La variazione è positiva e la popolazione in aumento quando la dinamica naturale è positiva, cioè il numero di nati supera il numero di decessi

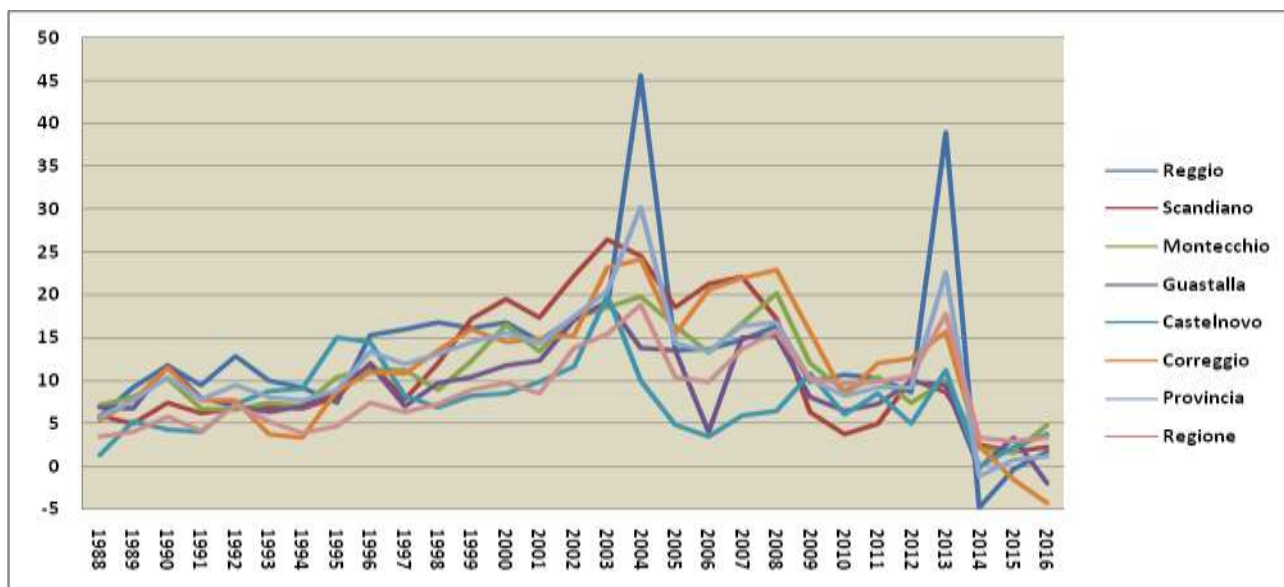
**Il tasso risulta** costantemente negativo a Castelnovo Monti, in provincia e in regione; **positivo in pochi anni a Guastalla, Correggio e Montecchio. A Reggio Emilia e Scandiano, distretti più "giovani", è positivo dal 1990/2000 per poi decrescere successivamente.**



Graf. 4: tasso di crescita naturale per distretto, provincia e regione per anno.

### b. Tasso di crescita migratoria

Il tasso di crescita migratoria viene definito come il rapporto tra il saldo migratorio dell'anno (differenza tra il numero di iscritti ed il numero di cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza) e l'ammontare medio della popolazione residente per 1.000.



Graf. 5: tasso di crescita migratoria per distretto, provincia e regione per anno.

Il saldo migratorio, ad eccezione di alcune eccezioni negli ultimi 3 anni disponibili, si mostra costantemente positivo con punte elevate dal 2000 al 2009, segnale di una forte attrattiva per motivi soprattutto lavorativi nella nostra provincia. I motivi del calo degli ultimi anni sono già stati esposti precedentemente.

### III. Scenari demografici. Caratteristiche strutturali ed indici di stato della popolazione – Proiezioni demografiche dal 2015 al 2035

#### a. Popolazione residente

Le proiezioni demografiche sono il risultato di approfondite analisi dei trend a breve e lungo termine dei parametri demografici (fecondità, mortalità e migratorietà) che determinano la consistenza e struttura della popolazione in un arco di tempo futuro. Le proiezioni si basano su ipotesi di sviluppo futuro per i parametri demografici e quindi sono necessariamente affette da errore. Gli scenari demografici dovrebbero essere usati come 'orientamento' per il futuro, come indicazione rispetto alle tendenze generali, piuttosto che come predizione esatta dell'ammontare della popolazione e delle sue variazioni annue. L'arco di proiezione è di 20 anni, dal 2015 al 2035. Per ogni ambito territoriale è possibile vedere l'andamento comparato degli scenari: oltre allo scenario di riferimento, sono disponibili le varianti ad alta immigrazione, ad alta fecondità e ad alta sopravvivenza.

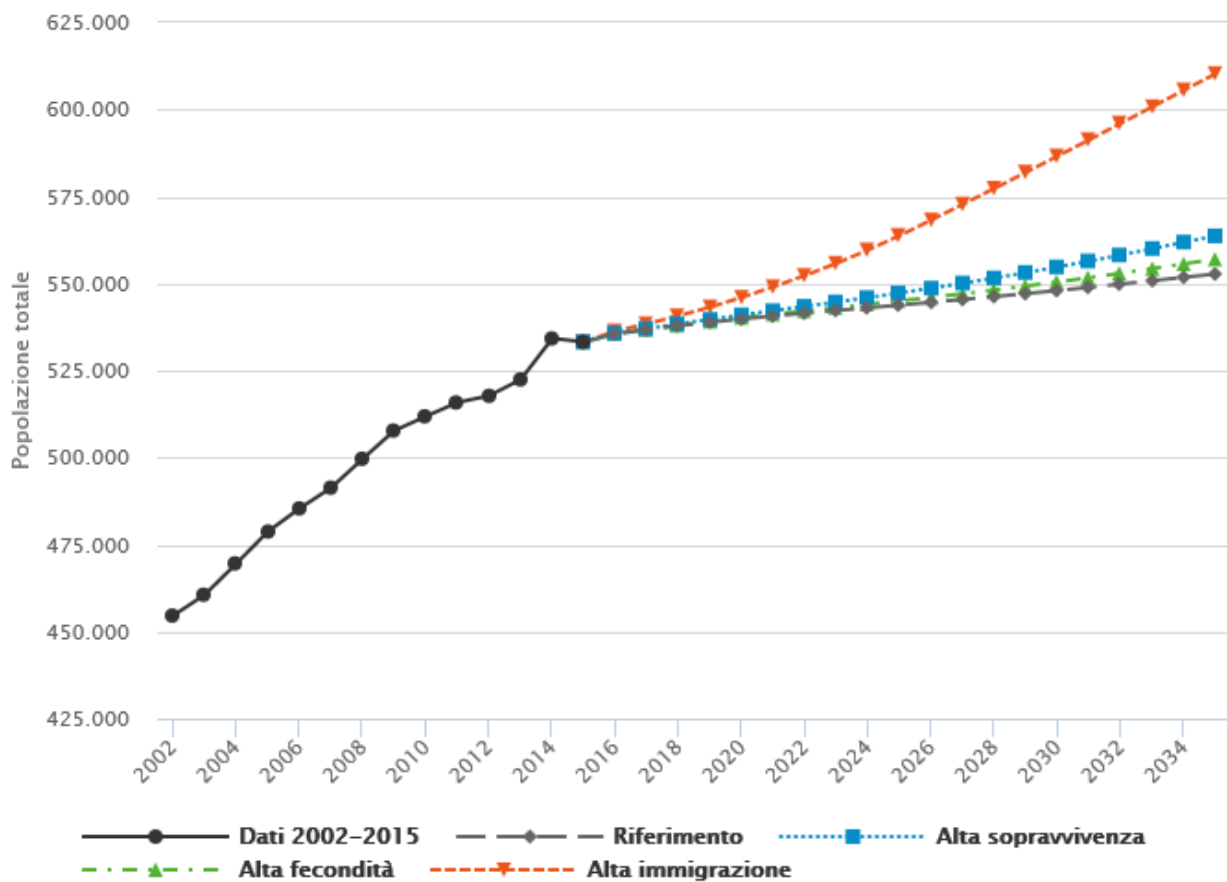
I parametri utilizzati per costruire lo scenario di riferimento sono la mortalità per sesso ed età, stimata tramite la speranza di vita alla nascita, il tasso di fecondità totale, che esprime il numero medio di figli per donna in età feconda (convenzionalmente identificata con la fascia di età 15 – 49 anni) e i flussi migratori in termini di saldo risultante dalla combinazione delle ipotesi su ingressi e uscite.

Il grafico successivo utilizza come base la popolazione provinciale del periodo 2002/2015 e mostra lo scenario di riferimento, in termini di dato di crescita costante rispetto al periodo precedente, uno scenario ad alta fecondità, in cui si ipotizza un'inversione di tendenza rispetto al trend di diminuzione della fecondità in atto dal 2010, uno ad alta longevità, in cui l'aspettativa di vita riproduce i ritmi di aumento osservati negli ultimi 20 anni, anche se la speranza di vita alla nascita è già molto elevata, e uno ad alta immigrazione in cui si ipotizza una ripresa dei flussi migratori in ingresso.

I residenti al 2015 erano 533.248. Da questa base sono stati calcolati, utilizzando l'andamento dei dati 2002/2015, gli scenari.

Per i diversi scenari la stima della popolazione residente al 2035 è:

- scenario di riferimento 545.449
- scenario alta fecondità 547.099
- scenario alta sopravvivenza 550.110
- scenario alta immigrazione 572.807



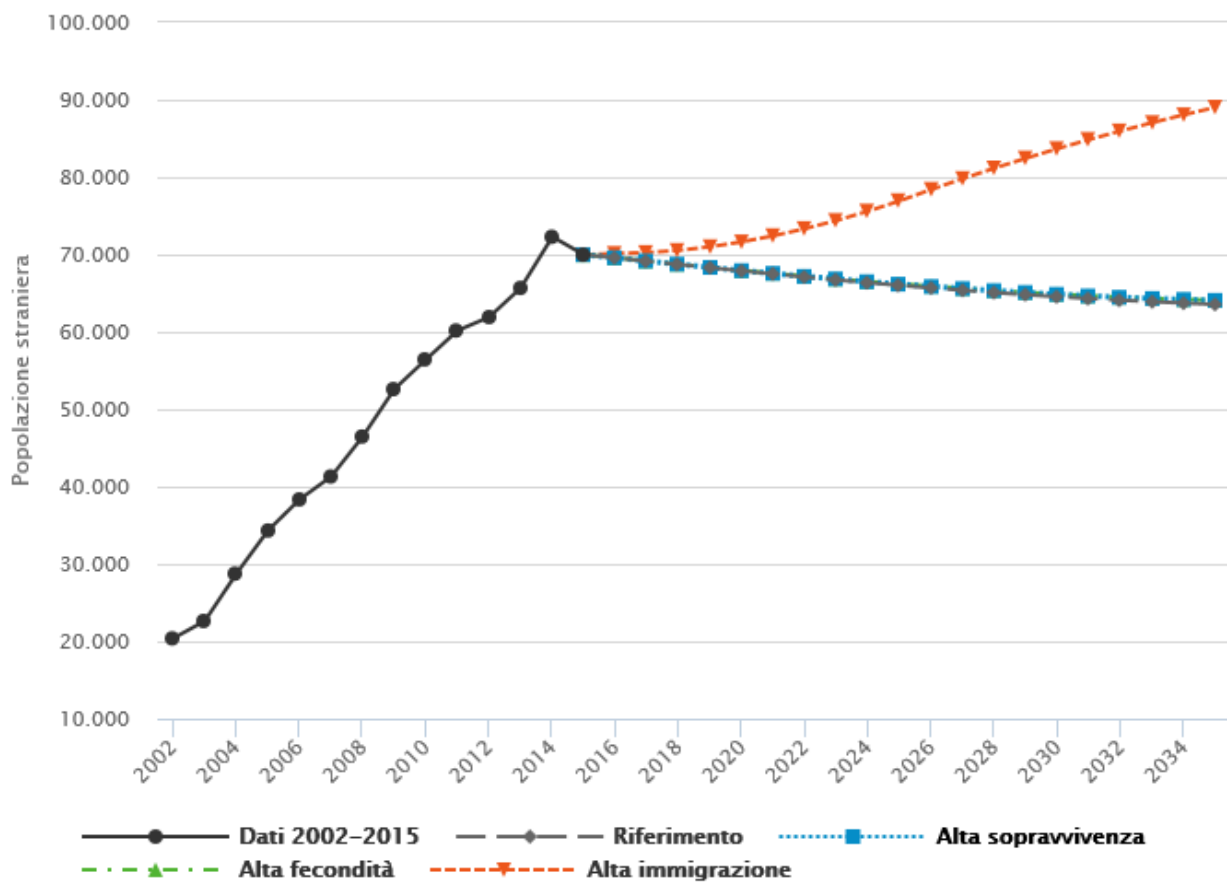
Graf. 6: proiezione della popolazione residente dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

### b. Popolazione residente straniera

I residenti di origine straniera al 2015 erano 69.981, il quadro è completamente diverso rispetto a quello precedente e prevede un aumento consistente della popolazione esclusivamente in caso di scenario ad alta immigrazione.

Per i diversi scenari la stima della popolazione residente straniera al 2035 è:

- scenario di riferimento 65.379
- scenario alta fecondità 65.631
- scenario alta sopravvivenza 65.590
- scenario alta immigrazione 79.826



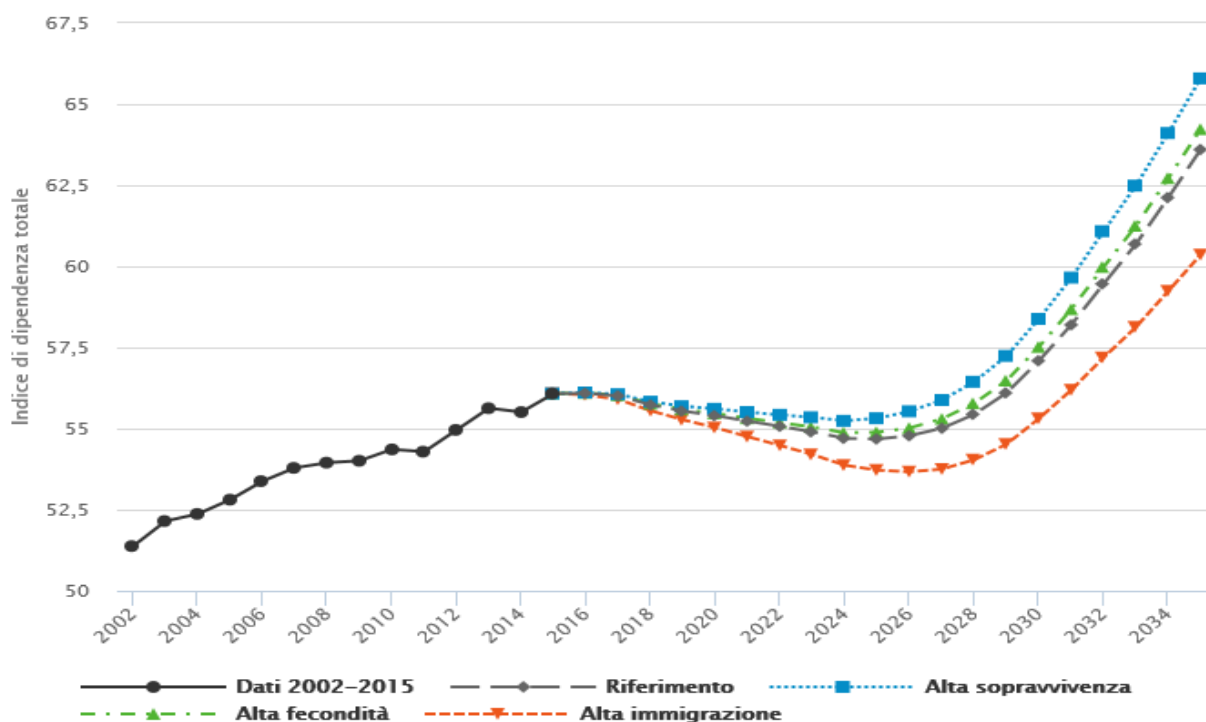
Graf. 7: proiezione della popolazione residente straniera dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

### c. Indice di dipendenza

Rappresenta il rapporto fra persone in età non attiva (0-14 anni + > 64 anni) e 100 persone in età attiva (15-64 anni). Il denominatore di questo indice rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore.

L'indice di dipendenza nel 2015 era 56,08, e i risultati dell'applicazione dei modelli di calcolo degli scenari indicano nel 2035:

- scenario di riferimento 54,70
- scenario alta fecondità 54,87
- scenario alta sopravvivenza 55,24
- scenario alta immigrazione 53,87



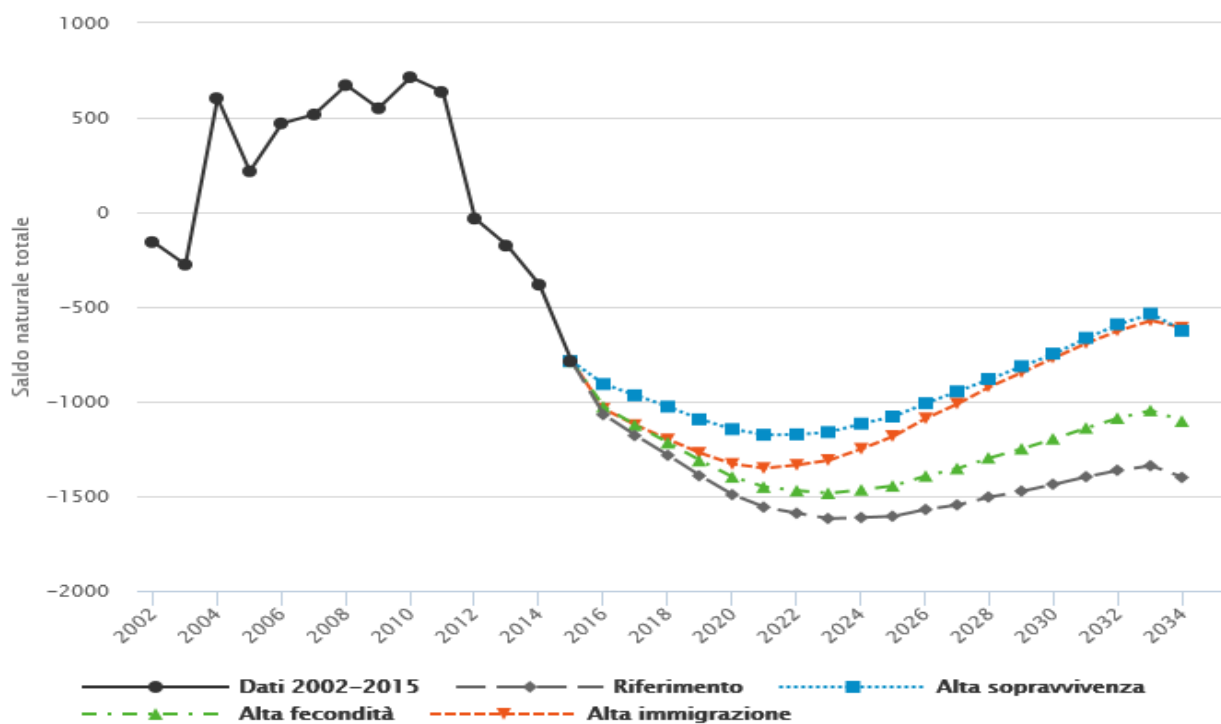
Graf. 8: proiezione dell'indice di dipendenza totale dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

#### d. Saldo naturale e tasso di crescita naturale

Il saldo naturale è la differenza tra i nati vivi e i morti negli anni considerati, mentre il tasso di crescita naturale è il rapporto tra il saldo naturale, o tra i tassi di natalità e di mortalità, e la popolazione di quell'anno moltiplicata per 1.000. Valori bassi o negativi indicano un numero basso di nascite, che non compensano i decessi, con effetto sulla consistenza della popolazione.

Il saldo naturale nel 2015 era - 787, in calo in tutti gli scenari fino al 2022 con successiva lieve risalita. L'applicazione dei modelli di calcolo degli scenari indicano nel 2035:

- scenario di riferimento	- 1.401
- scenario alta fecondità	- 1.047
- scenario alta sopravvivenza	- 626
- scenario alta immigrazione	- 610



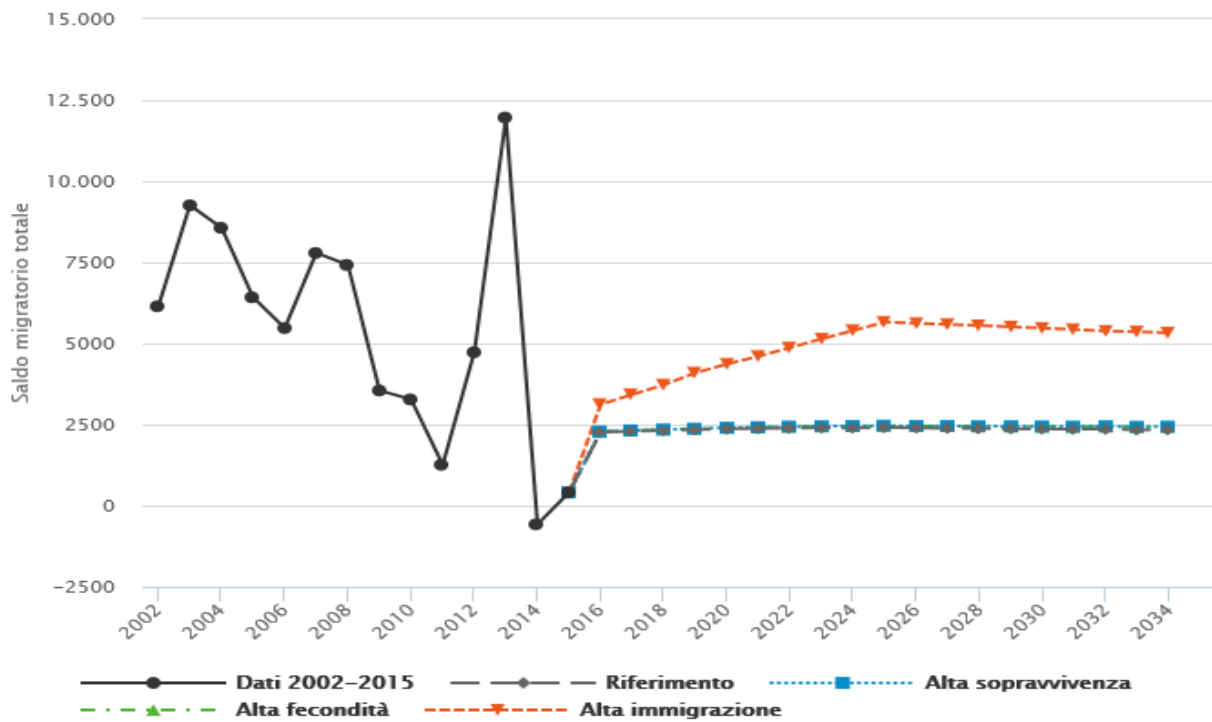
Graf. 9: proiezione del saldo naturale totale dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

#### e. Saldo migratorio e tasso di crescita migratorio

Il saldo migratorio è la differenza tra il numero di iscritti e il numero di cancellati dalle anagrafi per trasferimento di residenza negli anni considerati, mentre il tasso di crescita migratorio è il rapporto tra il saldo migratorio e la popolazione di quell'anno moltiplicata per 1.000.

Il saldo migratorio nel 2014 è stato per la prima volta negativo negli ultimi 15 anni e nel 2015 era risalito a +411. Dopo una lieve risalita 3 scenari prevedono un quadro di stabilità e uno un dato in crescita. L'applicazione dei modelli di calcolo degli scenari indicano nel 2035:

– scenario di riferimento	2.345
– scenario alta fecondità	2.430
– scenario alta sopravvivenza	2.434
– scenario alta immigrazione	5.329



Graf. 10: proiezione del saldo migratorio totale dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

L'andamento del saldo complessivo, naturale + migratorio, lascia presupporre una lieve crescita e un invecchiamento della popolazione.

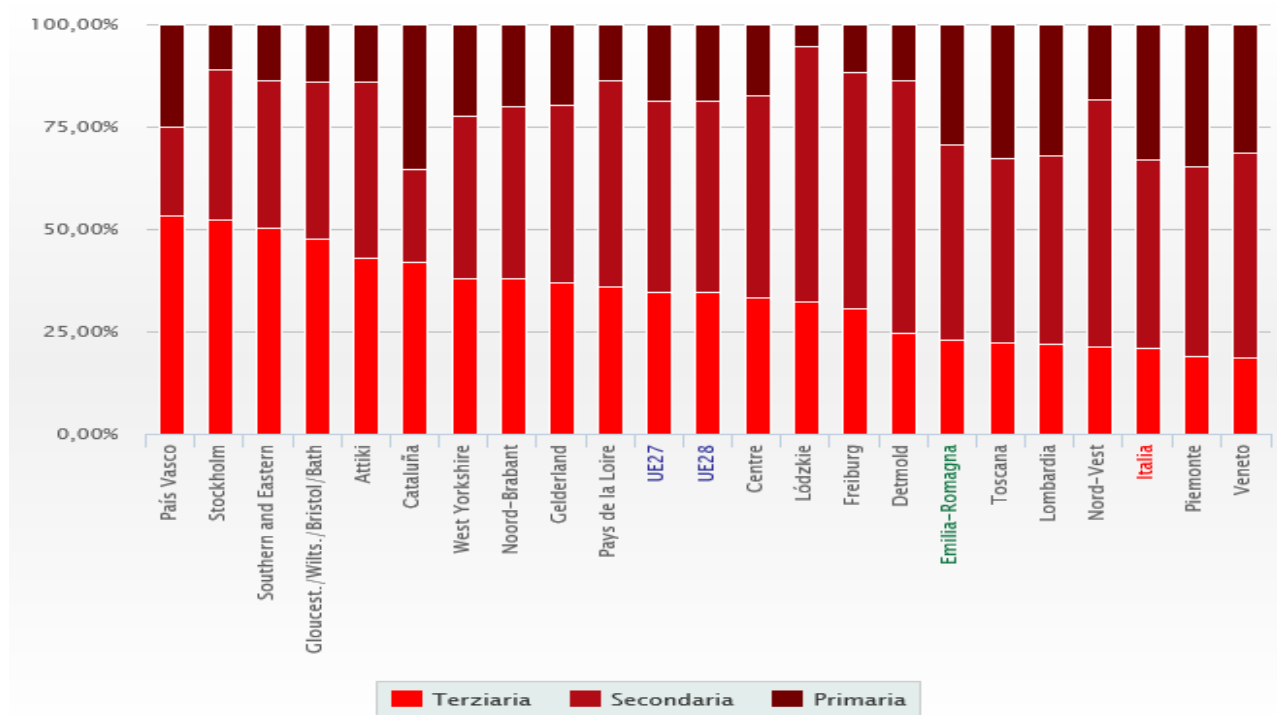
## 2. Quadro socio-economico - Sezione A: il contesto regionale

### I. Popolazione 25-64 anni per livello di istruzione e genere

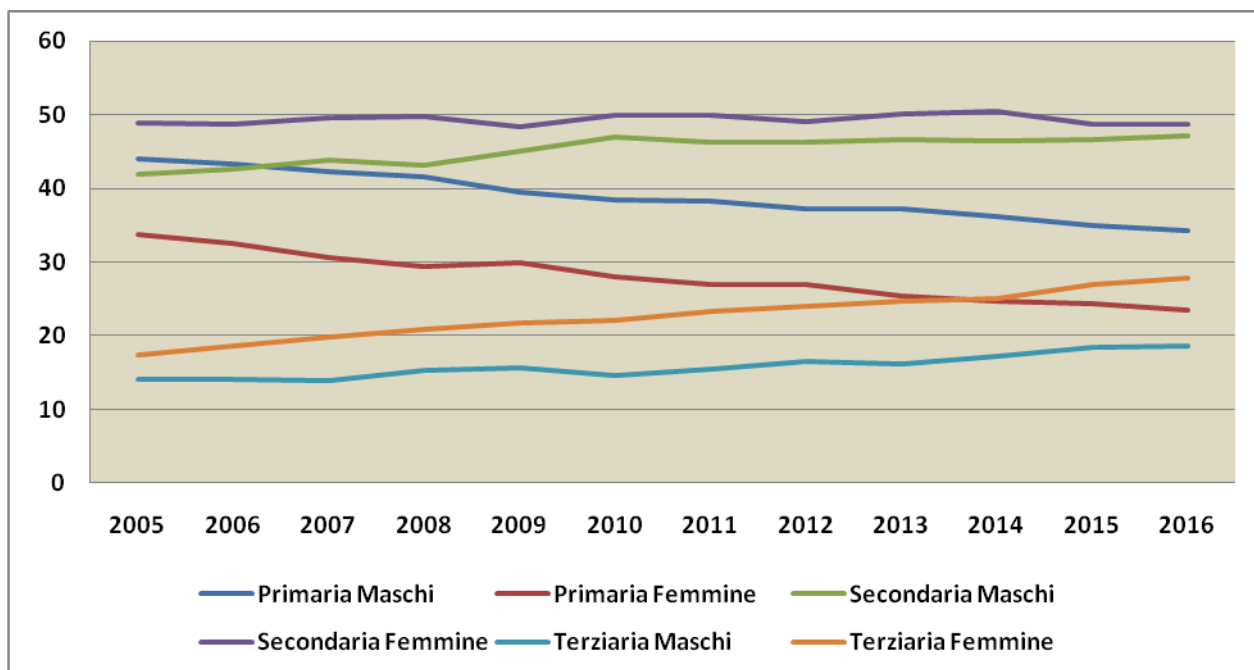
La quota di popolazione adulta con un dato livello di istruzione si ottiene rapportando la popolazione di 25-64 anni che ha conseguito quel livello di istruzione al totale della popolazione della medesima età.

Tra aree comparabili europee l'Italia ha la più bassa proporzione di soggetti con titolo di studio della scuola terziaria e uno dei più bassi per quello che riguarda la secondaria e la primaria.

L'Emilia-Romagna va un po' meglio rispetto alle altre regioni del nord-est (Toscana e Veneto), ma la scolarizzazione resta bassa.



Graf. 11: livelli di istruzione della popolazione 25-64 anni. L'Emilia-Romagna nel contesto europeo. Confronto tra regioni simili – anno 2016 totale popolazione.



Graf. 12: andamento nel tempo dei livelli di istruzione della popolazione 25-64 anni in Emilia-Romagna per genere.

## II. Indice di deprivazione, Italia ed Emilia-Romagna 2001, 2011.

Nota di lettura: l'indice è una misura della deprivazione materiale e sociale. È 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

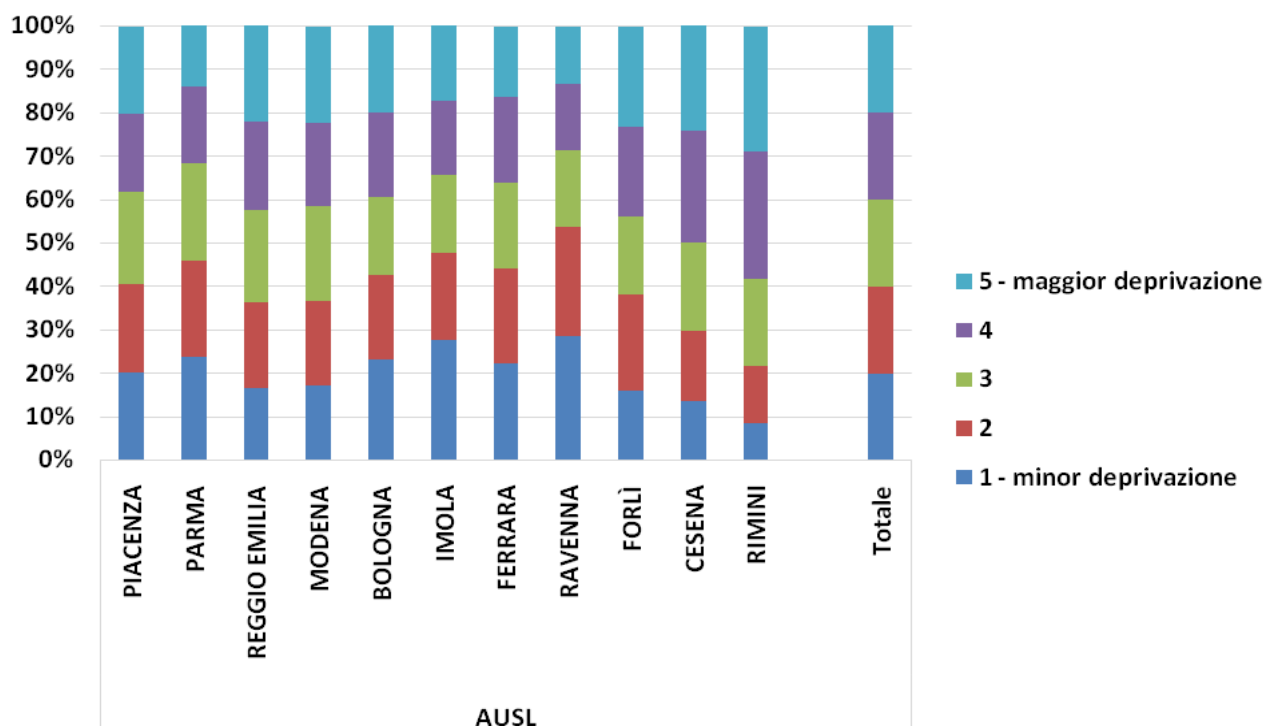
Gli indicatori, prima di essere sommati, vengono ridotti in punteggi Z (differenze dalle medie e rapporto con la deviazione standard).

L'indice varia attorno allo 0 ed è classificato in quintili di popolazione; per il livello regionale il 1° quintile contiene il 20% della popolazione, quello meno deprivato, il 5° la più deprivata.

L'indice è calcolato a livello di sezioni di censimento o di comune, a seconda delle esigenze di rappresentazione, e sulla base di Censimenti 2001 e 2011.

L'Emilia-Romagna si colloca, nel panorama italiano, su livelli dell'indice di deprivazione tendenzialmente inferiori. Il 75% dei valori si collocano al di sotto del valore mediano nazionale, sia nel 2001 che nel 2011.

La provincia di Reggio Emilia presenta una proporzione di persone molto deprivate leggermente superiore a quella regionale (22% vs. 20%),



Graf. 13: distribuzione di frequenza per Azienda USL dell'indice di deprivazione per sezione di censimento 2011, ricalibrazione per l'Emilia-Romagna.

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.

Codice Distretto Sanitario	Nome Distretto	Istruzione bassa	Disoccupazione	Abitanti / 100mq	Abitazione in affitto	Famiglie monogenitoriali	ampiezza demografica
8	MONTECCHIO EMILIA	31,5%	7,4%	2,34	16,8%	9,3%	61.542
9	REGGIO EMILIA	27,4%	8,6%	2,43	20,7%	9,9%	216.274
<b>10</b>	<b>GUASTALLA</b>	<b>32,1%</b>	<b>7,2%</b>	<b>2,14</b>	<b>17,3%</b>	<b>9,6%</b>	<b>71.111</b>
11	CORREGGIO	31,6%	6,0%	2,25	16,8%	8,9%	54.911
12	SCANDIANO	30,4%	6,8%	2,43	15,7%	10,1%	79.445
13	CASTELNOVO NÈ 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

Tab. 4: proporzione degli indicatori necessari per la costruzione dell'indice di deprivazione nel 2011 per distretto.

Reggio Emilia presenta un indice di deprivazione nettamente più elevato (29,3%), mentre in tutti gli altri quintili i valori sono inferiori alla regione. **I comuni, l'appennino e Guastalla sono le aree con minor livello di deprivazione**, che negli altri distretti si distribuisce in tutti i quintili.

Codice Distretto Sanitario	Nome Distretto	1° quintile	2° quintile	3° quintile	4° quintile	5° quintile	Totale	ampiezza demografica
8	MONTECCHIO EMILIA	10,3%	21,3%	22,6%	25,8%	19,9%	100,0%	61.542
9	REGGIO EMILIA	17,8%	15,6%	17,7%	19,6%	29,3%	100,0%	216.274
<b>10</b>	<b>GUASTALLA</b>	<b>21,0%</b>	<b>23,3%</b>	<b>17,8%</b>	<b>19,2%</b>	<b>18,7%</b>	<b>100,0%</b>	<b>71.111</b>
11	CORREGGIO	18,7%	26,8%	26,8%	13,5%	14,2%	100,0%	54.911
12	SCANDIANO	11,3%	17,1%	28,3%	25,1%	18,2%	100,0%	79.445
13	CASTELNOVO NÈ MONTI	21,4%	30,9%	21,2%	18,9%	7,6%	100,0%	33.852
Emilia-Romagna		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%	4.337.369

Tab. 5: distribuzione per quintili dell'indice di deprivazione nel 2011 per distretto.

La figura successiva riproduce l'indice di deprivazione per i comuni presenti al censimento Istat del 2011. Le aree più chiare sono quelle con minor livello di deprivazione, quelle più scure quelle con maggiore deprivazione.

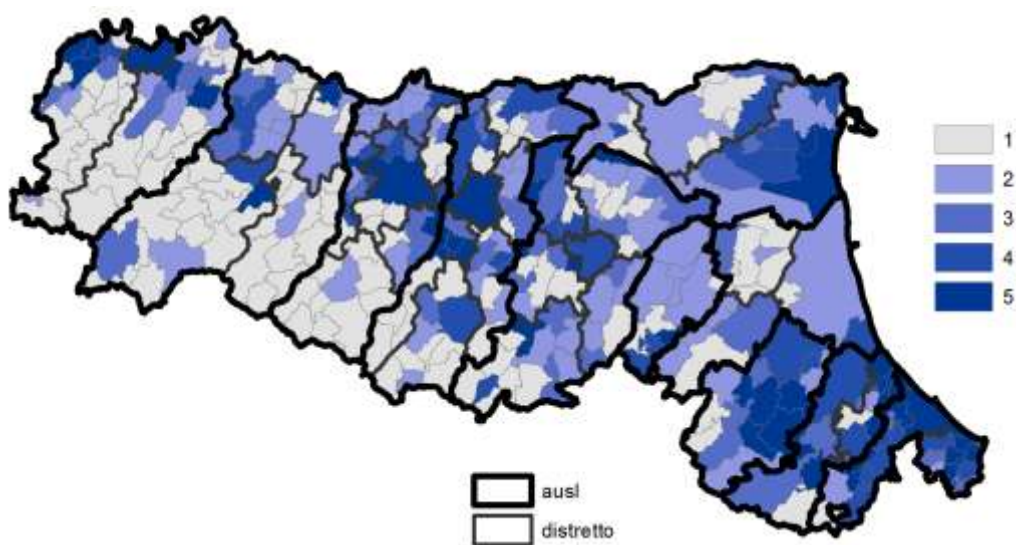


Fig. 1: indice di deprivazione per comune e confini provinciali e distrettuali nel 2011.

In corrispondenza dei comuni con livelli inferiori di deprivazione, il livello per l'anno 2001 era equivalente. I peggioramenti maggiori, dal 2001 al 2011 si sono invece riscontrati a nord delle province di Bologna, Modena e Reggio Emilia, oltre che nella Romagna.

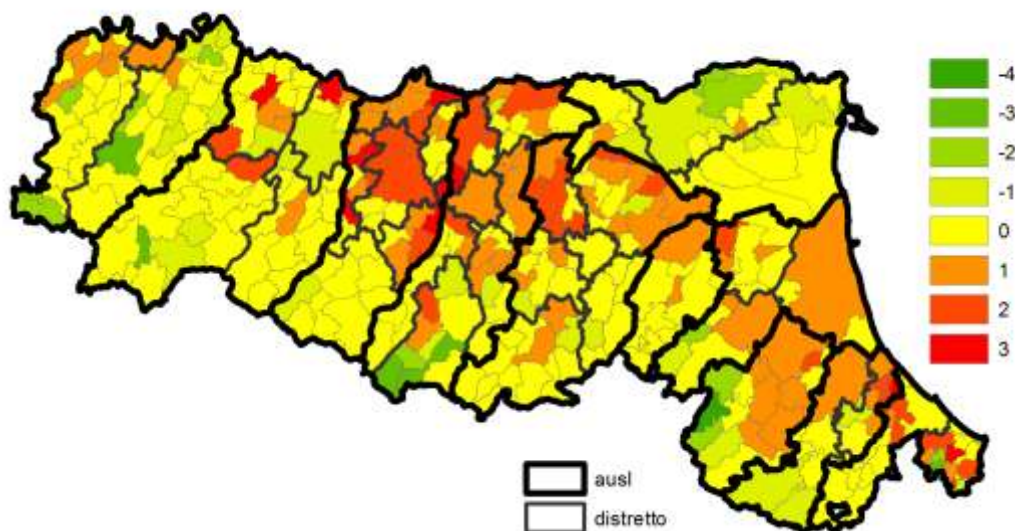


Fig. 2: variazione dell'indice di deprivazione per comune e confini provinciali e distrettuali tra il censimento 2001 e quello 2011.

### III. Mercato del lavoro

Gli indicatori occupazionali in provincia di Reggio Emilia sono generalmente superiori o sovrapponibili a quelli dell'Emilia-Romagna.

Si definisce occupato, la persona di 15 anni e più che all'indagine ISTAT sulle forze di lavoro dichiara di aver svolto almeno un'ora di lavoro in una qualsiasi attività che preveda un corrispettivo monetario o in natura oppure di aver svolto o almeno un'ora di lavoro non retribuito nella ditta di un familiare nella quale collabora abitualmente.

Il tasso di occupazione è il rapporto percentuale fra gli occupati e la popolazione residente della stessa fascia di età.

La tab. 6 riporta la percentuale di occupati negli adulti in età lavorativa e della popolazione con età maggiore di 14 anni.

Nei primi l'occupazione è sostanzialmente simile a quella dell'Emilia-Romagna, lievemente più alta nei maschi e lievemente più bassa nelle femmine. La quota di persone che lavorano dopo i 65 anni resta elevata, anche in considerazione della presenza di molte attività produttive con le caratteristiche di piccole imprese, aziende familiari e lavoratori in proprio.

Dai primi anni '90 la caratteristica è stata quella di una sostanziale piena occupazione nei maschi e di una quota elevata di donne che lavoravano. Dal 2008, anno di inizio della crisi economica, l'occupazione si è molto ridotta e il 2016 è il primo anno in cui si osserva una inversione di tendenza, più accentuata nelle donne.

Anno	Tasso di occupazione 15-64 anni				Tasso di occupazione 15+ anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione
2005	81,5	76,7	59,1	60,2	66,1	61,2	43,8	43,3
2006	79,7	77,1	60,5	61,6	64,9	61,6	44,9	44,2
2007	80,3	78,3	61,0	62,0	65,4	62,2	45,2	44,6
2008	80,6	78,0	60,8	62,3	68,0	62,2	45,5	44,9
2009	77,5	75,3	61,8	61,5	63,5	59,9	46,1	44,4
2010	75,8	74,7	56,7	60,0	61,7	59,0	42,4	43,5
2011	76,3	74,8	58,1	60,9	62,1	59,3	43,4	44,2
2012	75,1	73,7	59,3	61,4	60,9	58,3	44,3	44,3
2013	73,8	72,9	59,6	59,7	60,0	57,6	44,6	43,2
2014	73,4	73,5	58,2	59,1	59,4	58,1	43,5	42,7
2015	73,7	73,8	58,9	59,7	60,0	58,1	43,9	43,0
2016	74,8	74,7	61,6	62,2	60,5	58,8	45,6	44,7

Tab. 6: tassi di occupazione nelle classi di età 15-64 e > 14 anni in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per anno e genere.

La tab. 7 riporta i dati riferiti ai giovani e ai giovani adulti.

Nei primi è ancora molto rilevante la presenza di persone ancora impegnate nei percorsi di studio, soprattutto negli ultimi decenni.

In ogni caso l'occupazione segue la stessa dinamica, con dati peggiori, rispetto alla tabella precedente. Si è mantenuta abbastanza elevata fino al 2008/2009 per poi evidenziare una forte contrazione con un calo di circa il 15% in entrambi i sessi.

Anno	Tasso di occupazione 15-24 anni				Tasso di occupazione 25-34 anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione
2005	54,6	39,8	26,6	30,5	92,6	91,0	74,2	75,4
2006	43,6	38,2	32,5	28,7	93,7	90,3	73,8	76,2
2007	39,0	36,6	33,6	27,0	95,9	91,7	70,1	76,6
2008	36,8	36,1	27,7	27,5	94,1	91,3	68,5	76,2
2009	37,3	32,0	21,6	23,4	85,6	88,0	73,7	73,5
2010	34,6	28,3	20,4	23,0	85,5	87,4	68,4	68,1
2011	25,6	25,7	19,1	23,1	86,8	87,0	67,9	70,5
2012	25,4	25,8	21,0	21,5	84,6	84,6	67,6	71,2
2013	21,7	21,1	19,8	17,6	86,8	83,2	64,1	68,4
2014	23,0	22,4	16,6	15,7	84,6	79,8	63,0	64,1
2015	21,2	23,9	18,1	17,1	82,9	80,4	63,5	62,1
2016	23,6	25,6	18,1	20,7	87,4	83,5	64,5	63,0

Tab. 7: tassi di occupazione nei giovani e nei giovani adulti in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per anno e genere.

Si definisce in cerca di occupazione chi dichiara di aver effettuato almeno un'azione di ricerca di lavoro nei trenta giorni che precedono il periodo di riferimento e di essere immediatamente disponibile (entro due settimane) ad accettare un lavoro, qualora gli venga offerto.

Il tasso di disoccupazione giovanile è il rapporto percentuale fra la popolazione nella fascia di età considerata in cerca di occupazione e le forze di lavoro totali della stessa fascia di età.

Le tabelle successive riportano i dati relativi a diverse classi di età in regione e in provincia per genere.

Nella classe di età più giovane l'occupazione è fortemente condizionata dalla prosecuzione dei percorsi di studio. In ogni caso si osserva una costante crescita dei tassi sia in regione che in provincia a partire dal 2008, con riduzione solo nell'ultimo anno disponibile.

La classe di età successiva è molto meno influenzata dalla frequenza di una università. Anche in questo caso, pur in presenza di qualche oscillazione, si osserva la stessa tendenza, in crescita nei maschi con riduzione nel 2016 e in crescita con lieve riduzione negli ultimi due anni nelle femmine.

Anno	Tasso di disoccupazione 15-24 anni				Tasso di disoccupazione 25-34 anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione
2005	0,9	8,5	12,3	15,0	2,0	3,1	7,8	7,5
2006	6,6	8,5	6,8	13,7	2,6	3,4	4,0	5,6
2007	5,9	8,7	1,4	13,3	1,4	2,5	2,8	4,6
2008	11,3	10,3	14,5	11,9	1,4	2,5	4,8	5,1
2009	16,4	16,0	26,6	20,2	4,7	3,9	8,3	7,2
2010	17,5	19,9	19,1	25,0	6,0	6,0	7,3	10,3
2011	16,8	20,1	18,3	23,7	5,7	5,4	8,4	8,7
2012	16,9	27,5	19,2	25,7	5,2	7,2	8,6	10,2
2013	25,8	33,0	27,2	34,2	3,6	8,6	8,3	13,5
2014	33,5	31,7	33,6	39,2	4,0	9,3	7,9	12,9
2015	35,0	26,5	19,3	33,4	5,8	8,2	6,0	15,3
2016	24,7	20,5	33,1	24,0	3,4	7,2	8,1	13,2

Tab. 8: tassi di disoccupazione nei giovani e nei giovani adulti in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per anno e genere.

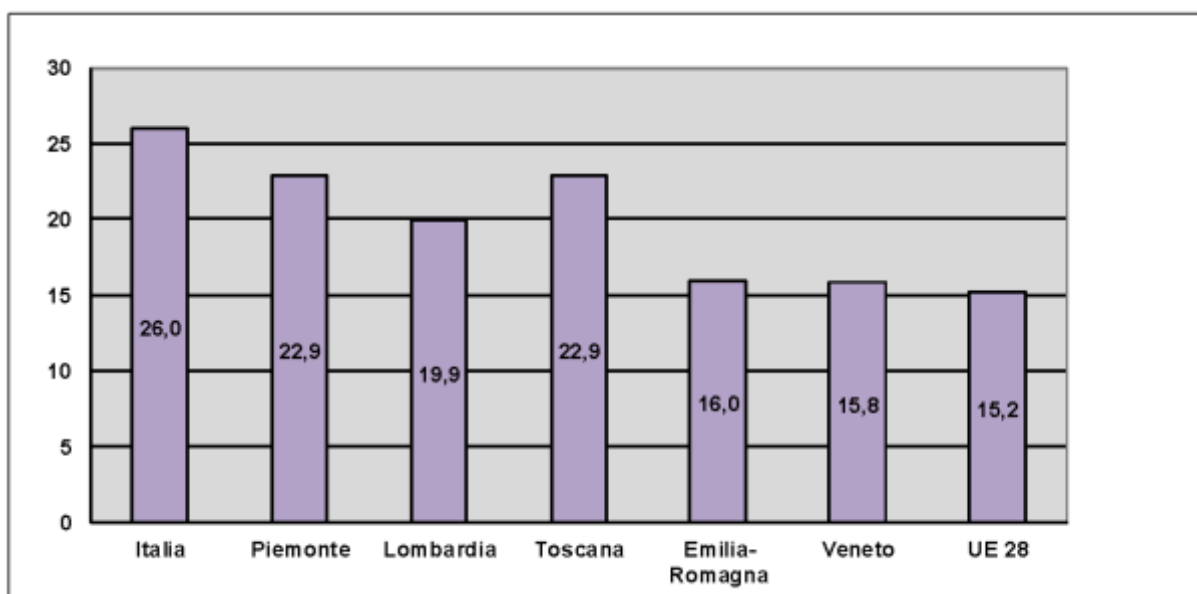
Anche prendendo in considerazione due diverse classi di età i risultati sono simili.

Anno	Tasso di disoccupazione 15-29 anni				Tasso di disoccupazione 18-29 anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione
2005	1,0	5,3	10,7	11,6	1,1	4,8	10,7	11,2
2006	4,9	6,3	6,2	9,4	4,9	6,0	5,9	9,0
2007	3,9	4,8	3,3	8,6	3,7	4,5	2,8	7,9
2008	5,1	5,9	9,8	8,3	4,0	5,5	8,4	7,9
2009	10,0	9,0	16,7	14,7	9,1	8,6	18,3	14,8
2010	10,4	13,9	14,9	16,3	8,6	13,4	14,5	15,9
2011	10,3	12,1	15,9	15,3	10,3	11,7	14,8	14,9
2012	9,9	17,2	15,4	17,8	9,9	17,1	15,8	17,5
2013	12,2	20,7	18,5	23,5	11,7	20,0	17,9	23,3
2014	17,2	21,4	17,7	26,3	17,0	21,4	16,5	25,9
2015	20,6	17,4	12,0	26,3	19,6	16,9	11,9	26,1
2016	13,0	13,8	18,1	20,3	12,7	13,4	17,6	19,9

Tab. 9: tassi di disoccupazione nei giovani e nei giovani adulti in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per anno e genere.

Il termine Neet (Not in Education, Employment or Training) individua la quota di popolazione in età giovanile non occupata, che non cerca lavoro e né inserita in un percorso di istruzione o formazione. Per convenzione l'età in considerazione va dai 15 ai 29 anni. Questo fenomeno appare in crescita e i numeri hanno assunto una certa rilevanza.

Il grafico riporta la percentuale di Neet nel 2016 in alcune regioni comparabili.



Graf. 14: proporzione di soggetti che non studiano, non lavorano e non cercano lavoro nel 2016.

La tabella riporta invece il numero assoluto totale per anno di questi soggetti in Emilia-Romagna. L'andamento ricalca quello degli altri indicatori con un aumento successivo alla crisi economica e una successiva riduzione.

<b>Anno</b>	<b>n.</b>
2004	59.156
2005	58.554
2006	58.408
2007	54.918
2008	55.133
2009	71.335
2010	88.532
2011	86.770
2012	91.101
2013	110.244
2014	120.263
2015	111.417
2016	92.047

Tab. 10: numero di Neet per anno.

#### **IV. Imprese e addetti**

L'impresa è l'unità giuridico-economica che produce beni e servizi destinabili alla vendita e che, in base alle leggi vigenti o a proprie norme statutarie, ha facoltà di distribuire i profitti realizzati ai soggetti proprietari, siano essi privati o pubblici. Il responsabile è rappresentato da una o più persone fisiche, in forma individuale o associata, o da una o più persone giuridiche. Tra le imprese sono comprese: le imprese individuali, le società di persone, le società di capitali, le società cooperative, le aziende speciali di comuni o province o regioni. Sono considerate imprese anche i lavoratori autonomi e i liberi professionisti.

Le unità produttive sono il luogo fisico nel quale un'unità giuridico-economica (impresa, istituzione) esercita una o più attività economiche. L'unità locale corrisponde ad un'unità giuridico-economica o ad una sua parte, situata in una località topograficamente identificata da un indirizzo e da un numero civico. In tale località, o a partire da tale località, si esercitano delle attività economiche per le quali una o più persone lavorano (eventualmente a tempo parziale) per conto della stessa unità giuridico-economica.

La tabella successiva riporta il numero e la percentuale di Imprese e addetti per provincia nel 2015, mentre quella seguente riporta gli stessi dati per i distretti della provincia.

Aziende	Imprese	% Imprese	Addetti	% Addetti	Addetti per impresa
Piacenza	22.544	6,2	78.430	5,1	347,9
Parma	36.264	9,9	156.152	10,2	430,6
Reggio Emilia	41.469	11,3	203.165	13,3	489,9
Modena	58.129	15,9	260.950	17,1	448,9
Bologna	86.826	23,7	392.460	25,6	452,2
Ferrara	24.560	6,7	78.774	5,1	320,7
Ravenna	29.469	8,0	112.780	7,4	382,7
Forlì-Cesena	33.295	9,1	135.426	8,9	406,7
Rimini	33.919	9,3	111.964	7,3	330,1
Emilia-Romagna	366.475	100,0	1.530.101	100,0	417,5

Tab. 11: numero e percentuale di addetti e imprese per provincia e proporzione di addetti per impresa.

Aziende	Imprese	% Imprese	Addetti	% Addetti	Addetti per impresa
Montecchio Emilia	4.643	11,2	19.508	9,6	420,2
Reggio Emilia	19.522	47,1	113.613	55,9	582,0
Guastalla	5.057	12,2	21.520	10,6	425,5
Correggio	3.849	9,3	18.914	9,3	491,4
Scandiano	5.798	14,0	23.200	11,4	400,1
Castelnovo ne' Monti	2.600	6,3	6.410	3,2	246,5
Provincia	41.469	100,0	203.165	100,0	489,9

Tab. 12: numero e percentuale di addetti e imprese per distretto sanitario e proporzione di addetti per impresa.

La tabella 13 riporta infine la serie storica per distretto sanitario della provincia di Reggio Emilia.

In Provincia le aziende si sono ridotte dal 2007 al 2015 di circa 4.000 unità e il fenomeno ha interessato, come dimostra la sostanziale stabilità delle percentuali, tutti i distretti in modo uniforme.

Anni	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo Monti		Provincia	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
2007	5.150	11,3	21.291	46,9	5.816	12,8	4.100	9,0	6.194	13,6	2.890	6,4	45.441	100,0
2008	5.178	11,4	21.317	46,9	5.795	12,7	4.059	8,9	6.215	13,7	2.887	6,4	45.451	100,0
2009	5.007	11,3	20.559	46,6	5.604	12,7	4.013	9,1	6.099	13,8	2.880	6,5	44.162	100,0
2010	4.957	11,3	20.354	46,6	5.547	12,7	3.933	9,0	6.040	13,8	2.864	6,6	43.695	100,0
2011	4.934	11,8	20.354	48,7	4.504	10,8	3.099	7,4	6.070	14,5	2.838	6,8	41.799	100,0
2012	4.823	11,2	20.265	47,1	5.334	12,4	3.872	9,0	5.983	13,9	2.764	6,4	43.041	100,0
2013	4.734	11,1	20.034	47,1	5.309	12,5	3.856	9,1	5.906	13,9	2.704	6,4	42.543	100,0
2014	4.708	11,2	19.655	47,0	5.149	12,3	3.861	9,2	5.803	13,9	2.678	6,4	41.854	100,0
2015	4.643	11,2	19.522	47,1	5.057	12,2	3.849	9,3	5.798	14,0	2.600	6,3	41.469	100,0

Tab. 13: numero e percentuale di imprese per distretto e anno.

### 3. Le famiglie

#### I. Famiglie con o senza anziani (anni 65 +) per numero di componenti

Per famiglia, in conformità al regolamento anagrafico, si intende un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune. Una famiglia può essere costituita da una persona sola.

Nei maschi il numero di famiglie unipersonali cresce fino alle classi di età giovanili-adulte per poi decrescere. Nelle femmine, al contrario, la crescita è continua al crescere della fascia di età.

Nei soggetti con più di 65 anni, a causa della speranza di vita più elevata, è molto più alta la proporzione femminile composta prevalentemente da vedove.

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
< 25	983	2,7	492	1,2	1.475	1,9
25-34	5.609	15,4	3.317	7,8	8.926	11,3
35-44	8.235	22,6	4.496	10,6	12.731	16,1
45-54	7.755	21,3	5.645	13,3	13.400	17,0
55-64	5.029	13,8	6.259	14,7	11.288	14,3
65-74	3.714	10,2	6.300	14,8	10.014	12,7
75 +	5.057	13,9	15.986	37,6	21.043	26,7
<b>Totale</b>	<b>36.382</b>	<b>100,0</b>	<b>42.495</b>	<b>100,0</b>	<b>78.877</b>	<b>100,0</b>

Tab. 14: numero di famiglie unipersonali per genere e classi di età in provincia di Reggio Emilia nel 2017.

La tabella successiva riporta il numero di famiglie in base al numero di soggetti con 65 anni o più per distretto. **La proporzione più elevata di anziani soli, come atteso, è nel distretto di Castelnovo Monti, 51,9%, seguito da quello di Guastalla.** La provincia ha una proporzione leggermente inferiore a quella regionale, 39,4% vs. 42,0%.

La tipologia di famiglia più diffusa è quella composta da due soggetti.

	Numero componenti									Totale	
		0	1	2	3+						
Montecchio Emilia	1	4.516	56,0	3.546	44,0	0	0,0	0	0,0	8.062	100,0
	2	3.394	46,2	1.383	18,8	2.563	34,9	0	0,0	7.340	100,0
	3	3.924	75,7	575	11,1	632	12,2	51	1,0	5.182	100,0
	4	3.423	88,7	274	7,1	145	3,8	19	0,5	3.861	100,0
	5 +	1.228	73,8	291	17,5	141	8,5	5	0,3	1.665	100,0
	Totale	16.485	63,1	6.069	23,2	3.481	13,3	75	0,3	26.110	100,0
Reggio Emilia	1	25.781	65,9	13.314	34,1	0	0,0	0	0,0	39.095	100,0
	2	11.609	46,1	4.534	18,0	9.030	35,9	0	0,0	25.173	100,0
	3	13.144	76,9	1.753	10,3	2.047	12,0	157	0,9	17.101	100,0
	4	11.971	89,6	860	6,4	494	3,7	35	0,3	13.360	100,0
	5 +	4.274	74,4	917	16,0	523	9,1	31	0,5	5.745	100,0
	Totale	66.779	66,5	21.378	21,3	12.094	12,0	223	0,2	100.474	100,0
Guastalla	1	4.461	53,1	3.945	46,9	0	0,0	0	0,0	8.406	100,0
	2	3.460	43,9	1.615	20,5	2.810	35,6	0	0,0	7.885	100,0
	3	4.099	72,7	687	12,2	788	14,0	66	1,2	5.640	100,0
	4	3.809	87,4	321	7,4	200	4,6	28	0,6	4.358	100,0
	5 +	1.609	71,6	387	17,2	225	10,0	26	1,2	2.247	100,0
	Totale	17.438	61,1	6.955	24,4	4.023	14,1	120	0,4	28.536	100,0
Correggio	1	3.739	55,3	3.020	44,7	0	0,0	0	0,0	6.759	100,0
	2	2.863	45,7	1.144	18,3	2.253	36,0	0	0,0	6.260	100,0
	3	3.219	75,5	440	10,3	556	13,0	47	1,1	4.262	100,0
	4	3.173	90,0	220	6,2	122	3,5	12	0,3	3.527	100,0
	5 +	1.324	76,0	247	14,2	160	9,2	11	0,6	1.742	100,0
	Totale	14.318	63,5	5.071	22,5	3.091	13,7	70	0,3	22.550	100,0
Sanmiano	1	6.202	61,6	3.862	38,4	0	0,0	0	0,0	10.064	100,0
	2	4.559	48,8	1.832	19,6	2.956	31,6	0	0,0	9.347	100,0
	3	5.178	75,9	760	11,1	811	11,9	69	1,0	6.818	100,0
	4	4.742	89,1	346	6,5	214	4,0	22	0,4	5.324	100,0
	5 +	1.409	69,0	390	19,1	229	11,2	14	0,7	2.042	100,0
	Totale	22.090	65,8	7.190	21,4	4.210	12,5	105	0,3	33.595	100,0
Castelnuovo Monti	1	3.121	48,1	3.370	51,9	0	0,0	0	0,0	6.491	100,0
	2	1.588	39,6	872	21,7	1.550	38,7	0	0,0	4.010	100,0
	3	1.727	67,5	385	15,0	427	16,7	20	0,8	2.559	100,0
	4	1.514	84,5	164	9,2	106	5,9	8	0,4	1.792	100,0
	5 +	490	69,5	127	18,0	79	11,2	9	1,3	705	100,0
	Totale	8.440	54,3	4.918	31,6	2.162	13,9	37	0,2	15.557	100,0
Provincia	1	47.820	60,6	31.057	39,4	0	0,0	0	0,0	78.877	100,0
	2	27.473	45,8	11.380	19,0	21.162	35,3	0	0,0	60.015	100,0
	3	31.291	75,3	4.600	11,1	5.261	12,7	410	1,0	41.562	100,0
	4	28.632	88,9	2.185	6,8	1.281	4,0	124	0,4	32.222	100,0
	5 +	10.334	73,1	2.359	16,7	1.357	9,6	96	0,7	14.146	100,0
	Totale	145.550	64,2	51.581	22,7	29.061	12,8	630	0,3	226.822	100,0
Regione	1	438.815	59,0	305.387	41,0	0	0,0	0	0,0	744.202	100,0
	2	254.467	45,1	106.913	19,0	202.282	35,9	0	0,0	563.662	100,0
	3	267.381	74,7	40.005	11,2	47.184	13,2	3.449	1,0	358.019	100,0
	4	212.988	87,6	18.143	7,5	10.790	4,4	1.109	0,5	243.030	100,0
	5 +	67.419	72,6	15.344	16,5	9.355	10,1	686	0,7	92.804	100,0
	Totale	1.241.070	62,0	485.792	24,3	269.611	13,5	5.244	0,3	2.001.717	100,0

Tab. 15: numero di famiglie con o senza anziani (65 +) per numero di componenti.

La tab. 16 riporta infine il numero di famiglie residenti per cittadinanza e numero di minorenni.

**La proporzione di famiglie composte solo da stranieri** è lievemente superiore in provincia rispetto all'Emilia-Romagna, 9,9% vs. 9,2%.

**Il distretto con il numero e la proporzione più elevate è Reggio Emilia, seguito da Guastalla.** La percentuale più bassa si rileva a Castelnovo Monti.

Le proporzioni di minori per famiglia è costantemente più elevata in quelle con alcuni o tutti i componenti stranieri, a partire da quelle con 1 minore.

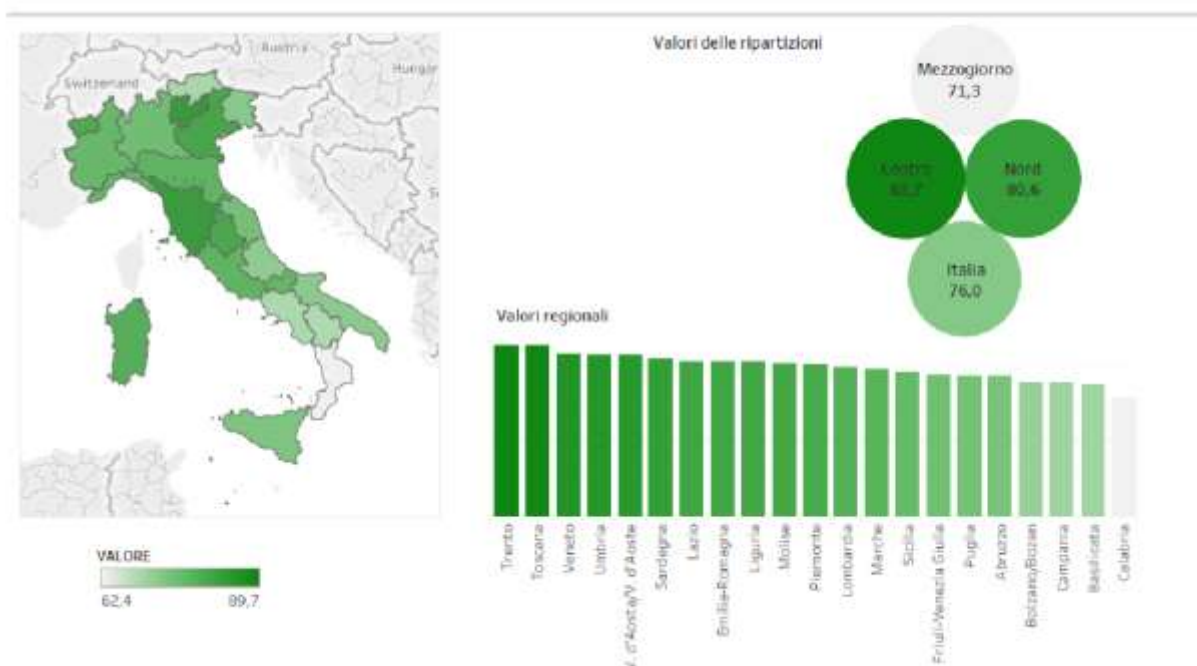
		n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	% colonna
	Componenti stranieri	0		1		2		3		4+		Totale		
Castelnovo Monti	Nessuno straniero	17.329	74,7	3.232	13,9	2.239	9,7	351	1,5	48	0,2	23.199	100,0	88,9
	Alcuni stranieri	377	35,9	285	27,2	253	24,1	103	9,8	32	3,0	1.051	100,0	4,0
	Tutti stranieri	1.219	65,5	282	15,2	260	14,0	73	3,9	26	1,4	1.880	100,0	7,1
	Totale	18.925	72,5	3.800	14,6	2.752	10,5	527	2,0	106	0,4	26.110	100,0	100,0
Reggio Emilia	Nessuno straniero	64.000	76,7	10.730	12,9	7.299	8,7	1.217	1,5	190	0,2	83.436	100,0	83,0
	Alcuni stranieri	1.408	35,3	1.154	29,7	892	23,0	332	8,5	98	2,5	3.884	100,0	3,9
	Tutti stranieri	9.452	71,9	1.695	12,9	1.378	10,5	496	3,8	133	1,0	13.154	100,0	13,1
	Totale	74.860	74,5	13.759	13,7	9.569	9,5	2.045	2,0	421	0,4	100.474	100,0	100,0
Castell'Arce	Nessuno straniero	18.923	77,0	3.134	12,8	2.175	8,8	305	1,2	43	0,2	24.580	100,0	85,1
	Alcuni stranieri	453	33,1	334	24,4	328	24,0	158	11,5	96	7,0	1.369	100,0	4,8
	Tutti stranieri	1.541	59,6	415	16,0	381	14,7	165	6,4	85	3,3	2.587	100,0	9,1
	Totale	20.917	73,3	3.883	13,6	2.884	10,1	628	2,2	224	0,8	28.536	100,0	100,0
Castelnuovo Rangone	Nessuno straniero	14.569	74,3	2.641	13,5	1.990	10,2	329	1,7	76	0,4	19.605	100,0	85,9
	Alcuni stranieri	353	34,2	264	25,6	266	25,8	96	9,3	52	5,0	1.031	100,0	4,6
	Tutti stranieri	1.197	62,5	276	14,4	255	13,3	118	6,2	68	3,6	1.914	100,0	8,5
	Totale	16.119	71,5	3.181	14,1	2.511	11,1	543	2,4	196	0,9	22.550	100,0	100,0
Castelnuovo Scalo	Nessuno straniero	22.333	73,5	4.485	14,8	3.089	10,2	434	1,4	50	0,2	30.391	100,0	90,5
	Alcuni stranieri	410	35,1	317	27,2	300	25,7	107	9,2	33	2,8	1.167	100,0	3,5
	Tutti stranieri	1.314	64,5	318	15,6	276	13,5	113	5,5	16	0,8	2.037	100,0	6,1
	Totale	24.057	71,6	5.120	15,2	3.685	10,9	654	1,9	99	0,3	33.556	100,0	100,0
Castelvetro di Modena	Nessuno straniero	11.726	83,1	1.341	9,5	879	6,2	147	1,0	16	0,1	14.109	100,0	90,7
	Alcuni stranieri	207	47,9	99	22,9	85	19,7	31	7,2	10	2,3	432	100,0	2,8
	Tutti stranieri	682	67,1	138	13,6	149	14,7	39	3,8	8	0,8	1.016	100,0	6,5
	Totale	12.615	81,1	1.578	10,1	1.113	7,2	217	1,4	34	0,2	15.557	100,0	100,0
Castelfranco Emilia	Nessuno straniero	148.880	76,2	25.563	13,1	17.671	9,0	2.783	1,4	423	0,2	195.320	100,0	85,1
	Alcuni stranieri	3.208	35,9	2.454	27,5	2.124	23,8	827	9,3	321	3,6	8.934	100,0	3,9
	Tutti stranieri	15.405	68,3	3.124	13,8	2.699	12,0	1.004	4,4	336	1,5	22.568	100,0	9,9
	Totale	167.493	73,8	31.141	13,7	22.494	9,9	4.614	2,0	1.080	0,5	226.822	100,0	100,0
Castelfranco Piacenza	Nessuno straniero	1.388.158	79,3	211.668	12,1	129.081	7,4	18.327	1,0	2787	0,2	1.750.021	100,0	87,4
	Alcuni stranieri	27.928	41,5	19.343	28,7	13.569	20,2	4.838	7,2	1609	2,4	67.287	100,0	3,4
	Tutti stranieri	123.337	66,9	28.868	15,7	22.495	12,2	7.490	4,1	2219	1,2	184.409	100,0	9,2
	Totale	1.539.423	76,9	259.879	13,0	165.145	8,3	30.655	1,5	6615	0,3	2.001.717	100,0	100,0

Tab. 16: numero di famiglie residenti in relazione alla cittadinanza e al numero di minori.

## II. Conciliazione

Questa dimensione è volta a indagare la gestione dei tempi di lavoro e di vita in relazione agli impegni familiari. La compatibilità tra l'occupazione delle donne e la loro funzione riproduttiva è un obiettivo cruciale delle politiche del lavoro. La qualità dell'occupazione di un paese si misura anche sulla possibilità che le donne con figli riescano a conciliare i lavori di cura familiare con il lavoro retribuito.

L'indicatore utilizzato è il tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con almeno un figlio in età prescolare sul tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni senza figli per 100.



Graf. 15: tasso di occupazione delle donne di età 25-49 anni con un figlio in età 0-5 anni sul tasso di occupazione delle donne della stessa età senza figli x 100 nel 2016.

L'Emilia-Romagna con l'83,5%, lievemente superiore alla media del nord, è una delle regioni con tasso più alto.

La rilevazione è completa solo per l'ambito regionale. 26 province o aree metropolitane hanno partecipato allo studio, ma per la regione sono disponibili solo i dati di Bologna, Parma, Ravenna e Rimini.

### III. Impoverimento famiglie

#### a. Reddito familiare netto annuo

Questa dimensione è volta a indagare le condizioni economiche delle famiglie e la loro vulnerabilità. Seguendo un approccio multidimensionale del fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale, oltre a indicatori di tipo monetario, si considerano una serie di altri indicatori volti a rilevare in modo diretto le conseguenze della scarsità di risorse monetarie sul benessere delle famiglie.

Il reddito familiare netto è dato dalla somma dei redditi da lavoro dipendente e autonomo, di quelli da capitale reale e finanziario, delle pensioni e degli altri trasferimenti pubblici e privati al netto delle imposte personali, di quelle sull'abitazione e dei contributi sociali a carico dei lavoratori. Da questa somma vengono sottratti anche i trasferimenti versati ad altre famiglie (per esempio, gli assegni di mantenimento per un ex-coniuge).

Nel 2015 a Reggio Emilia il reddito medio pro-capite, in genere tra i più bassi nella regione, supera quello di Ferrara e Rimini, mentre la spesa per consumi delle famiglie in relazione alla popolazione è tra le più basse.

Province	Popolazione	Reddito	Reddito pro capite	Spesa per consumi	Spesa pro capite
Piacenza	287.82	6,046.78	21.01	5,451.71	18.94
Parma	445.60	9,724.21	21.82	9,097.97	20.42
<b>Reggio Emilia</b>	<b>534.53</b>	<b>10,891.17</b>	<b>20.38</b>	<b>9,982.14</b>	<b>18.67</b>
Modena	702.36	15,301.47	21.79	14,111.83	20.09
Bologna	1,003.32	24,873.12	24.79	21,445.77	21.37
Ferrara	352.73	6,492.50	18.41	7,015.26	19.89
Ravenna	391.51	8,033.78	20.52	7,068.50	18.05
Forlì-Cesena	395.55	8,925.02	22.56	7,704.15	19.48
Rimini	335.31	6,388.37	19.05	6,839.84	20.40

Tab. 17: reddito medio pro-capite e consumi familiari in Emilia-Romagna nel 2015.<sup>3</sup>  
Fonte: Regione Emilia-Romagna su stime Prometeia - Scenari per le economie locali

Il reddito medio pro-capite a Reggio Emilia appare sostanzialmente stabile negli ultimi anni, indice di sostanziale assenza di crescita, come d'altra parte anche in altre province.

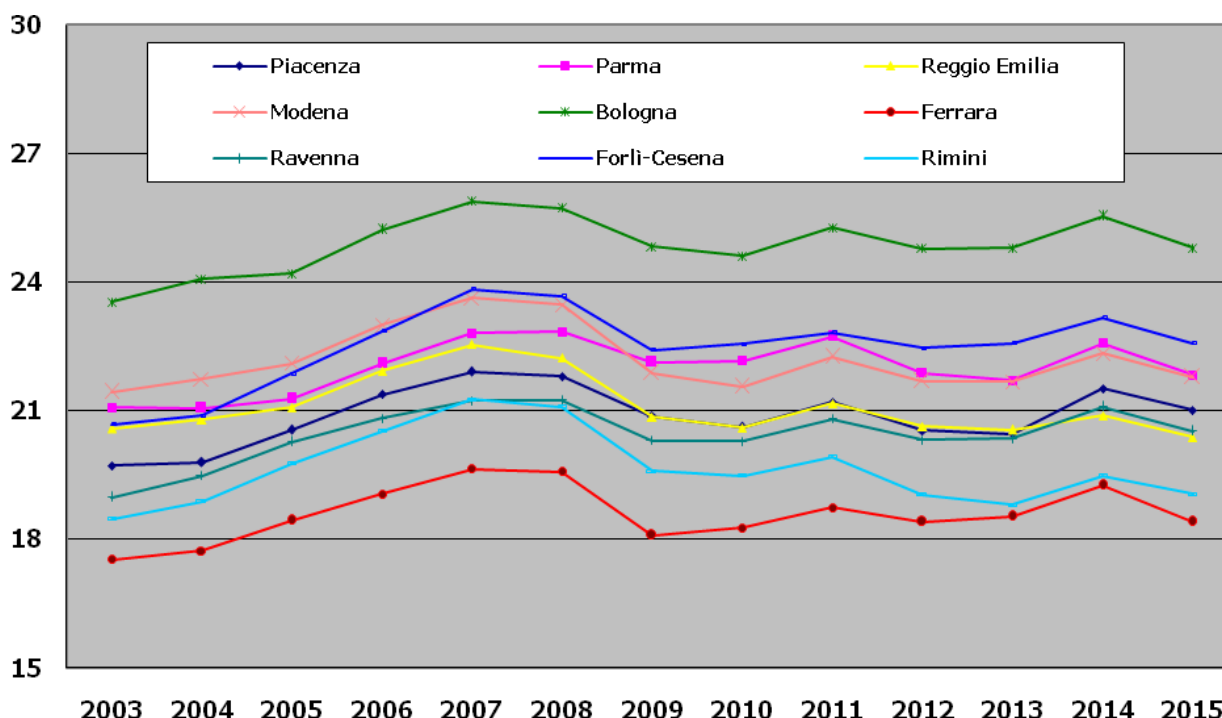
Province	2011		2012		2013		2014		2015	
	Reddito	Reddito pro capite	Reddito	Reddito pro capite	Reddito	Reddito pro capite	Reddito	Reddito pro capite	Reddito	Reddito pro capite
Piacenza	6.184	21,5	6.051	21,0	6.095	21,1	6.207	21,5	6.047	21,0
Parma	9.950	23,1	9.862	22,7	9.881	22,5	10.021	22,6	9.724	21,8
<b>Reggio Emilia</b>	<b>11.225</b>	<b>21,5</b>	<b>10.961</b>	<b>20,8</b>	<b>11.013</b>	<b>20,7</b>	<b>11.195</b>	<b>20,9</b>	<b>10.891</b>	<b>20,4</b>
Modena	15.644	22,6	15.214	21,9	15.359	22,0	15.672	22,3	15.301	21,8
Bologna	25.258	25,6	24.982	25,1	25.128	25,1	25.564	25,5	24.873	24,8
Ferrara	6.800	19,0	6.633	18,6	6.689	18,8	6.819	19,3	6.492	18,4
Ravenna	8.199	21,1	8.119	20,8	8.147	20,8	8.272	21,1	8.034	20,5
Forlì-Cesena	9.133	23,2	9.016	22,8	9.048	22,8	9.188	23,2	8.925	22,6
Rimini	6.566	20,2	6.474	19,7	6.455	19,4	6.521	19,5	6.388	19,1

Tab. 18: reddito medio pro-capite in Emilia-Romagna - Anni 2011-2015.<sup>4</sup>  
Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Prometeia - Scenari per le economie locali

Dal trend di lungo periodo appare molto evidente in tutte le province la flessione del reddito tra il 2008 e il 2010 con una tendenza alla crescita negli anni successivi. Tale flessione è evidente anche nell'ultimo anno.

<sup>3</sup> Popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT.

Reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro.  
Spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro.



Graf. 16: andamento nel tempo del reddito medio pro-capite in Emilia-Romagna per provincia.

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Prometeia - Scenari per le economie locali

La spesa per i consumi finali pro-capite delle famiglie, cioè la parte dei consumi individuali il cui costo viene sostenuto direttamente dalle famiglie, risulta costantemente tra i più bassi a Reggio Emilia. In tutte le province è inoltre sostanzialmente costante, anche questo indice di stagnazione economica.

Province	2011		2012		2013		2014		2015	
	Spesa famiglie	Spesa pro capite	Spesa famiglie	Spesa pro capite	Spesa famiglie	Spesa pro capite	Spesa famiglie	Spesa pro capite	Spesa famiglie	Spesa pro capite
Piacenza	5,398	18.8	5,372	18.6	5,326	18.4	5,363	18.6	5,452	18.9
Parma	8,995	20.8	8,965	20.7	8,889	20.2	8,951	20.2	9,098	20.4
<b>Reggio Emilia</b>	<b>9,835</b>	<b>18.8</b>	<b>9,831</b>	<b>18.7</b>	<b>9,751</b>	<b>18.4</b>	<b>9,820</b>	<b>18.3</b>	<b>9,982</b>	<b>18.7</b>
Modena	13,912	20.1	13,856	19.9	13,739	19.7	13,876	19.8	14,112	20.1
Bologna	21,231	21.6	21,134	21.2	20,953	20.9	21,099	21.1	21,446	21.4
Ferrara	6,821	19.1	6,898	19.3	6,851	19.3	6,901	19.5	7,015	19.9
Ravenna	7,122	18.3	6,980	17.9	6,908	17.7	6,955	17.7	7,069	18.1
Forli-Cesena	7,673	19.5	7,598	19.2	7,528	19.0	7,580	19.1	7,704	19.5
Rimini	6,806	20.9	6,744	20.5	6,683	20.1	6,729	20.1	6,840	20.4

Tab. 19: consumi familiari in Emilia-Romagna - Anni 2011-2015.

Fonte: Regione Emilia-Romagna su stime Prometeia - Scenari per le economie locali

Un aspetto costante nel contesto economico di Reggio Emilia sono le caratteristiche produttive che favoriscono un mercato del lavoro prevalentemente manifatturiero a bassa innovazione e con personale spesso poco qualificato e lavoratori stranieri a basso salario. Inoltre una struttura produttiva con un'importante componente ad alta intensità di lavoro non qualificato può favorire il lavoro precario e il lavoro nero, caratterizzato da "invisibilità" alle rilevazioni ufficiali.

Permane quindi il problema della tenuta del sistema produttivo e in qualche modo del "modello reggiano", fondato sulla piena occupazione, oltretutto sulla buona qualità dei servizi, dalla scuola alla sanità.

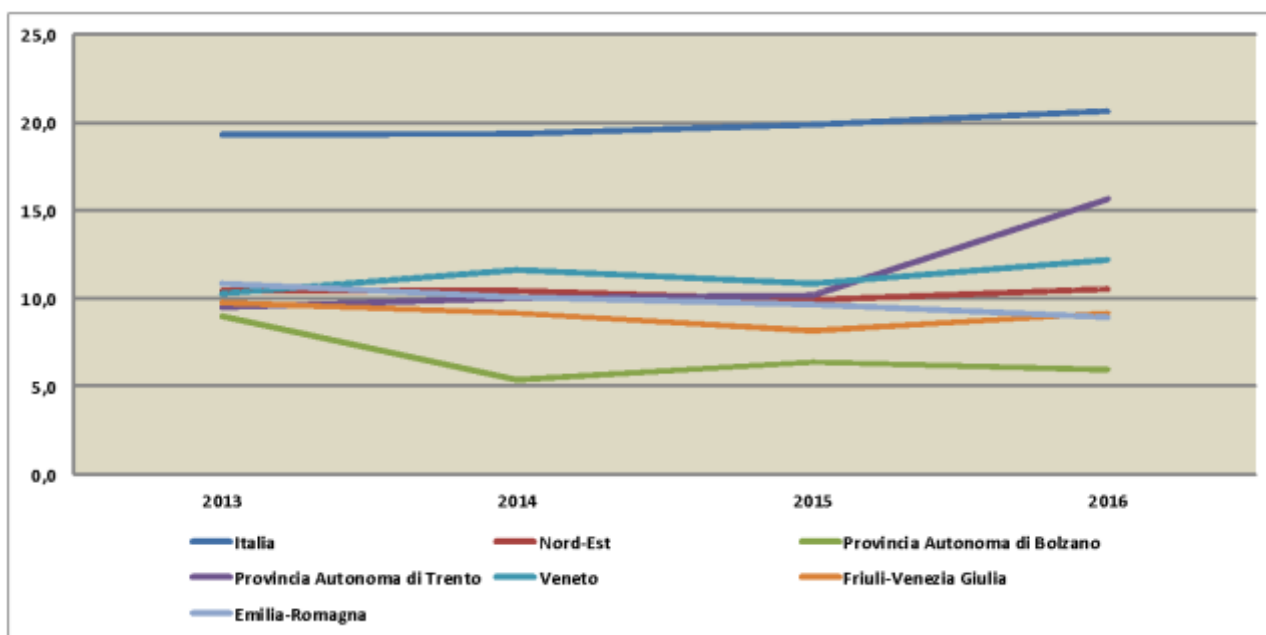
## b. Povertà relativa

Sulla base dei dati rilevati dall'indagine Eu-Silc, Eurostat calcola a livello comunitario l'indicatore di rischio di povertà ed esclusione sociale per la misura e il monitoraggio degli obiettivi di politica sociale, nell'ambito della strategia Europa 2020.

L'indicatore è la risultante della combinazione degli indicatori di povertà relativa, di bassa intensità di lavoro e di grave deprivazione materiale.

Nello studio del fenomeno della povertà, Eurostat adotta – tra i vari possibili – un concetto di povertà relativa, inteso come una situazione di mancanza di risorse necessarie per mantenere lo standard di vita corrente (medio) della società in cui si vive.

La soglia di povertà, in base alla quale una famiglia è classificata come relativamente povera, è calcolata in funzione del reddito netto familiare.



Graf. 17: andamento nel tempo della percentuale di famiglie in condizione di povertà relativa.

L'Emilia-Romagna ha una percentuale di soggetti in condizione di povertà relativa nettamente inferiore a quella italiana e lievemente inferiore a quella del Nord-est, che è l'area geografica di appartenenza. Non sono disponibili dati recenti in ambito provinciale.

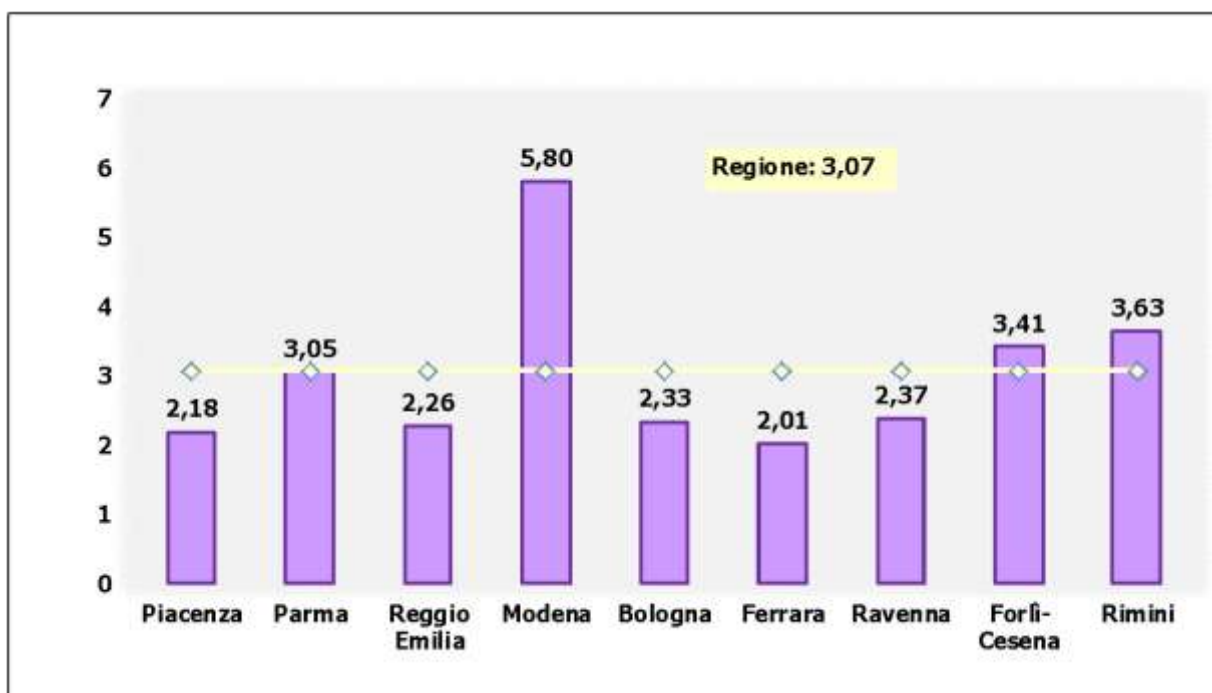
## c. Sfratti

Gli sfratti sono un fenomeno socio-economico che si manifesta con tre distinte modalità di procedure giuridico-amministrative: i provvedimenti di sfratto emessi, le richieste di esecuzione presentate all'ufficiale giudiziario, gli sfratti realmente eseguiti con l'intervento dell'ufficiale giudiziario. Se le esecuzioni avvenute individuano uno specifico e immediato fabbisogno abitativo, il numero delle richieste di esecuzione e i procedimenti aperti sono invece elementi conoscitivi di uno scenario ben più ampio. Le tre serie di dati, pur essendo collegate, non sono direttamente correlabili né comparabili tra loro perché corrispondono a tre momenti non necessariamente conseguenti l'uno all'altro e, spesso, con tempi e modalità diversi.

In provincia, come pure in regione, più del 97% dei provvedimenti di sfratto emessi sono legati a morosità. Una piccola quota è dovuta a fine locazione e in nessun caso sono connessi a necessità del locatore.

Nel 2016 a Reggio Emilia sono stati emessi 511 sfratti, con un rapporto di 442 per numero di famiglie. Nello stesso periodo in Emilia-Romagna sono stati 6.124, con un rapporto sfratti/n. famiglie di 326.

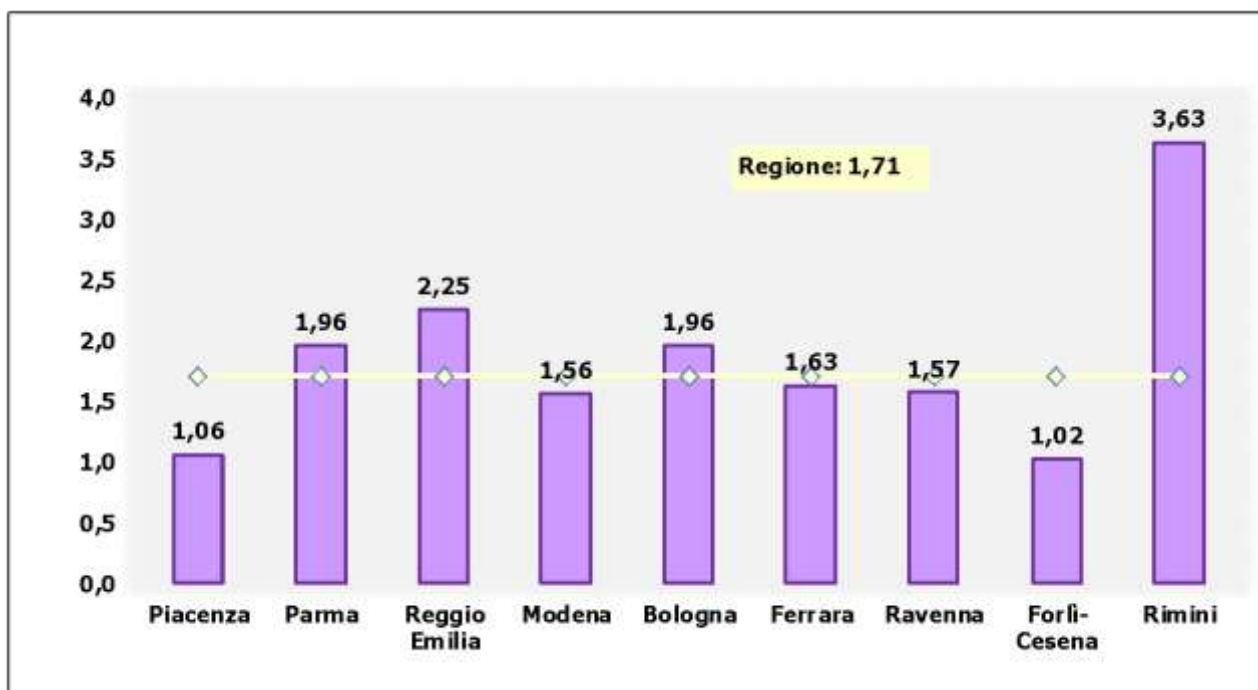
Reggio ha uno dei tassi più bassi di provvedimenti emessi per 1.000 famiglie della regione nel 2016.



Graf. 18: provvedimenti di sfratto emessi per 1.000 famiglie in Emilia-Romagna nel 2016.

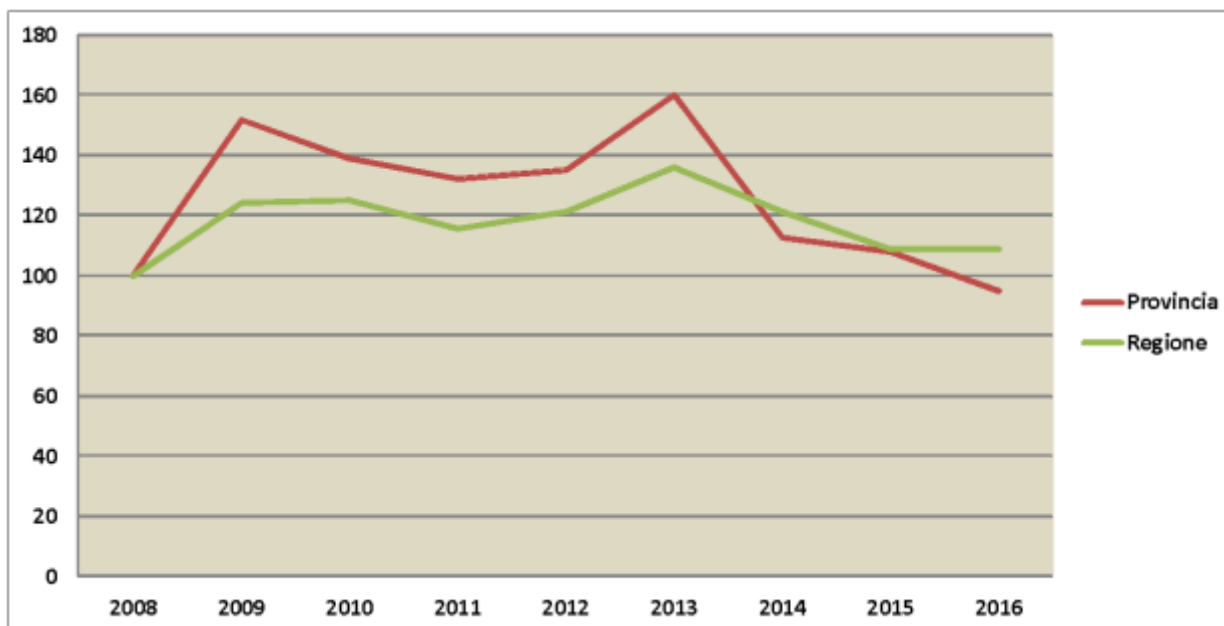
Fonte: Evert su dati del Ministero dell'Interno (famiglie: Istat al 31/12/2015).

La situazione cambia per quanto riguarda gli sfratti eseguiti, che a Reggio sono praticamente tutti. La situazione è molto diversa in regione e in alcune province, come ad esempio Modena, dove sono molto meno di quelli emessi.



Graf. 19: provvedimenti di sfratto eseguiti per 1.000 famiglie nelle province dell'Emilia-Romagna nel 2016.

Fonte: Evert su dati del Ministero dell'Interno (famiglie: Istat al 31/12/2015).



Graf. 20: numeri indice dei provvedimenti di sfratto emessi per anno in provincia e in regione (2008 = 100).  
 Fonte: Evert su dati del Ministero dell'Interno (famiglie: Istat al 31/12/2015).

In entrambi i territori si osserva una crescita fino al 2013, periodo più intenso della crisi economica, seguita da una riduzione degli indici.

## Sezione B: le risorse della comunità

### 1. Il terzo settore

#### I. OdV - Org. di Volontariato

La LR n. 12/2005 e s.m., di valorizzazione delle Organizzazioni di Volontariato, istituisce il registro regionale delle OdV e riconosce il valore sociale e civile ed il ruolo nella società del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e, nel rispetto della sua autonomia, ne sostiene e favorisce l'apporto originale per il conseguimento delle più ampie finalità di carattere sociale, civile e culturale e disciplina i rapporti con le istituzioni pubbliche

Si specificano le OdV presenti nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana

SEDE	ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO
GUASTALLA	AVIS GUASTALLA
	ANTEAS SAN GIROLAMO
	ASSOCIAZIONE AMICI DEL CUOLE ONLUS GUASTALLA
	ASSOCIAZIONE ANNFAS ONLUS GUASTALLA
	ASSOCIAZIONE DEI CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI "G.C. LEZZI" - GUASTALLA
	ASSOCIAZIONE DIABETI AREA NORD
	ASSOCIAZIONE PREVENZIONE TUMORI ONLUS
	ASSOCIAZIONE VOLONTARI OSPEDALIERI
	I RAGAZZI DEL PO
	NOI PER L'HOSPICE
	UN PONTE PER LA PACE
BORETTO	AVIS BORETTO
	ASSOCIAZIONE SOS MAMMA BORETTO
BRESCELLO	AVIS BRESCELLO
GUALTIERI	AVIS GUALTIERI E SANTA VITTORIA
	PROTEZIONE CIVILE
	UN BAMBINO PER AMICO
LUZZARA	AVIS LUZZARA
	PROTEZIONE CIVILE LUZZARA
NOVELLARA	AIDO NOVELLARA
	AVIS NOVELLARA
	GRD ASSOCIAZIONE GENITORI E RAGAZZI DOWN
REGGIOLO	AIDO REGGIOLO
	AVIS REGGIOLO
	PROTEZIONE CIVILE
POVIGLIO	AVIS POVIGLIO

Tab. 20: OdV presenti nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana

## II. APS – Associazioni di promozione sociale

Le associazioni di promozione sociale perseguono, senza scopo di lucro, interessi collettivi attraverso lo svolgimento continuato di attività di promozione sociale rivolte a favore degli associati e di terzi e che perseguono le finalità indicate all'articolo 2 della LR n. 34/2002 e ss.mm.ii. La Regione ha istituito il registro regionale delle associazioni di promozione sociale in cui possono iscriversi le associazioni dotate di propria autonomia, che hanno sede legale e che operano nel territorio regionale, e che perseguono finalità di utilità sociale.

Si specificano le APS presenti nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana.

sede	denominazione
GUASTALLA	PROLOCO GUASTALLA
	AUSER
	CENTRO SOCIALE 1°MAGGIO
BORETTO	ARCI BORETTO
	PRO LOCO BORETTO
	AUSER
	BOTTEGA DEL TEMPO LIBERO BORETTO
	ASSOCIAZIONE COMITATO GENITORI BRESCELLO
BRESCELLO	AUSER
	PROLOCO BRESCELLO
	COMITATO GENITORI LENTIGIONE
	PROTEZIONE CIVILE BRESCELLO
	PROLOCO GUALTIERI
GUALTIERI	AUSER
	ARCI GUALTIERI
	CENTRO SOCIALE CASONI
LUZZARA	AUSER
	PROLOCO NOVELLARA
NOVELLARA	AUSER
	BANCA DEL TEMPO NOVELLARA
	CENTRO SOCIALE NINO ZA'
REGGIOLO	AUSER
	DIVERSE MENTI SOCIALI
	PROLOCO REGGIOLO

Tab. 21: le APS presenti nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana.

### III. Coop –Cooperative sociali

Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi; lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. La regione ha istituito l'albo regionale delle cooperative sociali e dei Consorzi. Possono iscriversi all'albo le cooperative sociali e i consorzi che hanno sede legale nel territorio regionale e che rispondono ai requisiti fissati dalla (LR n. 12/2014, art.4) e dalla DGR n. 2113/2015.

Si specificano le Cooperative sociali con sede nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana.

sede	denominazione
GUASTALLA	COOPERATIVA ANFFAS DIMENSIONE UOMO
	COOPERATIVA IL POLIEDRO
NOVELLARA	IL GUFO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
REGGIOLO	COOPERATIVA SOCIALE IL BETTOLINO

Tab. 22: le Cooperative sociali con sede nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana.

Si specificano le Cooperative sociali presenti nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana.

sede	denominazione
REGGIO EMILIA	COOPERATIVA SOCIALE COOPESELIOS
REGGIO EMILIA	COOPERATIVA SOCIALE CO.RE.S.S. PICCOLO PRINCIPE
PARMA	COOPERATIVA SOCIALE AURORA DOMUS SOCIETA' COOPERATIVA

Tab. 23: le Cooperative sociali presenti nei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana.

#### Sezione C: lo stato di salute della popolazione e la prevenzione

##### 1. Lo stato di salute della popolazione

###### I. 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 paese.

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.

Anno	Speranza di vita alla nascita - Maschi										
	Italia	Regione	Piacenza	Parma	Reggio	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. 24: aspettativa di vita alla nascita per territorio, anno e genere nel sesso maschile.

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

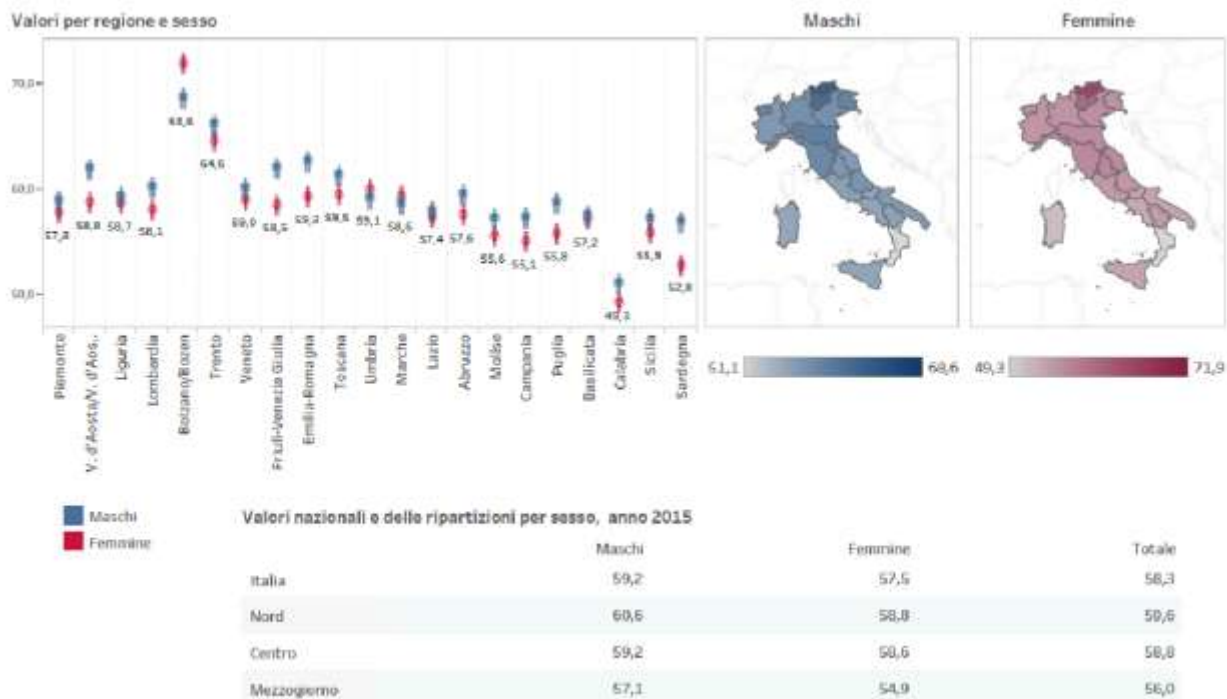
Reggio Emilia si colloca in una posizione intermedia tra Italia ed Emilia-Romagna.

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

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

Tab. 25: aspettativa di vita alla nascita per territorio, anno e genere nel sesso femminile.

La speranza di vita in buona salute esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente (“bene” o “molto bene”) alla domanda sulla salute percepita.



Graf. 21: speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2015.

Non sono disponibili dati riferiti alla provincia di Reggio Emilia.

## II. Mortalità - Tasso per tutte le cause di morte

La mortalità, generale e causa specifica, è un indicatore robusto 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.

Classi di età	2015						2016					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	n. decessi	Tassi specifici	n. decessi	Tassi specifici	n. decessi	Tassi specifici	n. decessi	Tassi specifici	n. decessi	Tassi specifici	n. decessi	Tassi specifici
0-4	6	44,4	7	54,3	13	49,2	6	46,1	6	48,5	12	47,3
5-9							2	13,7		0,0	2	7,1
10-14	1	7,2	1	7,9	2	7,6	4	28,8		0,0	4	15,0
15-19	5	39,7	3	25,3	8	32,7	8	61,6	3	25,0	11	44,0
20-24	8	63,0	4	33,6	12	48,8	4	31,4	4	33,7	8	32,5
25-29	8	58,9	1	7,6	9	33,6	6	44,5	1	7,7	7	26,4
30-34	6	37,5	4	24,7	10	31,1	6	38,6	4	25,5	10	32,0
35-39	12	58,4	5	24,5	17	41,5	12	61,5	7	36,1	19	48,9
40-44	20	84,1	14	62,0	34	73,3	24	101,8	12	53,5	36	78,3
45-49	26	115,4	19	86,9	45	101,4	29	129,0	28	126,8	57	127,9
50-54	52	264,5	36	181,3	88	222,7	67	330,0	43	211,9	110	270,9
55-59	86	521,8	40	235,2	126	376,2	86	510,7	38	216,0	124	360,1
60-64	121	859,6	70	451,1	191	645,4	111	777,4	68	437,9	179	600,5
65-69	182	1.311,1	103	678,8	285	980,9	170	1.174,8	95	592,2	265	868,5
70-74	204	1.793,1	143	1.123,2	347	1.439,3	240	2.213,0	159	1.311,4	399	1.737,1
75-79	351	3.468,4	248	2.019,1	599	2.673,7	370	3.607,6	245	1.965,3	615	2.706,6
80-84	495	6.945,4	451	4.475,1	946	5.498,4	461	6.264,4	423	4.189,8	884	5.064,5
85-89	504	12.986,3	723	9.477,0	1.227	10.660,3	512	12.663,9	700	9.304,8	1.212	10.479,0
90-94	392	25.520,8	713	18.050,6	1.105	20.142,2	363	24.055,7	734	17.811,2	1.097	19.484,9
95-99	92	47.179,5	269	37.103,4	361	39.239,1	94	44.976,1	276	34.629,9	370	36.779,3
100 +	17	60.714,3	88	53.012,0	105	54.123,7	10	37.037,0	62	44.285,7	72	43.113,8
<b>Totale</b>	<b>2.588</b>	<b>987,9</b>	<b>2.942</b>	<b>1.081,1</b>	<b>5.530</b>	<b>1.035,4</b>	<b>2.585</b>	<b>986,8</b>	<b>2.908</b>	<b>1.069,6</b>	<b>5.493</b>	<b>1.029,0</b>

Tab. 26: numero di decessi e tassi specifici di mortalità generale (x 100.000) per genere nei residenti in provincia di Reggio Emilia nel 2015 e 2016.

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.

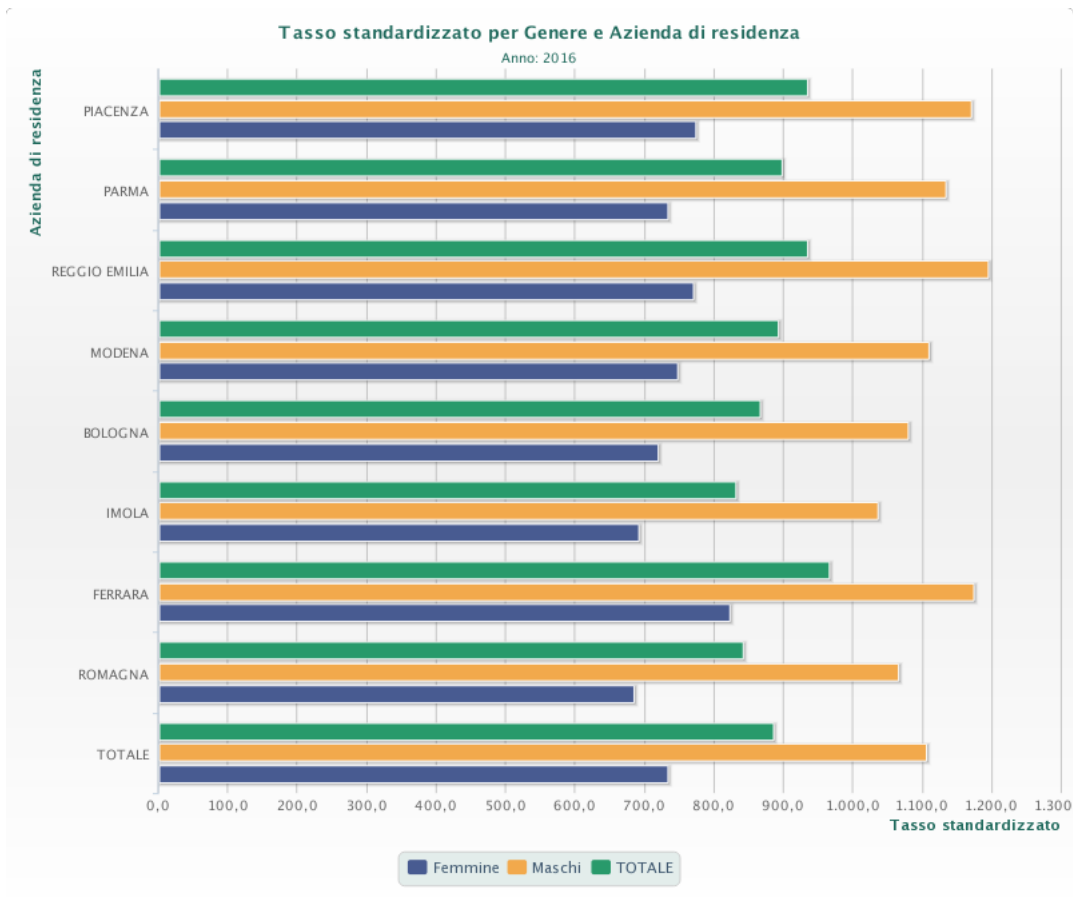
I tassi di mortalità per tutte le cause sono, in entrambi i sessi, sostanzialmente sovrapponibili rispetto alla regione, malgrado alcune variazioni annuali.

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 traumatismi, 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.

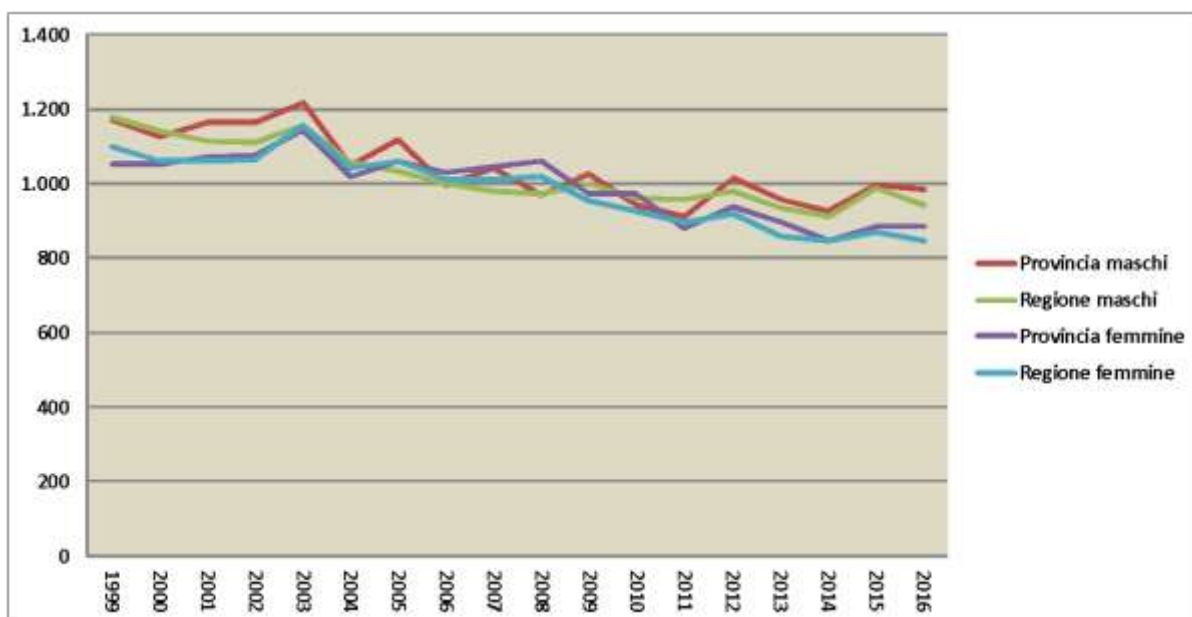
Nell'ultimo anno disponibile il tasso standardizzato nei maschi è il più elevato in regione, mentre nelle femmine è uno dei più bassi.

Considerando le possibili fluttuazioni annuali legate alle numerosità, la mortalità appare in linea con quella dell'area vasta Emilia nord che, in generale ha una mortalità maggiore di quella della Romagna.



Graf. 22: tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause (x 100.000) per genere e per Azienda USL nel 2016.

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.



Graf. 23: andamento nel tempo dei tassi standardizzati di mortalità generale in provincia e regione per genere.

Le due mappe successive riportano rispettivamente la mortalità generale per comune e per genere nel periodo 2009-2013 e la variazione tra lo stesso periodo e il 2004-2008 (fonte: Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2009-2013. Dossier 257 Agenzia Socio Sanitaria Regionale, 2015).

Sono state calcolate per comune le stime dei rapporti standardizzati di mortalità tramite modelli bayesiani, che attenuano l'effetto delle numerosità basse nei comuni piccoli tenendo conto di quello che succede nei comuni limitrofi.

I colori più chiari indicano un rischio stimato più basso ( $< 0,9$ ), quelli più scuri più alto ( $> 1,1$ ).

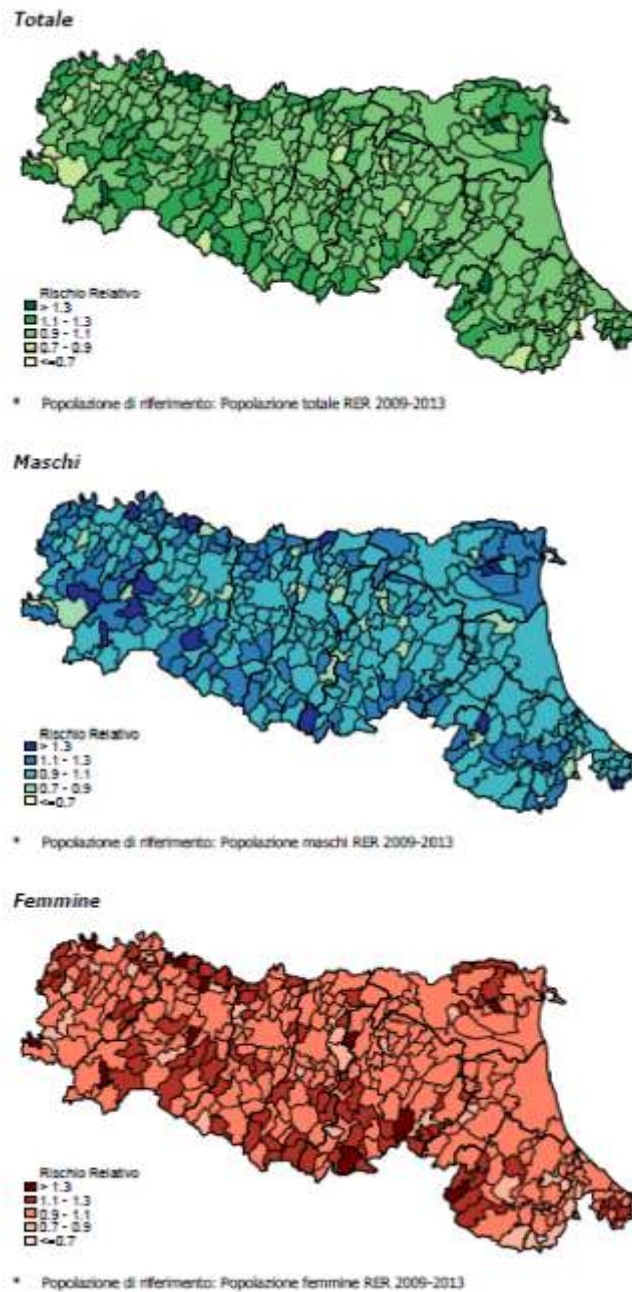


Fig. 3: mappa dei rischi di mortalità. Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. Periodo 2009-2013.

Per quanto riguarda le variazioni percentuali le aree bianche indicano un rischio invariato (-10/+10%), quelle in celeste o blu una riduzione del rischio e quelle in arancione o rosso un aumento del rischio. Nessun comune della provincia di Reggio Emilia mostra un peggioramento.

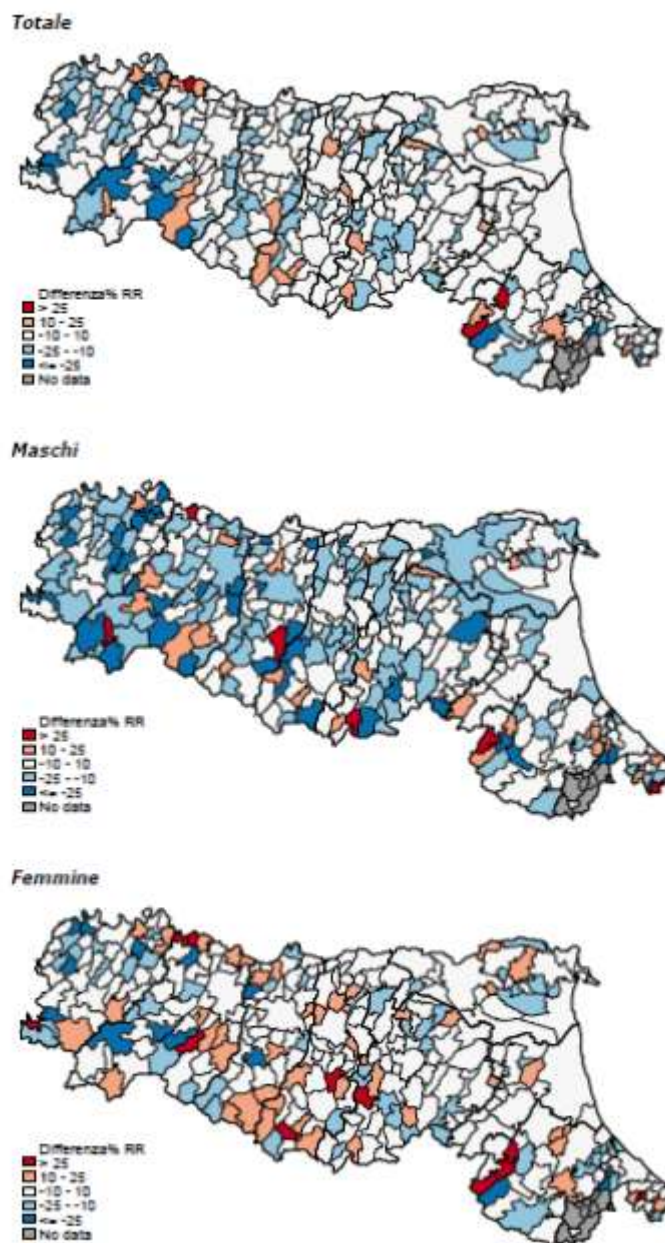


Fig. 4: mappa dei rischi di mortalità. Variazioni percentuali degli SMR (BMR) per comune di residenza- 2004-2008 vs. 2009-2013.

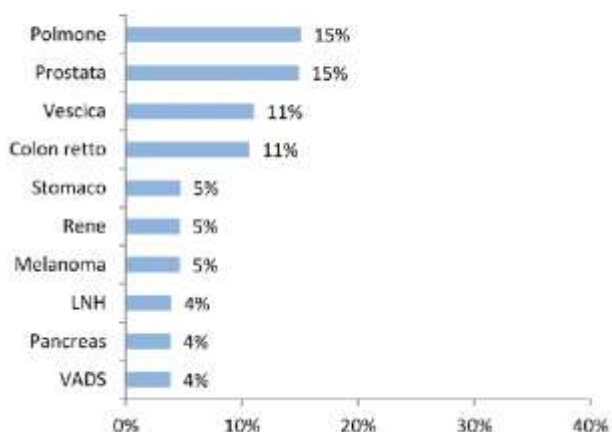
### III. Tumori

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.

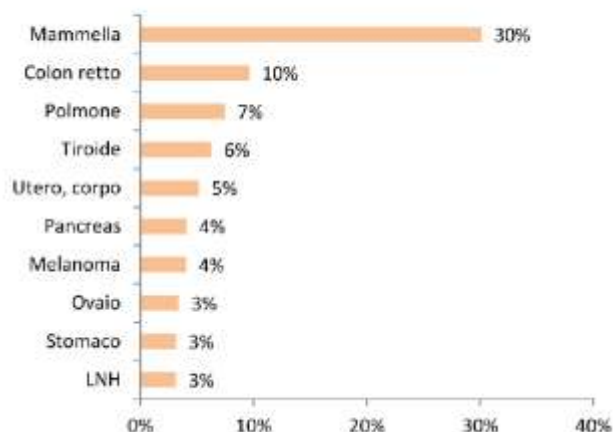
I tumori più frequenti nei maschi sono quelli del polmone e della prostata, seguiti da vescica e colon retto. Nelle femmine è di gran lunga più frequente il tumore della mammella, seguito a distanza di colon retto e polmone.

### Incidenza proporzionale

Maschi



Femmine

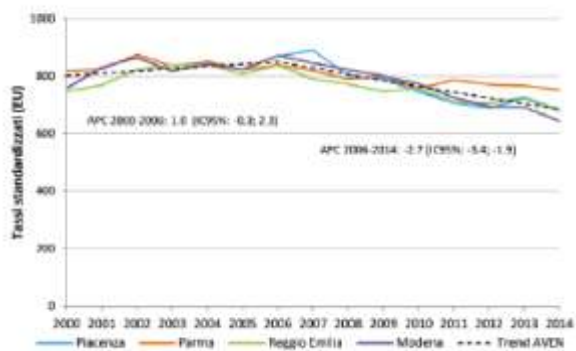


Graf. 24: prime 10 sedi tumorali per genere in provincia di Reggio Emilia nel 2014.

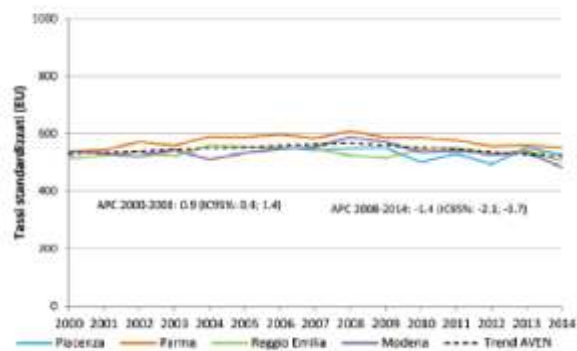
I tassi standardizzati di incidenza a Reggio Emilia sono sovrapponibili a quelli medi dell'AVEN nei maschi e lievemente inferiori nelle femmine. Appaiono in riduzione nei maschi e sostanzialmente stabili nelle femmine.

### Incidenza, tassi standardizzati per anno

Maschi



Femmine



Nota: Piacenza incidenza 2006-2014

Graf. 25: tassi standardizzati di incidenza per anno, genere e provincia nell'area vasta Emilia nord.

I casi prevalenti al 01/01/2015 erano 21.957, rappresentati in maggioranza dai tumori a lunga sopravvivenza, prostata e vescica nei maschi, mammella e tiroide nelle femmine, colon retto in entrambi i sessi.

Sede	Maschi + Femmine		Maschi		Femmine	
	N	Proporz	N	Proporz	N	Proporz
Via aerodigestive superiori	649	121.3	509	193.7	140	51.4
Esofago	43	8.0	33	12.6	10	3.7
Stomaco	513	95.8	307	116.5	206	75.7
Colon retto	2733	510.6	1456	553.8	1277	468.8
Fegato	206	38.5	152	57.6	54	20.0
Colecisti, vie biliari	70	12.9	33	12.5	37	13.4
Pancreas	180	33.8	89	34.2	91	33.4
Polmone	831	155.3	521	198.1	310	113.9
Melanoma cutaneo	990	184.9	500	190.1	490	179.9
Mammella femminile					5025	1844.6
Cervice uterina					146	53.5
Corpo dell'utero					797	292.5
Ovaio					259	94.9
Prostata			3073	1168.7		
Testicolo			231	87.7		
Rene, vie urinarie	857	160.2	562	214.1	295	108.2
Vescica	1727	322.5	1372	521.7	355	130.3
Encefalo e SNC	132	24.6	76	28.8	56	20.6
Tiroide	1511	282.3	368	140.0	1143	419.7
Mieloma multiplo	272	50.8	157	59.7	115	42.2
Linfomi di Hodgkin	230	42.8	143	54.1	87	31.8
Linfomi non Hodgkin	996	185.9	561	213.3	435	159.4
Leucemie	598	111.7	337	128.2	261	95.7
Tutti i tumori (escluso cute)	21957	4101.4	10324	3926.6	11633	4270.1

Tab. 27: numero e proporzione di casi prevalenti per genere e alcune sedi in provincia di Reggio Emilia al 31/12/2015.

#### IV. 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.

## V. Studio PASSI<sup>4</sup> -Stili di vita

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.

### a. 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.

	Indice di massa corporea			
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Emilia-Romagna	3,7 (3,3-4,1)	53,6 (52,6-54,7)	30,9 (30,0-31,9)	11,8 (11,1-12,5)
Reggio Emilia	2,6 (1,7-4,0)	55,3 (52,0-58,6)	31,0 (27,9-34,2)	11,1 (9,1-13,4)

Tab. 28: distribuzione dello stato nutrizionale (percentuali e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute, attivo dal 2007, ha pubblicato i dati relativi a 571 bambini presenti su 635 iscritti nell'Azienda USL di Reggio Emilia relativi al 2016. 22 avevano rifiutato e 42 erano assenti.

Tra i bambini della nostra Asl 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 Asl 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).

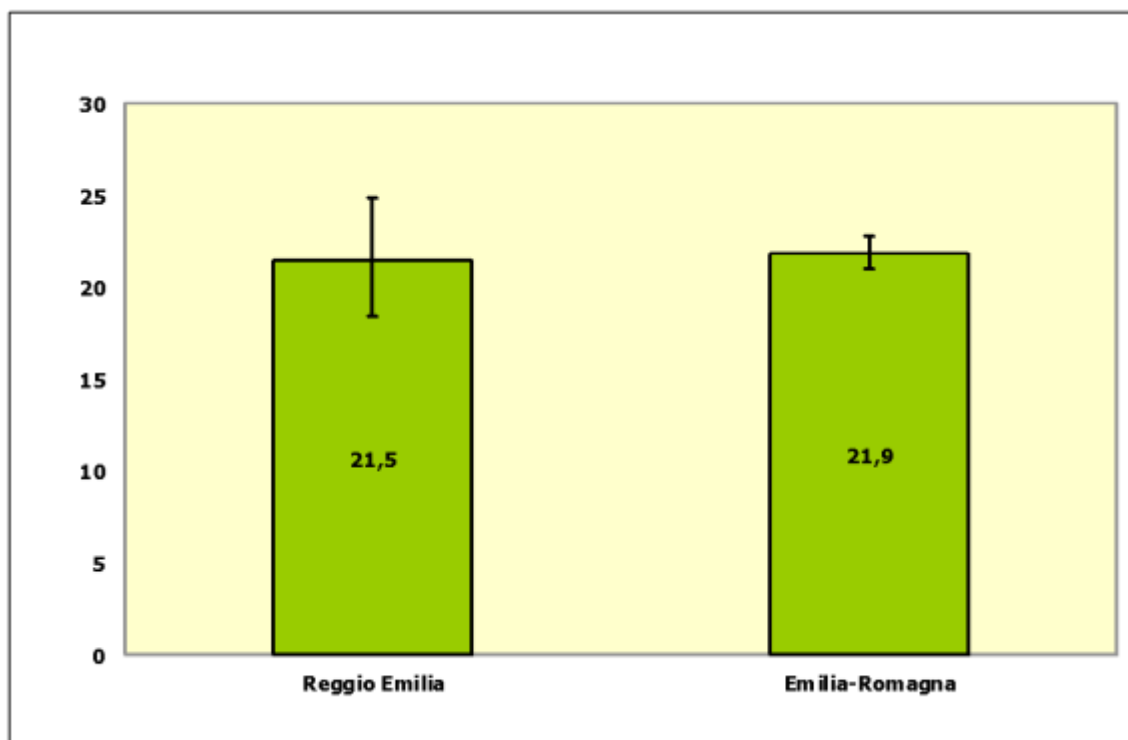
### b. Attività fisica

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%.

<sup>4</sup>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.

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.



Graf. 26: persone sedentarie (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

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 5ore.

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.

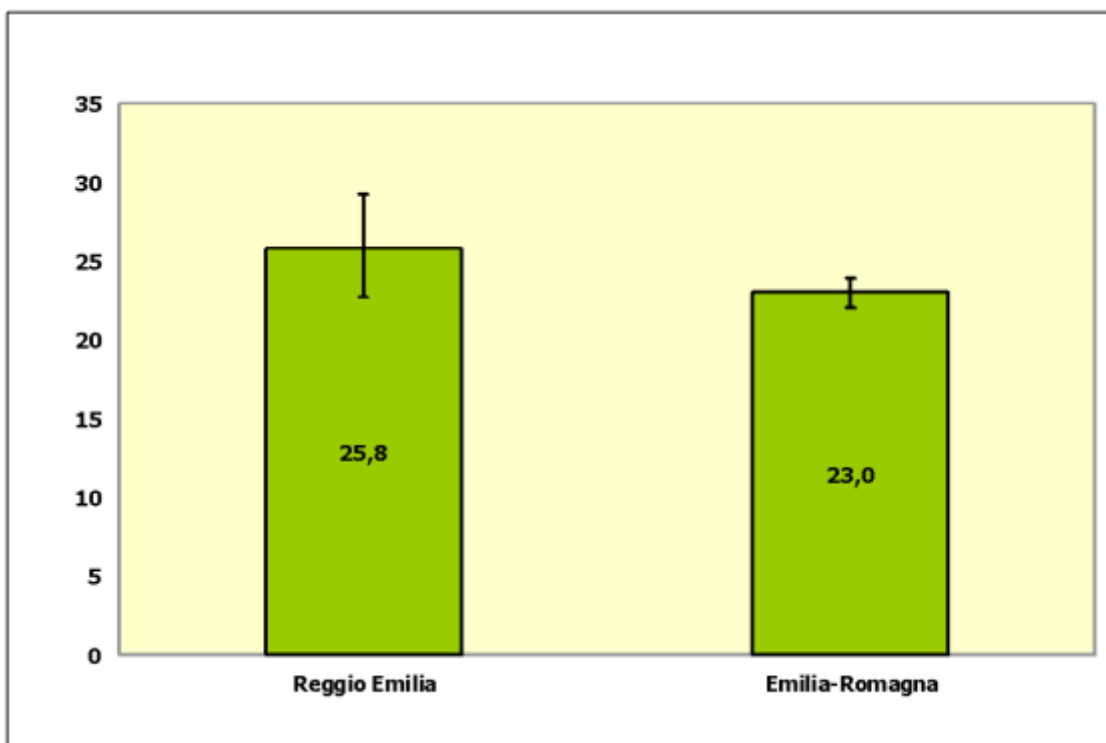
Complessivamente il 31% dei bambini ha un televisore nella propria camera e l'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera(25% versus 13%).

### c. Alcool

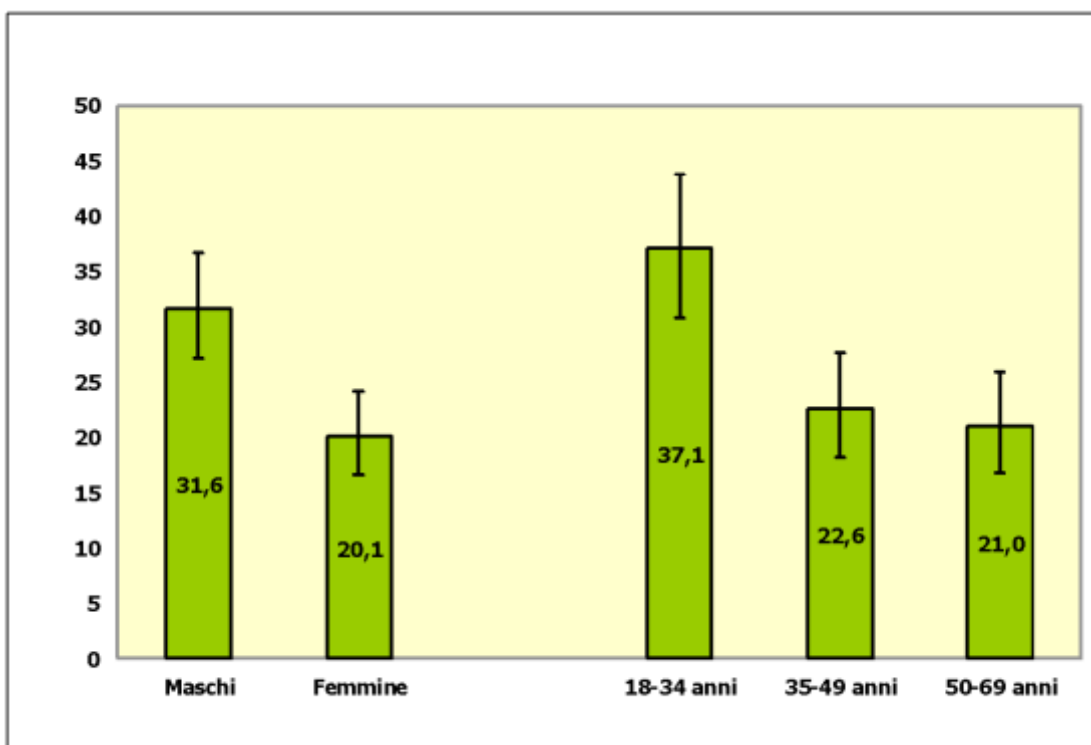
L'aspetto più preoccupante del consumo di alcool, in Emilia-Romagna, è il crescente fenomeno dei bevitori smodati "bingedrinking", che nel triennio raggiunge il 23,0% delle persone di 18-69 anni, in netto aumento rispetto alla rilevazione precedente. I dati rilevati in provincia sono superiori rispetto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

La proporzione di consumatori a rischio<sup>5</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.

<sup>5</sup>consumo di alcol forte abituale (per gli uomini, più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, corrispondenti a più di 60unità 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).



Graf. 27: consumatori di alcool a rischio (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.



Graf. 28: consumatori di alcool a rischio (% e intervalli di confidenza al 95%) in provincia di Reggio Emilia.

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%.

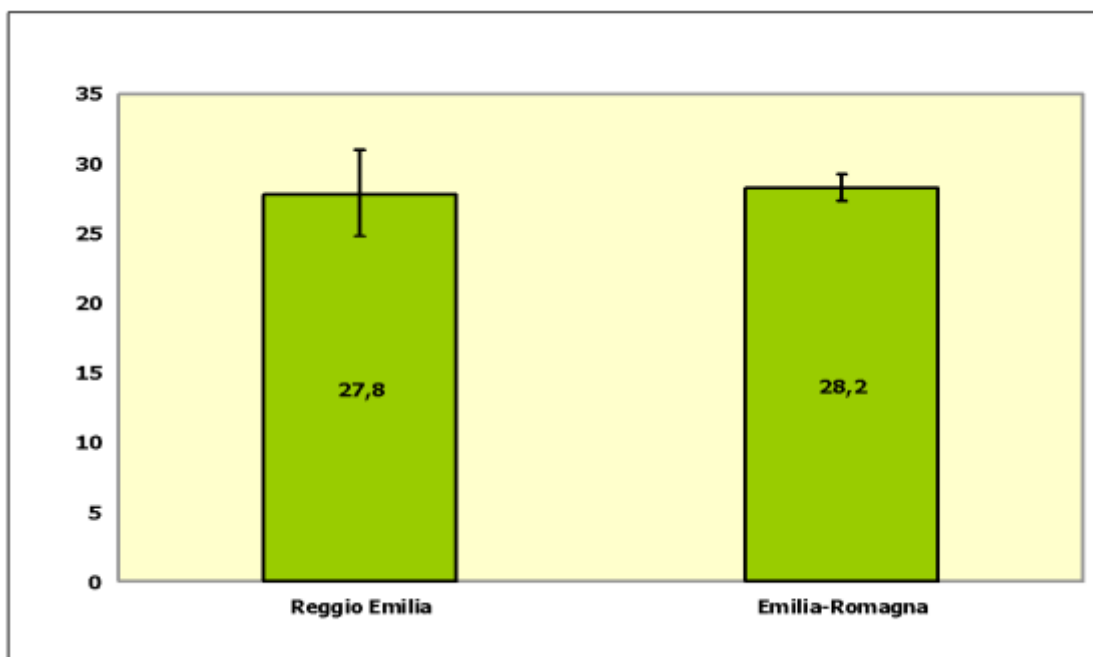
#### d. Fumo di sigaretta

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

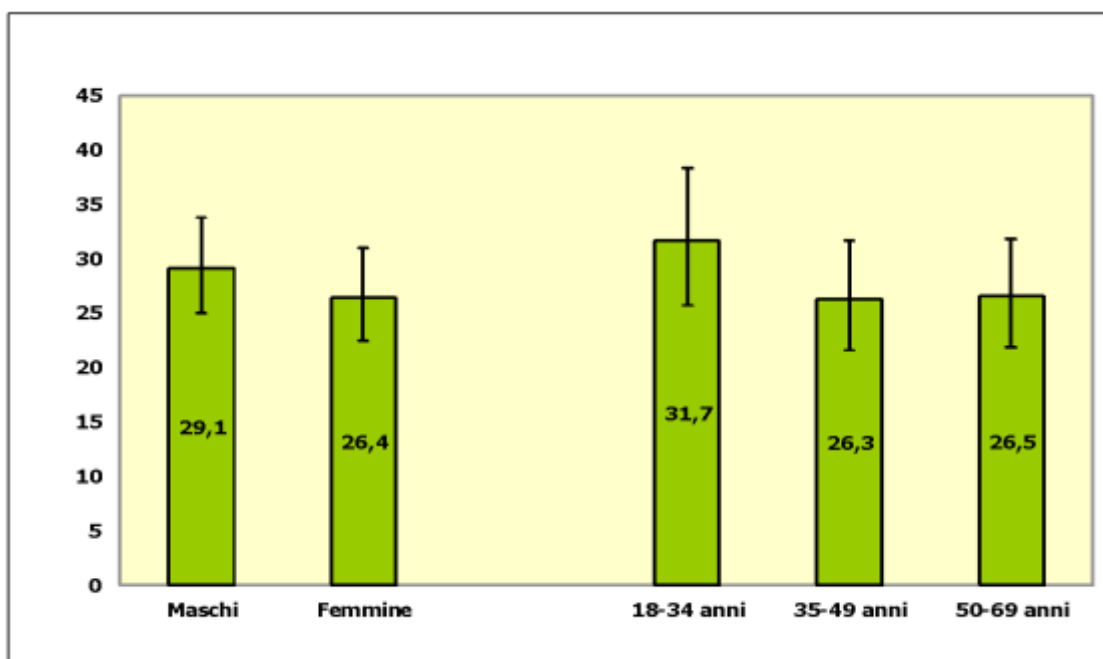
La provincia di Reggio Emilia registra una proporzione leggermente più bassa di fumatori di sigarette rispetto all'Emilia-Romagna. I fumatori in regione erano il 28,2%, i non fumatori il 49,4% e gli ex-fumatori il 22,4%, risultati sovrapponibili alla rilevazione precedente. In provincia sono rispettivamente il 27,8%, 50,0% e 22,2% per quanto riguarda l'abitudine al fumo.

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.



Graf. 29: fumatori (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia. A Reggio Emilia la fascia di età 18-34 è quella con più fumatori con il 31,7%.

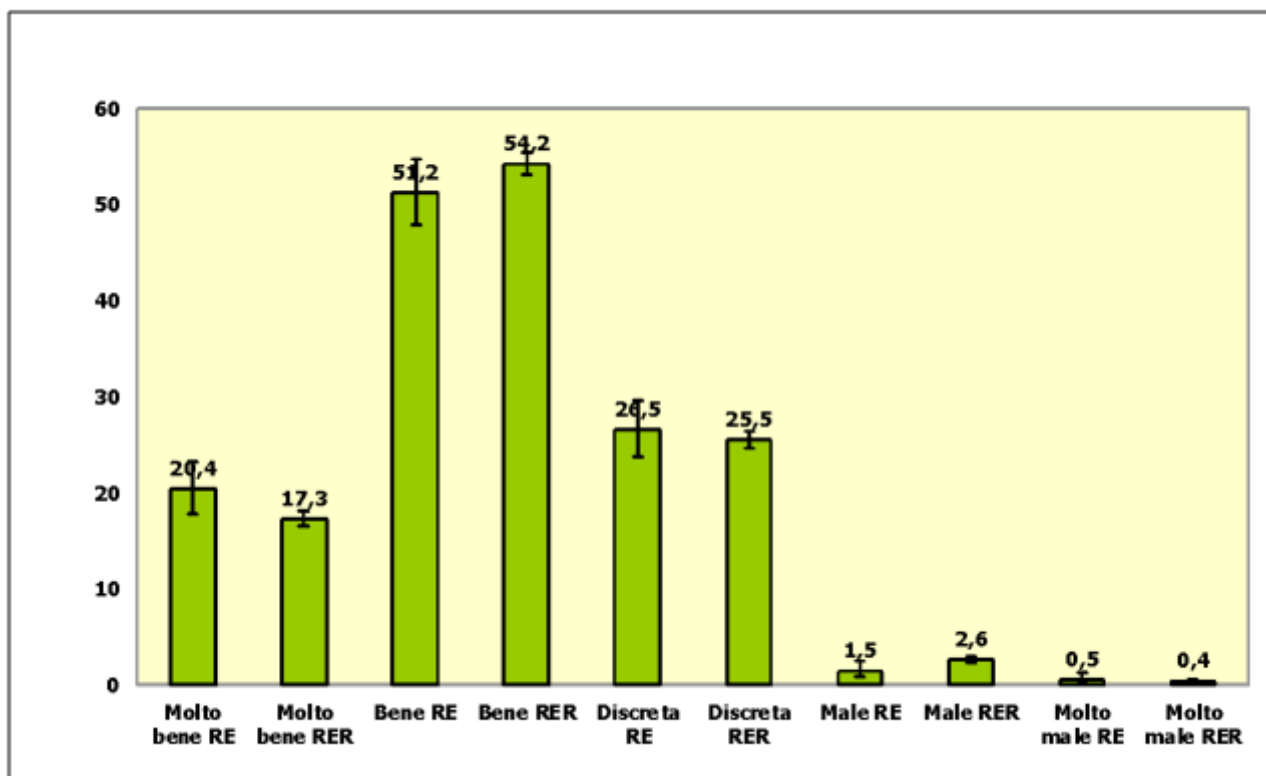


Graf. 30: fumatori (% e intervalli di confidenza al 95%) in provincia di Reggio Emilia.

### e. Salute percepita

Il modello utilizzato per valutare la salute percepita è quello della stima dei “giorni vissuti in salute”, che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell’ultimo mese in cui l’intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Complessivamente i risultati sono molto simili in provincia e regione, con più del 70% degli intervistati che riferiscono una salute buona o molto buona.



Graf. 31: distribuzione dello stato di salute percepito in 5 categorie (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

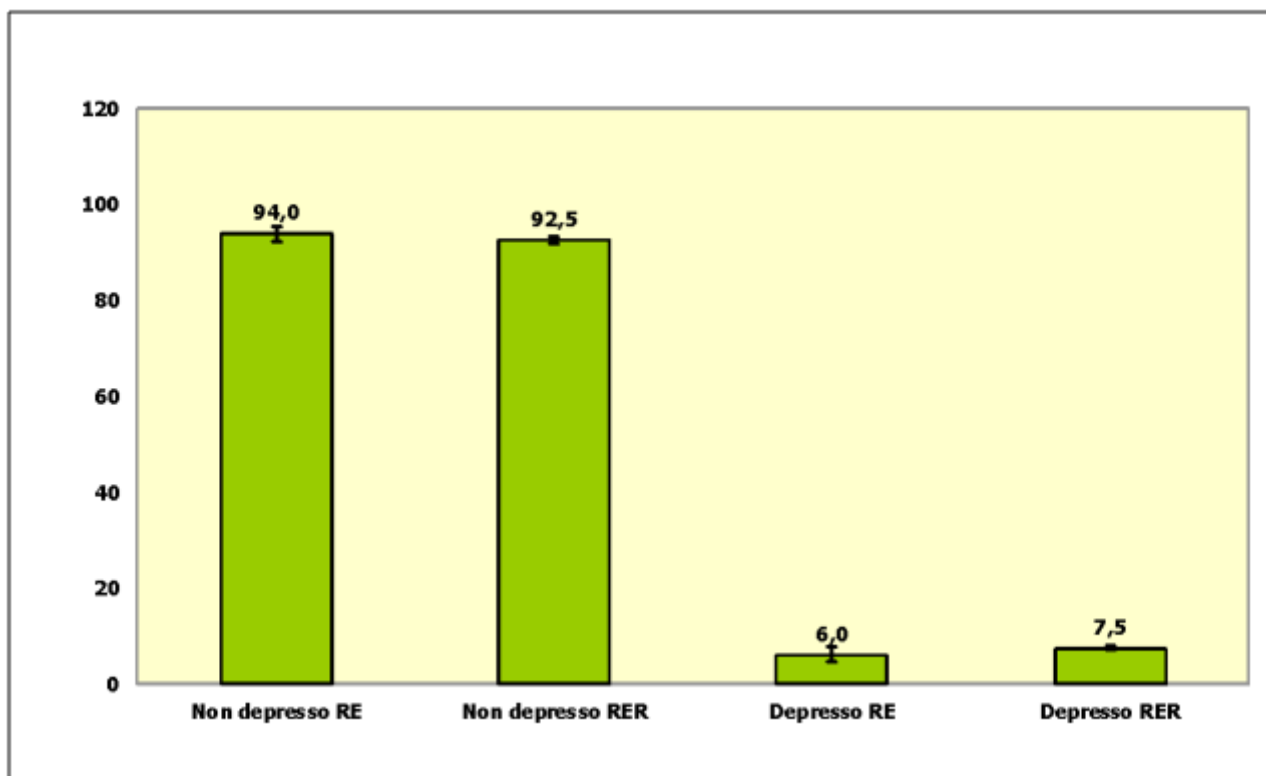
### f. Sintomi di depressione

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 3 sono classificate come “persone con sintomi di depressione”.

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.



Graf. 32: sintomi di depressione (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

#### g. Sicurezza stradale

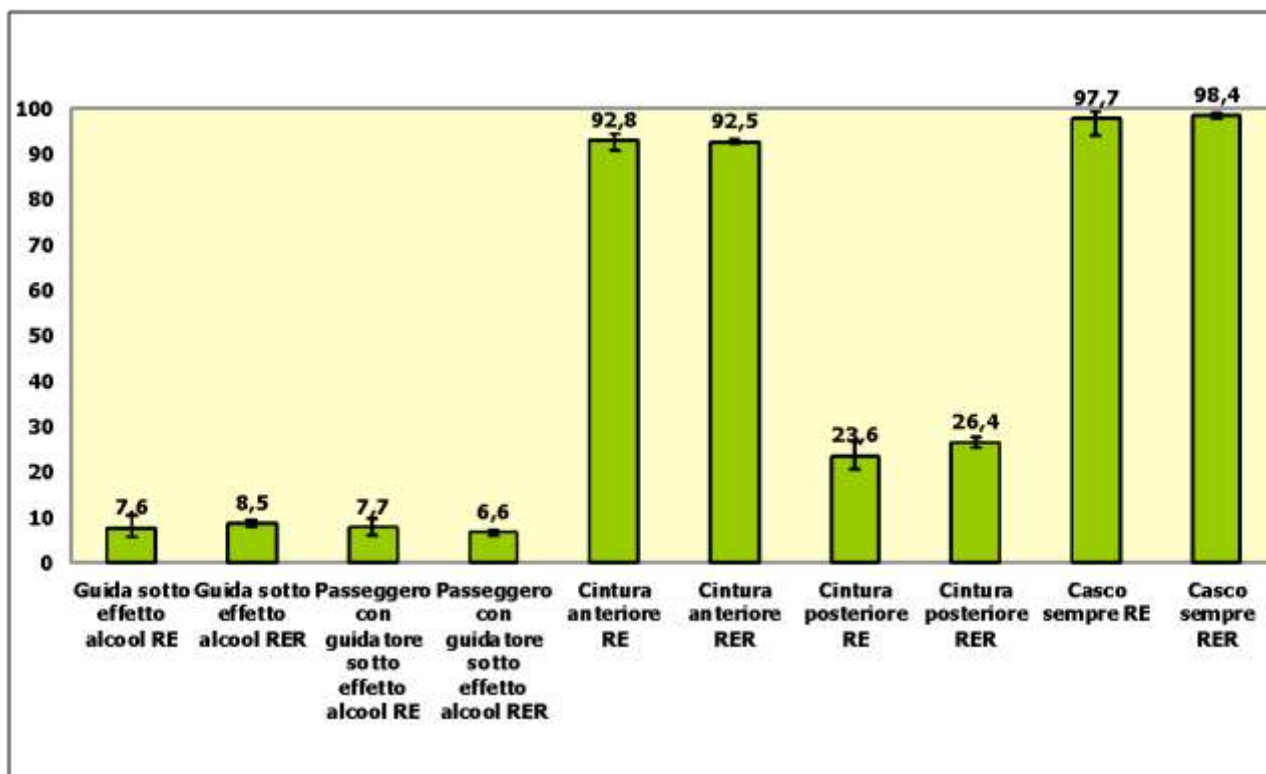
La quasi totalità (99%) delle persone 18-69enni intervistate usa sempre il casco quando va in motocicletta, scooter o motorino e più del 90% indossa sempre le cinture anteriori quando va in auto. Questi valori sono simili a quelli regionali e statisticamente superiori a quelli nazionali.

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 inferiore 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.

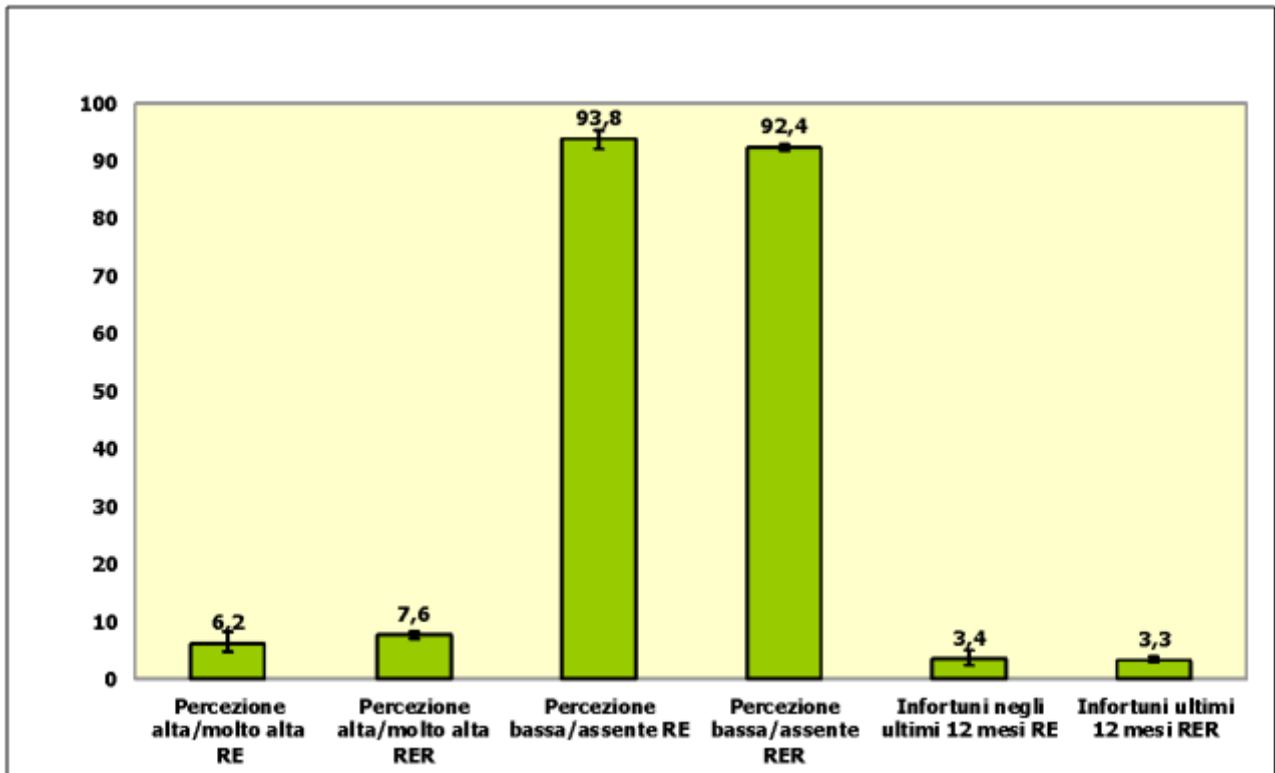


Graf. 33:comportamenti alla guida (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

#### h. 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).



Graf. 34:comportamenti alla guida (% e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

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).

## 2. La prevenzione

### I. Screening oncologici

Attraverso i programmi di screening la Sanità Pubblica si rivolge ad una ben definita popolazione, considerata a particolare rischio per età o per altre caratteristiche, alla quale è attivamente offerto un test di screening per consentire di cogliere una malattia pre-tumorale o tumorale nelle sue prime fasi di sviluppo, in modo da garantire un tempestivo intervento terapeutico che aumenterà le probabilità di guarigione. In Emilia-Romagna dalla prima metà degli anni '90 sono attivi 3 programmi di screening tumorale (mammella, collo dell'utero e colon-retto)

L'indicatore è rappresentato dalla proporzione di persone che ha effettuato un test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: cervice uterina (donne residenti 25-64 anni), mammella della donna (donne residenti 25-64 anni) e colon-retto (persone residenti 50-69 anni).

#### a. Collo dell'utero

L'adesione al programma mostra un andamento variabile, con riduzione negli ultimi anni, forse anche in relazione all'offerta del vaccino contro il papillomavirus. Reggio Emilia presenta in tutti gli anni una percentuale superiore rispetto alle altre Aziende USL.

Aziende USL	Screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero (età 25-64 anni)																					
	% avanzamento del programma*										% adesione all'invito**											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PIACENZA	107,9	90,2	99,3	95,3	98,3	90,1	102,0	109,9	107,9	106,0	89,5	42,0	49,8	59,5	59,0	58,6	57,4	61,1	60,4	63,0	65,0	57,6
PARMA	100,7	84,8	93,3	75,6	108,3	103,0	86,7	110,5	95,2	91,5	106,1	53,5	68,2	62,1	81,8	63,9	62,1	80,7	58,2	71,4	71,5	58,9
REGGIO EMILIA	95,5	115,8	118,5	112,7	124,2	118,5	112,0	123,7	119,2	96,1	97,8	60,8	65,5	71,4	70,6	69,0	71,0	70,3	72,1	71,8	69,6	69,2
MODENA	98,3	100,8	117,7	96,4	95,6	124,1	102,0	85,3	119,0	111,8	82,2	56,9	67,2	63,2	69,0	69,7	65,2	68,4	72,1	69,2	68,4	68,5
BOLOGNA	77,8	104,4	97,6	96,3	106,7	126,7	126,8	95,8	114,8	103,0	91,1	45,3	44,6	52,1	51,7	43,6	43,7	39,8	47,8	42,3	40,4	45,8
IMOLA	80,6	100,5	110,2	84,9	107,9	117,1	88,5	90,0	89,4	99,6	104,9	66,4	60,8	67,5	62,0	61,0	60,8	62,0	58,0	61,6	59,9	57,2
FERRARA	94,3	96,3	93,4	96,3	99,4	110,2	120,1	89,7	108,0	109,0	94,4	50,5	63,4	66,7	65,8	64,2	62,8	56,7	72,6	56,8	65,5	72,4
RAVENNA	96,8	115,0	117,3	104,8	122,7	125,8	97,1	120,3	118,4	90,0	98,5	54,7	55,5	47,8	68,0	65,0	57,3	64,3	60,4	59,3	65,3	58,6
FORLÌ	96,0	74,8	79,6	91,0	109,8	161,1	89,3	111,4	144,6	94,1	86,3	47,0	47,9	62,8	67,1	62,1	42,2	60,8	61,0	46,5	56,5	58,7
CESENA	85,5	115,7	136,4	114,2	115,5	144,7	120,0	99,7	101,3	96,1	89,7	47,5	47,4	58,5	57,9	50,2	60,1	55,7	63,1	62,8	59,9	59,9
RIMINI	120,9	96,5	98,3	151,6	89,2	88,1	176,6	74,2	64,7	130,7	104,5	35,3	47,3	71,0	38,2	53,3	58,0	38,8	61,8	65,9	44,4	54,5
REGIONE	94,6	101,1	105,4	101,2	106,4	114,1	113,2	100,3	109,3	103,2	93,9	50,8	57,2	60,9	61,9	60,0	58,4	56,9	62,3	60,0	59,0	59,5

Tab. 29: percentuale di avanzamento del programma per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e di adesione all'invito per anno e Azienda USL.

\* % persone invitate - inviti inesitati/persone da invitare nell'anno - escluse prima dell'invito;

\*\* % persone esaminate /persone invitate - inviti inesitati - escluse dopo l'invito;

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Fonte - Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (Dati Survey Osservatorio Nazionale Screening)

#### b. Mammella

Anche per la mammografia il tasso di adesione è variabile negli anni, ma in ogni caso con buone percentuali.

Aziende USL	Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella (età 50-69 anni)																					
	% avanzamento del programma*										% adesione all'invito**											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PIACENZA	101,6	104,9	95,3	109,8	93,0	100,3	81,6	96,9	96,4	95,7	90,9	60,9	73,3	74,1	67,2	73,5	71,9	81,8	67,5	76,7	73,0	73,4
PARMA	88,2	69,7	76,5	83,3	82,2	102,0	97,9	82,2	94,9	91,8	87,7	68,0	71,9	68,5	63,7	62,2	58,8	65,9	68,8	65,6	69,4	73,4
REGGIO EMILIA	102,0	101,4	112,3	109,0	113,4	113,3	116,7	115,4	110,8	110,2	101,5	81,1	81,7	79,4	79,8	80,6	79,8	80,5	80,1	79,5	79,4	77,8
MODENA	65,5	106,9	89,5	94,9	109,8	107,6	97,3	94,1	110,0	100,6	71,6	69,4	66,6	69,7	73,2	69,1	68,9	73,0	81,1	79,8	78,1	85,4
BOLOGNA	90,9	96,9	102,1	124,5	61,7	158,2	135,1	91,2	94,9	106,1	108,3	64,2	70,3	67,1	66,6	82,7	50,7	71,7	80,1	76,9	74,2	77,5
IMOLA	91,4	111,2	99,7	96,4	54,6	149,5	104,1	135,3	97,0	134,3	116,8	71,0	72,4	75,8	69,5	68,4	73,6	61,0	67,9	65,0	65,1	65,6
FERRARA	94,3	100,6	108,0	96,5	101,6	100,6	112,3	103,2	118,7	99,9	117,5	77,1	73,1	75,4	77,9	76,7	74,1	74,5	72,0	74,7	73,9	74,5
RAVENNA	98,4	91,7	103,3	94,1	80,4	117,6	98,6	106,0	105,6	105,6	105,9	76,2	78,9	80,6	75,5	79,9	73,2	83,1	78,8	82,4	80,3	82,1
FORLÌ	68,2	89,8	93,4	89,9	103,3	113,4	106,3	98,7	99,0	133,3	95,6	80,5	79,8	73,4	89,1	81,6	74,2	83,6	76,6	72,0	71,3	81,3
CESENA	82,8	119,0	91,7	110,0	96,8	117,4	89,8	111,7	99,9	101,2	106,5	82,6	82,8	79,5	77,5	72,5	75,1	80,0	76,9	76,4	80,1	73,6
RIMINI	118,3	100,2	122,2	91,7	105,0	94,0	112,9	100,2	105,7	97,5	108,4	58,6	72,5	60,7	76,6	54,3	75,3	60,4	75,5	66,4	75,9	65,7
REGIONE	90,2	97,8	99,2	102,8	90,4	116,3	106,4	106,4	102,8	103,7	98,5	70,6	73,5	72,4	72,9	72,9	68,0	73,7	76,3	75,4	75,3	76,4

Tab. 30: percentuale di avanzamento del programma per la prevenzione dei tumori della mammella e di adesione all'invito per anno e Azienda USL.

\* % persone invitate - inviti inesitati/persone da invitare nell'anno - escluse prima dell'invito;

\*\* % persone esaminate /persone invitate - inviti inesitati - escluse dopo l'invito;

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Fonte - Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (Dati Survey Osservatorio Nazionale Screening)

Dal 2010 lo screening è stato esteso alle donne di età 45-49 e 70-74 anni, con buoni risultati in termini di adesione in entrambe le fasce di età.

Aziende USL	Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella nuove fasce di età dal 2010																											
	% avanzamento del programma*												% adesione all'invito**															
	fascia 45 - 49 anni						fascia 70 - 74 anni						fascia 45 - 49 anni						fascia 70 - 74 anni									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PIACENZA	100,1	89,4	84,8	91,7	84,9	93,9	89,4	97,0	86,2	101,9	87,3	91,7	81,4	92,0	81,6	79,3	87,9	76,1	76,7	76,7	76,3	56,0	88,9	87,8	54,6	79,3	64,2	73,2
PARMA	93,8	96,6	76,7	119,2	121,0	93,3	86,3	79,5	107,1	109,4	100,0	106,4	78,6	93,4	48,5	57,1	70,4	65,6	65,3	71,0	70,2	50,6	59,9	62,8	69,1	70,1	76,1	79,9
REGGIO EMILIA	102,8	103,6	105,4	88,6	105,3	108,2	102,5	941,6	148,6	92,5	133,4	87,2	106,9	103,3	70,7	74,4	78,0	80,6	79,6	80,8	80,2	71,1	67,0	78,5	71,3	74,8	78,2	74,6
MODENA	5,5	11,7	29,3	69,1	85,5	92,7	66,2	70,4	70,6	79,9	106,2	82,6	95,6	66,7	80,1	75,5	78,3	75,2	74,3	79,9	85,0	65,3	58,9	74,4	79,0	80,7	79,3	87,2
BOLOGNA	60,6	75,6	114,2	95,9	91,7	81,9	90,2	83,1	140,7	124,9	97,0	100,4	99,5	122,8	56,4	70,2	96,4	75,5	66,2	65,5	65,0	83,3	52,8	75,2	69,0	72,0	79,7	73,1
IMOLA	67,9	70,1	100,0	99,9	88,9	100,0	100,0	126,3	123,6	110,8	146,7	75,5	145,4	97,9	51,2	81,2	68,3	66,8	73,7	73,3	72,5	62,7	74,3	55,2	66,8	59,8	67,1	62,8
FERRARA	99,3	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	117,0	103,8	102,7	126,4	83,8	135,8	83,1	61,4	66,3	75,0	73,8	77,3	75,8	74,8	68,4	68,8	69,8	71,1	69,5	74,9	71,1	71,1
RAVENNA	14,1	84,9	92,7	85,7	89,4	92,2	89,9	97,2	126,9	89,8	108,0	99,8	100,2	111,7	99,2	74,8	82,1	80,4	81,1	81,4	81,0	73,9	72,0	83,8	75,2	82,8	77,2	85,0
FORLÌ	27,8	44,1	100,8	81,1	95,5	102,4	98,0	30,4	96,5	175,9	87,6	148,1	99,0	117,3	100,0	86,5	82,1	66,1	61,1	71,2	70,6	100,0	66,2	83,9	65,9	67,2	69,2	79,3
CESENA	100,7	92,2	81,6	84,8	92,5	96,4	96,7	172,2	93,7	111,7	137,6	81,9	137,4	90,7	68,8	70,9	77,0	79,8	80,4	78,2	76,3	66,1	73,7	66,4	70,9	70,4	73,1	73,8
RIMINI	98,4	99,5	99,8	98,4	97,3	99,4	97,9	96,2	83,2	143,4	80,2	120,5	77,4	122,8	61,7	69,6	68,8	69,4	74,0	69,0	69,8	50,9	83,2	54,2	73,9	59,5	76,9	61,8
REGIONE	66,5	76,8	95,3	91,1	95,8	93,2	89,6	105,5	102,3	106,9	107,2	95,4	100,4	99,2	62,7	70,7	71,1	74,5	73,4	74,6	74,6	68,6	65,3	71,3	71,2	72,6	76,0	76,3

Tab. 31: percentuale di avanzamento del programma per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e di adesione all'invito per anno e Azienda USL nelle nuove fasce di età.

\* % persone invitate - inviti inesitati/persone da invitare nell'anno - escluse prima dell'invito;

\*\* % persone esaminate /persone invitate - inviti inesitati - escluse dopo l'invito;

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Fonte - Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (Dati Survey Osservatorio Nazionale Screening)

### c. Colon-retto

È lo screening che presenta l'adesione più bassa, probabilmente per le procedure di raccolta, conservazione e consegna dei campioni da esaminare.

Reggio Emilia ha le percentuali più elevate di adesione.

Aziende USL	Screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto (età 50-69 anni)																							
	% avanzamento del programma*												% adesione all'invito**											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PIACENZA	45,2	153,8	100,9	105,8	73,3	99,0	93,9	102,3	84,5	98,8	83,9	98,8	38,5	45,5	54,7	51,8	57,1	51,3	48,5	52,7	48,7	51,0	47,3	47,6
PARMA	54,7	132,2	48,4	149,6	58,9	131,7	82,1	137,1	68,0	115,1	77,1	121,9	43,7	52,6	52,0	50,4	56,0	53,4	55,4	52,1	53,1	56,9	51,6	51,3
REGGIO EMILIA	112,2	114,5	103,5	102,8	105,6	107,3	119,3	101,8	120,3	102,7	117,1	112,3	63,6	66,6	63,3	64,7	64,3	63,9	64,5	62,6	61,5	62,3	61,4	61,8
MODENA	16,3	86,5	85,3	71,8	82,2	83,0	109,9	102,6	93,7	135,6	104,8	98,5	49,1	47,5	50,9	49,6	45,9	56,1	46,2	55,2	50,4	49,1	49,9	45,6
BOLOGNA	25,8	159,4	118,3	101,5	102,3	97,6	102,1	99,2	106,1	105,9	111,8	100,0	30,4	37,3	33,8	49,4	48,9	47,5	47,5	45,5	50,4	42,2	49,0	39,0
IMOLA	113,3	119,2	67,0	101,9	78,6	98,7	73,7	119,1	77,9	98,8	96,9	96,0	42,0	52,3	43,4	58,8	59,8	53,8	56,1	52,9	54,1	46,0	53,5	47,2
FERRARA	80,0	100,8	105,0	102,7	83,2	115,1	90,8	104,8	97,5	107,6	96,4	106,4	35,5	54,7	47,6	58,9	44,7	56,3	45,3	54,7	47,8	52,0	45,7	50,8
RAVENNA	112,4	135,7	96,3	105,2	104,9	103,8	124,9	115,7	124,1	123,0	119,3	124,2	58,8	58,1	59,6	58,0	63,8	54,3	60,8	54,4	59,2	54,3	55,9	55,7
FORLÌ	54,1	81,1	79,9	20,3	97,1	98,9	91,3	118,0	46,4	123,6	78,4	118,3	41,3	41,4	37,0	24,0	44,8	42,5	41,2	44,3	39,4	43,4	48,2	49,1
CESENA	65,6	138,9	83,3	113,8	101,3	82,6	110,5	91,2	84,5	94,1	89,7	96,1	46,1	41,5	45,0	50,9	45,9	46,9	43,8	55,1	47,2	50,9	48,3	47,9
RIMINI	107,5	127,0	95,8	112,0	101,4	119,7	97,1	99,4	99,4	104,8	96,5	106,5	37,0	47,1	40,3	58,0	43,0	52,7	33,1	80,8	37,7	54,4	30,2	54,5
REGIONE	61,4	124,1	92,8	101,0	90,4	102,6	99,9	106,6	96,2	111,1	100,8	106,5	46,2	48,4	47,6	53,7	51,9	53,1	49,4	53,2	51,2	50,8	50,3	49,2

Tab. 32: percentuale di avanzamento del programma per la prevenzione dei tumori del colon-retto e di adesione all'invito per anno e Azienda USL.

\* % persone invitate - inviti inesitati/persone da invitare nell'anno - escluse prima dell'invito;

\*\* % persone esaminate /persone invitate - inviti inesitati - escluse dopo l'invito;

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Fonte - Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica (Dati Survey Osservatorio Nazionale Screening)

## II. Copertura vaccinale

Le vaccinazioni sono tra gli strumenti di sanità pubblica più efficaci: hanno consentito di debellare malattie letali come il vaiolo e di ridurre notevolmente la diffusione di patologie infettive molto comuni (per esempio il morbillo) e proteggono le popolazioni più fragili. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la comparsa o il controllo di alcune importanti malattie.

### a. Vaccinazioni obbligatorie nei bambini

Il calcolo della copertura vaccinale è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

L'Emilia-Romagna ha una delle coperture vaccinali più elevate in Italia. Questa è più alta nell'area vasta Emilia Nord, in particolare a Reggio Emilia, mentre storicamente i livelli di copertura sono più bassi in Romagna.

In tutte le province, nel periodo considerato, si è assistito a una riduzione delle percentuali di soggetti vaccinati, con qualche sporadica risalita nell'ultimo anno.

I dati preliminari del 2017, distribuiti per le province in questi giorni, sembrano registrare una crescita con percentuale regionale che è tornata a superare il 95%.

Nei distretti sanitari provinciali la copertura più alta si registra a Castelnovo né Monti mentre quella più bassa è quella di Correggio.

In ogni caso le coperture appaiono buone e l'andamento nel tempo è simile a quello regionale, con dati in calo e lieve ripresa nel 2016.

<b>Polio a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	97,1	96,9	96,4	95,9	96,2	93,2
Parma	98,1	97,0	97,9	95,1	96,0	94,5
Reggio Emilia	96,6	96,4	96,1	95,5	94,1	94,8
Modena	96,4	96,1	95,9	94,9	94,4	93,1
Bologna	96,7	96,1	96,7	95,9	94,4	93,6
Imola	98,4	98,3	97,0	95,9	96,2	94,8
Ferrara	97,6	97,2	97,5	96,3	94,1	93,0
Romagna	95,0	95,6	94,6	92,7	91,8	91,6
Emilia-Romagna	96,5	96,3	96,1	94,8	94,0	93,3

Tab. 33: copertura vaccinale antipoliomielite per Azienda USL e anno.

<b>Polio a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	97,7	97,8	97,2	97,1	95,3	94,9
Reggio Emilia	96,5	95,8	95,2	94,9	94,1	95,1
Guastalla	93,8	94,6	95,4	94,5	94,1	93,6
Correggio	97,0	96,7	96,6	96,3	94,2	91,4
Scandiano	97,4	97,7	97,5	95,8	93,0	97,0
Castelnovo Monti	98,3	97,7	97,6	95,9	95,1	97,2
Provincia	96,6	96,4	96,1	95,5	94,1	94,8

Tab. 34: copertura vaccinale antipoliomielite per distretto sanitario e anno.

<b>Difterite a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	97,0	96,9	96,4	95,8	96,0	93,0
Parma	98,0	97,0	97,8	95,0	95,9	94,5
Reggio Emilia	96,6	96,3	95,7	95,4	93,9	94,7
Modena	96,4	96,1	95,9	94,9	94,3	93,0
Bologna	96,6	96,2	96,5	95,7	94,0	93,3
Imola	98,4	98,3	97,0	95,7	96,1	94,6
Ferrara	97,5	97,2	97,5	96,3	93,6	92,5
Romagna	95,0	95,6	94,5	92,6	91,4	91,5
Emilia-Romagna	96,4	96,3	96,0	94,7	93,7	93,1

Tab. 35: copertura vaccinale antidifterite per Azienda USL e anno.

<b>Difterite a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	97,7	97,8	96,9	96,9	95,0	94,5
Reggio Emilia	96,5	6,0	94,7	94,8	93,9	94,7
Guastalla	93,8	94,6	95,4	94,8	94,0	94,2
Correggio	97,1	96,5	95,5	96,0	93,6	91,4
Scandiano	97,5	97,8	97,5	95,7	92,9	97,0
Castelnovo Monti	98,3	97,7	97,6	95,5	95,1	96,7
Provincia	96,6	96,3	95,7	95,4	93,9	94,7

Tab. 36: copertura vaccinale antidifterite per distretto sanitario e anno.

<b>Tetano a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	97,1	97,0	96,6	95,9	96,4	93,3
Parma	98,0	97,0	98,0	95,3	96,2	94,5
Reggio Emilia	96,6	96,4	95,9	95,6	94,1	95,0
Modena	96,6	96,3	96,0	95,4	94,8	93,5
Bologna	96,8	96,3	96,7	96,0	94,7	93,8
Imola	98,5	98,3	97,2	96,2	96,3	95,1
Ferrara	97,5	97,5	97,6	96,2	96,3	95,1
Romagna	95,3	95,9	94,8	93,0	92,2	92,0
Emilia-Romagna	96,6	96,5	96,2	95,1	94,3	93,5

Tab. 37: copertura vaccinale antitetanica per Azienda USL e anno.

<b>Tetano a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	97,7	97,8	97,3	96,9	95,3	94,9
Reggio Emilia	96,5	95,8	95,0	95,1	94,2	95,0
Guastalla	93,8	94,6	95,4	94,9	94,0	94,2
Correggio	97,3	96,5	95,5	96,3	93,9	91,9
Scandiano	97,5	97,9	97,6	95,9	93,3	97,2
Castelnuovo Monti	98,3	97,7	97,6	95,9	95,1	97,7
Provincia	96,6	96,4	95,9	95,6	94,1	95,0

Tab. 38: copertura vaccinale antitetanica per distretto sanitario e anno.

<b>Epatite B a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	97,0	96,7	96,2	95,8	95,6	92,6
Parma	97,9	96,8	97,7	95,1	95,7	94,3
Reggio Emilia	96,4	96,1	95,6	95,2	93,6	94,3
Modena	96,3	96,0	95,7	94,7	94,2	92,8
Bologna	96,2	95,7	96,1	95,2	93,5	92,6
Imola	98,4	98,2	97,0	95,3	95,8	94,5
Ferrara	97,5	97,2	97,4	96,2	93,9	92,7
Romagna	94,8	95,4	94,3	92,4	91,2	91,1
Emilia-Romagna	96,3	96,1	95,8	94,5	93,5	92,7

Tab. 39: copertura vaccinale anti epatite B per Azienda USL e anno.

<b>Epatite B a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	97,4	97,7	96,4	97,1	95,3	95,1
Reggio Emilia	96,3	95,4	94,2	94,6	93,5	94,4
Guastalla	93,8	94,6	95,4	94,8	93,3	93,8
Correggio	97,0	96,5	96,1	95,2	93,8	90,6
Scandiano	97,3	97,4	97,5	95,6	92,5	96,1
Castelnovo Monti	98,3	97,7	97,6	95,5	95,1	97,2
Provincia	96,4	96,1	95,6	95,2	93,6	94,3

Tab. 40: copertura vaccinale anti epatite B per distretto sanitario e anno.

<b>Pertosse a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	96,9	96,8	96,3	95,7	95,9	93,0
Parma	97,7	96,8	97,6	94,9	95,8	94,4
Reggio Emilia	96,4	96,0	95,5	95,2	93,8	94,7
Modena	96,2	95,9	95,6	94,6	94,1	93,0
Bologna	96,4	95,8	96,3	95,4	93,9	93,3
Imola	98,3	98,1	96,9	95,5	96,0	94,6
Ferrara	97,5	97,1	97,4	96,1	93,7	92,5
Romagna	94,6	95,1	94,2	92,1	91,3	91,5
Emilia-Romagna	96,2	96,0	95,8	94,4	93,6	93,1

Tab. 41: copertura vaccinale antipertosse per Azienda USL e anno.

<b>Pertosse a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	97,5	97,8	96,9	96,9	95,0	94,5
Reggio Emilia	96,3	95,4	94,4	94,7	93,8	94,7
Guastalla	93,5	94,4	95,2	94,7	93,8	94,2
Correggio	96,7	96,4	95,1	95,5	93,6	91,4
Scandiano	97,4	96,4	97,4	95,6	92,9	97,0
Castelnovo Monti	97,9	97,6	97,2	95,5	94,6	96,7
Provincia	96,4	96,0	95,5	95,2	93,8	94,7

Tab. 42: copertura vaccinale antipertosse per distretto sanitario e anno.

<b>Haemophilus influenzae a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	96,5	95,9	95,7	94,8	95,1	91,4
Parma	94,7	96,6	97,1	94,5	95,3	94,0
Reggio Emilia	95,6	95,1	94,8	94,4	92,6	93,2
Modena	96,0	96,1	95,4	94,5	93,8	92,6
Bologna	95,7	95,3	95,7	94,6	93,2	92,5
Imola	97,5	95,0	96,4	94,8	95,1	94,1
Ferrara	97,1	95,4	97,1	95,9	93,6	92,1
Romagna	94,1	94,8	93,8	92,0	90,3	90,5
Emilia-Romagna	95,4	95,4	95,3	94,0	92,9	92,2

Tab. 43: copertura vaccinale anti Haemophilus influenzae per Azienda USL e anno.

<b>Haemophilus influenzae tipo B a cicli completi (3 dosi)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	97,3	97,2	96,7	96,6	94,6	94,2
Reggio Emilia	95,2	94,5	92,9	93,5	91,7	92,6
Guastalla	93,4	91,8	95,4	93,7	92,7	92,8
Correggio	95,6	96,4	94,7	95,2	93,6	90,1
Scandiano	96,8	96,9	97,4	95,1	92,4	95,9
Castelnovo Monti	97,9	96,4	96,4	95,0	94,6	96,7
Provincia	95,6	95,1	94,8	94,4	92,6	93,2

Tab. 44: copertura vaccinale anti Haemophilus influenzae per distretto sanitario e anno.

<b>Vaccino MPR (morbillo, parotite e rosolia) (1 dose)</b>						
<b>Aziende USL</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Piacenza	94,1	94,3	93,0	91,8	90,9	88,8
Parma	93,9	93,2	93,1	87,5	89,0	89,1
Reggio Emilia	93,3	92,8	90,8	88,5	87,8	89,7
Modena	93,9	93,7	92,1	90,2	90,2	89,1
Bologna	92,4	91,4	91,8	89,1	86,3	86,7
Imola	96,6	95,0	94,0	89,7	90,1	89,3
Ferrara	95,6	94,7	94,4	92,0	89,2	88,8
Romagna	90,1	90,4	87,7	83,7	82,1	83,3
Emilia-Romagna	92,8	92,4	91,1	88,1	87,0	87,2

Tab. 45: copertura vaccinale con vaccino trivalente per Azienda USL e anno.

<b>Vaccino MPR (morbillo, parotite e rosolia) (1 dose)</b>						
<b>Distretti sanitari</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Montecchio Emilia	95,8	94,2	92,6	90,0	88,5	90,1
Reggio Emilia	93,3	91,9	89,3	89,2	88,5	90,3
Guastalla	92,7	93,3	93,8	89,0	90,1	92,7
Correggio	94,9	94,7	90,5	86,2	84,1	82,2
Scandiano	93,9	92,5	90,6	86,7	86,1	90,6
Castelnovo Monti	83,0	91,7	92,8	89,3	89,3	89,7
Provincia	93,3	92,8	90,8	88,5	87,8	89,7

Tab. 46: copertura vaccinale con vaccino trivalente per distretto sanitario e anno.

### b. Antiinfluenzale negli anziani.

La copertura è rappresentata dal rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età  $\geq 65$  anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, considerata il target prioritario per la vaccinazione, oltre che per altre tipologie di soggetti a rischio come persone con malattie croniche, familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio, ecc. L'obiettivo di copertura nazionale è del 75% della popolazione target.

L'offerta è gratuita negli anziani e nei soggetti a rischio per patologia o per professione.

Antiinfluenzale negli anziani						
Aziende USL	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piacenza	66,2	57,3	57,4	51,5	54,3	55,8
Parma	55,7	48,2	47,8	42,5	43,2	44,4
Reggio Emilia	66,9	57,0	60,7	54,4	55,3	56,6
Modena	67,9	58,2	59,9	53,1	53,9	55,2
Bologna	64,1	57,3	56,7	50,6	52,4	53,8
Imola	66,1	58,9	59,6	52,2	55,2	53,4
Ferrara	69,5	59,5	61,2	54,0	55,1	56,5
Romagna	63,8	55,3	56,4	49,1	49,8	51,2
Emilia-Romagna	64,7	56,3	57,2	50,6	51,9	53,1

Tab. 47: copertura vaccinale antiinfluenzale negli anziani per Azienda USL e anno.

In questo caso il calo della copertura, sempre ben al di sotto dell'obiettivo target, è stato ancora più netto, tra il 10 e il 15% tra il 2011 e il 2015, e qualche segnale di ripresa nel 2016.

Non sono disponibili i dati distrettuali.

### III. Sicurezza sul lavoro

L'indicatore di risultato utilizzato permette di rilevare, sul totale delle inchieste infortuni effettuate, la percentuale di quelle concluse con riscontro di violazione correlata all'evento.

Di seguito si riportano i dati sulle inchieste relative ad infortuni e alle malattie professionali concluse nel corso dell'ultimo triennio.

I dati fanno riferimento a tutte le inchieste condotte e concluse nell'anno, sia di iniziativa che su delega della magistratura e a prescindere dall'invio della documentazione in Procura.

Viene riportato il numero di inchieste concluse con evidenza di correlazione tra l'evento e violazioni di obblighi normativi.

La percentuale di inchieste con riscontro di correlazione viene usata a livello nazionale come indicatore di "qualità" dell'indagine.

La regione Emilia-Romagna si conferma tra le Regioni con una percentuale di correlazione più elevata, sia rispetto alle inchieste infortuni che relativamente alle malattie professionali.

Inchieste infortuni concluse ed esiti per territorio									
	2014			2015			2016		
	Concluse	Con riscontro di correlazione	% correlazione	Concluse	Con riscontro di correlazione	% correlazione	Concluse	Con riscontro di correlazione	% correlazione
Reggio Emilia	55	19	34,5	60	21	35,0	60	28	46,7
Emilia-Romagna	750	273	36,4	712	204	28,7	673	218	32,4

Inchieste infortuni concluse ed esiti con specifica delle richieste giunte dall'Autorità Giudiziaria nel 2016							
	Concluse	Richieste dal'AA.GG	% concluse	Concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	Richieste dall'AA.GG.	Concluse con riscontro di violazione correlata all'evento	
Reggio Emilia	60	19	31,7	28	8	42,1	
Emilia-Romagna	673	188	27,9	218	58	30,9	

Tab. 48: inchieste infortuni concluse in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna.

#### IV. Ambiente

La rete fissa di monitoraggio della qualità dell'aria in provincia è composta da 5 stazioni di rilevamento. A Reggio Emilia sono presenti una stazione urbana da traffico (Viale Timavo) e una di fondo urbano (Via Amendola). In provincia sono attive una stazione suburbana di fondo (Castellarano), **una di fondo rurale (San Rocco di Guastalla)** e una di fondo remoto (Febbio di Villa Minozzo). Sono inoltre disponibili laboratori mobili utilizzati per monitorare zone circoscritte, ad esempio arterie stradali e aree industriali, o in risposta a richieste di cittadini o comitati.

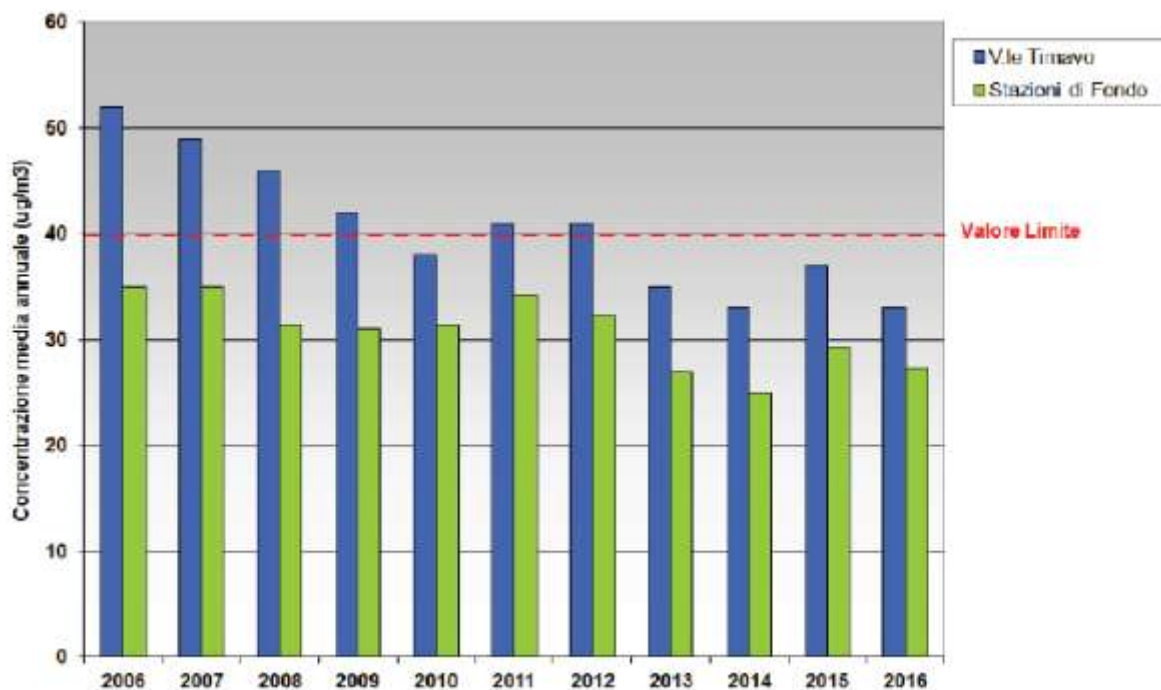
In tutte le stazioni fisse sono monitorati gli ossidi di azoto (NO<sub>x</sub>) e il particolato (PM<sub>10</sub>), mentre le polveri sottili PM<sub>2,5</sub>, la cui misurazione è iniziata nel 2008, vengono rilevate a Castellarano, Guastalla e in Via Amendola. Il monossido di carbonio (CO) e il benzene e altri solventi sono misurati in Viale Timavo, l'ozono (O<sub>3</sub>) in Via Amendola, Castellarano, San Rocco e Febbio.

Complessivamente l'analisi dei dati di qualità dell'aria, dopo il peggioramento registrato nel 2015, descrive un quadro di lieve miglioramento rispetto al 2014, interrompendo il trend di miglioramento degli anni precedenti.

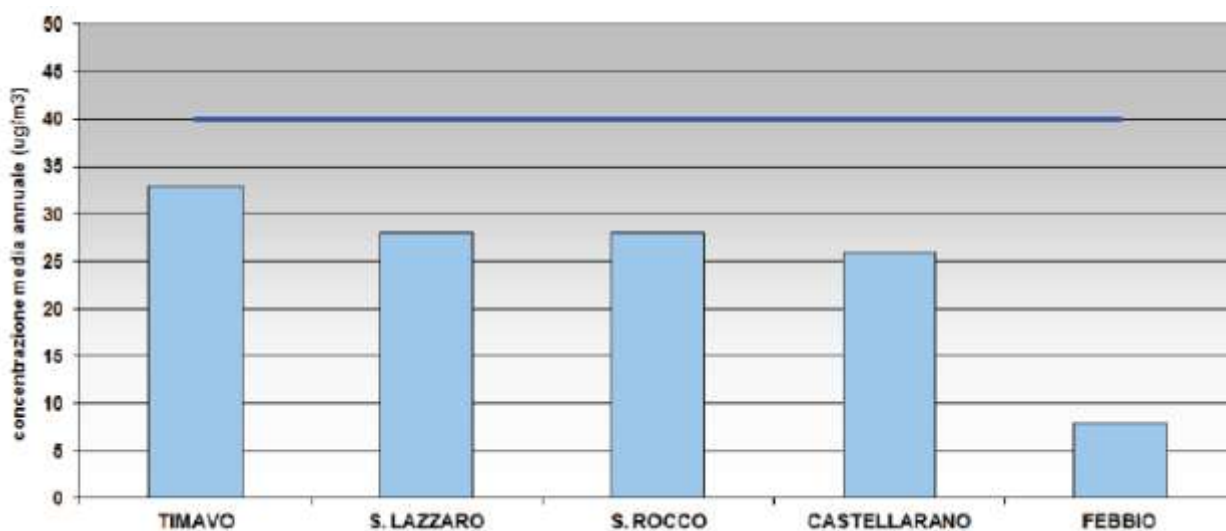
Il PM<sub>10</sub> e il PM<sub>2,5</sub> rispettano il valore limite della media annuale in tutte le stazioni, dunque permane la criticità solo per il numero di superamenti giornalieri. Per il biossido di azoto, si continua a rispettare il valore limite. Per l'ozono invece rimane elevata la criticità, relativamente alla stagione estiva, con un numero molto elevato di giorni di superamento del valore limite, di gran lunga superiore a quello consentito.

Il benzene, come pure gli altri idrocarburi aromatici monitorati, da anni non rappresenta più un inquinante che desti preoccupazione e le sue concentrazioni medie annuali risultano ben al di sotto della metà del limite normativo. Anche l'ossido di carbonio non rappresenta un problema e le concentrazioni attuali, maggiori nei mesi invernali, risultano prossime ai limiti della quantificazione strumentale. I microinquinanti, in genere, metalli pesanti, presentano concentrazioni molto basse.

I grafici successivi mostrano, rispettivamente, i valori medi di particolato rilevati nelle stazioni provinciali e l'andamento nel tempo delle concentrazioni rilevate. La media annuale è inferiore al limite annuale di 40 µg/m<sup>3</sup> nelle stazioni di fondo urbano e suburbane e anche nella stazione da traffico di Viale Timavo, dove si registra una diminuzione del 12% rispetto al 2015.



Graf. 35: andamento nel tempo delle medie annuali di PM<sub>10</sub> e valore limite per la protezione della salute.



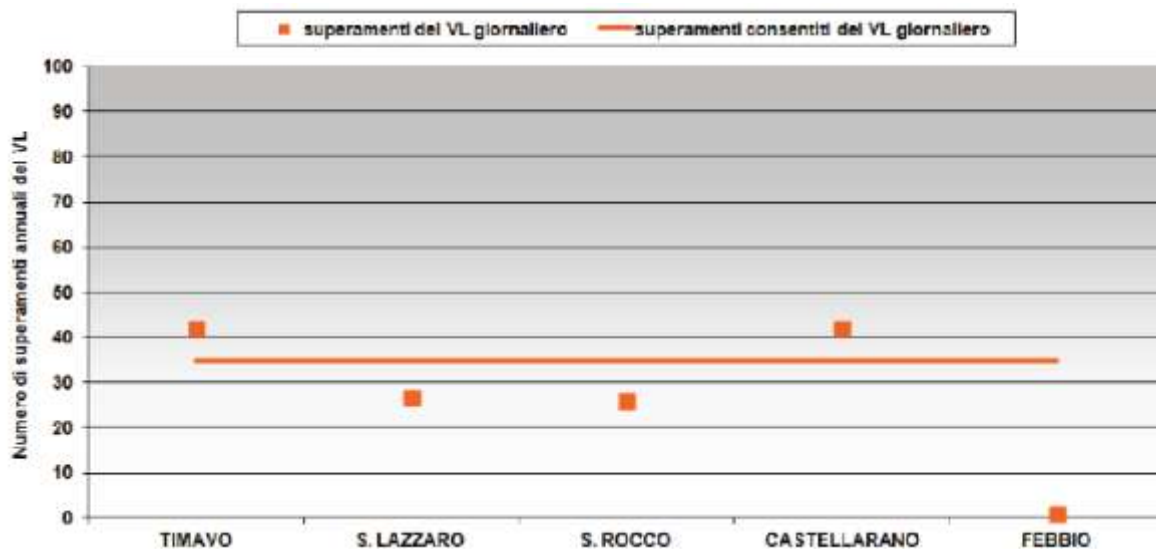
Graf. 36: medie annuali di PM<sub>10</sub> e valore limite per la protezione della salute nelle 5 stazioni di monitoraggio della provincia.

Il PM<sub>2.5</sub> dal 2008, anno di inizio delle misurazioni, non ha mai superato i valori limite annuali.



Graf. 37: andamento nel tempo delle concentrazioni medie annuali di PM<sub>2.5</sub>.

Molto più problematico appare il rispetto del numero massimo annuale di superamenti del valore limite di 24 ore per la protezione umana, attualmente fissato a  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , da non superare più di 35 volte in un anno. Tale limite nel 2016 non viene rispettato sia dalla stazione da traffico di Viale Timavo, che dalla stazione di Castellarano.

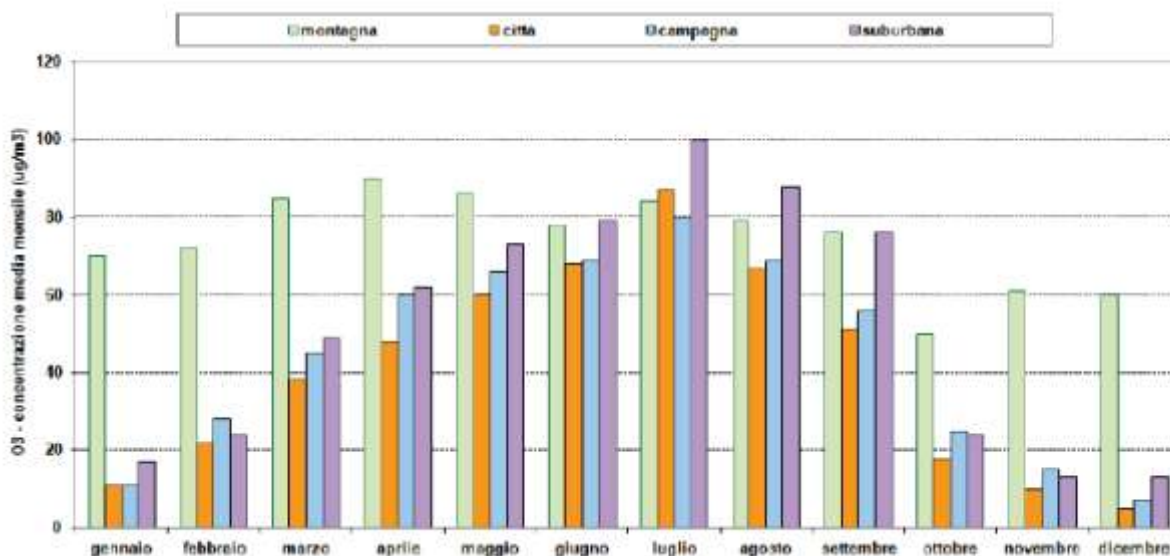


Graf. 38: numero di giorni di superamento del valore limite nelle 24 ore di  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di  $\text{PM}_{10}$  e numero massimo consentito (35) in provincia di Reggio Emilia nel 2016.

I superamenti si verificano in modo quasi esclusivo nel periodo invernale, con qualche sfioramento in quello autunnale, annullandosi nei mesi centrali dell'anno.

L'ozono troposferico è un inquinante tipicamente estivo in quanto, essendo un inquinante secondario di tipo fotochimico, non viene emesso direttamente in atmosfera ma si produce da precursori primari, principalmente gli ossidi di azoto, tramite l'azione della radiazione solare.

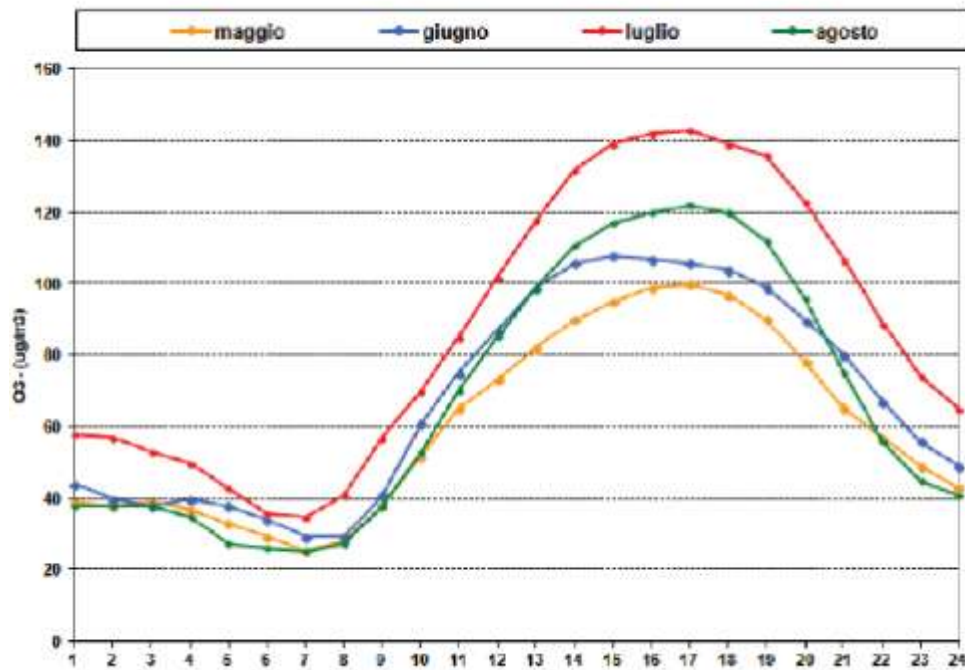
L'ozono è altamente ossidante e aggressivo, le concentrazioni più elevate si registrano nel pomeriggio e i livelli dell'inquinante sono più elevati nelle zone distanti dai centri abitati dove è minore la presenza di altri inquinanti con i quali la sostanza a causa del suo elevato potere ossidante reagisce.



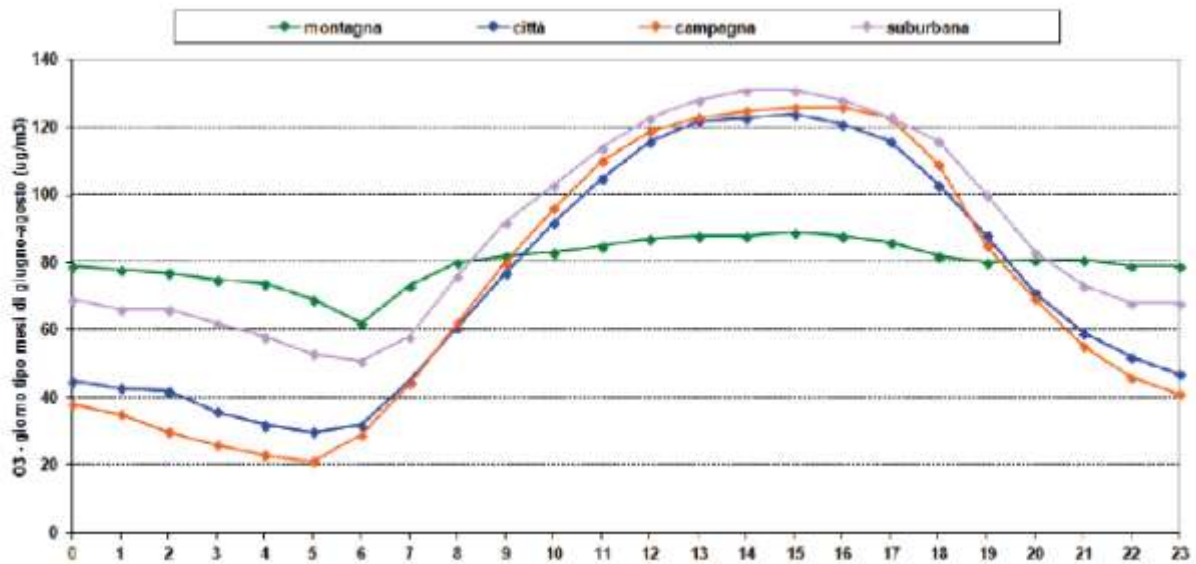
Graf. 39: medie mensili nelle stazioni che rilevano l'ozono.

Il 2016 è risultato più "fresco" rispetto all'anno precedente e i livelli sono stati inferiori.

Nei mesi estivi si registrano tuttavia numerosi superamenti del valore obiettivo per la protezione della salute di 120 mg/m<sup>3</sup>.



Graf. 40: giorno tipo calcolato nella stazione San Lazzaro.



Graf. 41: giorno tipo nelle stazioni di misurazione provinciali.

## **Sezione D: l'offerta dei servizi**

### **1. Sportelli sociali**

La Legge Regionale n.2 del 2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", assumendo i principi di cui alla legge n. 328/2000, disegna un innovato sistema di welfare emiliano-romagnolo. La legge prevede l'apertura di Sportelli Sociali con l'intento di garantire a tutti i cittadini, in particolare ai cittadini in situazione di svantaggio, l'accesso al sistema dei servizi locali integrati.

Il 1 aprile 2009 nasce il Servizio Sociale Integrato Zonale (SSIZ) dell'Unione dei Comuni Bassa Reggiana per la progettazione, realizzazione, gestione e verifica delle politiche del territorio in ambito sociale, socio-sanitario e socio-educativo. La novità introdotta dal SSIZ riguarda principalmente l'integrazione tra gli ambiti in cui si può suddividere la macroarea del sociale (minori, anziani, disabili, adulti). Precedentemente alcuni di questi ambiti erano in carico all'AUSL (minori e disabili) e altri ai Comuni (anziani e adulti). Attraverso l'Unione quindi i Comuni riprendono la piena regia e responsabilità della realizzazione di tutte le politiche in ambito sociale, socio sanitario e socio-educativo.

All'interno dei Servizi Sociali Comunali operano pertanto le seguenti figure professionali: un Responsabile di Servizio, un operatore amministrativo, un assistente sociale e un operatore di Sportello Sociale.

Gli Sportelli Sociali svolgono principalmente le funzioni di: accoglienza, lettura della domanda, orientamento, filtro e progettazione territoriale.

La finalità che si prefigge il SSIZ mediante l'apertura di uno Sportello Sociale in ogni Comune del territorio della Bassa Reggiana è innanzitutto quella di essere più vicina ai cittadini in situazione di difficoltà, promuovere la coesione sociale permettendo ai diversi soggetti che operano nel sociale di incontrarsi e comunicare e, allo stesso tempo personalizzare maggiormente gli interventi e a valutarne l'efficacia, valorizzando il ruolo degli operatori sociali.

Lo sportello si colloca in un sistema particolarmente complesso di servizi e prestazioni, che ha recentemente visto una riorganizzazione a livello territoriale (Unione dei Comuni e SSIZ), pertanto la sua implementazione e qualificazione come servizio di integrazione sociale richiederà un lungo lavoro di razionalizzazione, esplicitazione e coordinamento.

Lo Sportello è riconosciuto come elemento del sistema dei servizi che introduce modalità nuove sia nel rapporto tra cittadini e servizi sia nelle interazioni e nei raccordi tra operatori e servizi sul fronte dell'elaborazione delle domande e della costruzione di percorsi e servizi sul piano locale e zonale.

Al contempo lo Sportello Sociale si inserisce in modalità di rapporto cittadini-servizi e in modalità di raccordo interna ai servizi che hanno delle specificità, delle storie, delle forme riconoscimento all'interno di ogni Comune.

Proprio la dialettica tra queste forme consolidate e le nuove prospettive che questo servizio introduce ci permettono di vedere, e conseguentemente rendere operativo, lo Sportello Sociale come dimensione evolutiva e dinamica delle modalità in atto.

Pertanto è importante che lo Sportello sia connesso con le diverse situazioni territoriali, ma anche portatore e matrice di prospettive nuove e orientamenti comuni fortemente voluti dal SSIZ e dall'Unione dei Comuni Bassa Reggiana.

Le operatrici dello sportello sociale durante una prima fase del percorso formativo hanno fatto emergere che esistono 3 fasi nel percorso di incontro tra cittadino e servizi:

1. **ACCOGLIENZA**, (informazioni, ascolto attivo, decostruzione della domanda, orientamento). Tali funzioni vengono svolte a livello di Sportello Sociale (in front-office)
2. **CONOSCENZA** (ri-lettura, interpretazione della situazione eco-sistemica emergente). Tali funzioni trovano miglior esplicitazione a livello di equipe comunale.
3. **PROGETTAZIONE TERRITORIALE**. Livello del sistema dei servizi sociali (raccordo tra i vari soggetti pubblici e privati)

Siamo consapevoli che una totale uniformità del sistema degli sportelli sociali non sia perseguibile nel breve tempo in considerazione al fatto che nei diversi sistemi comunali andranno mantenute alcune dinamiche differenziate; è importante però trovare dei punti di identità del servizio e delle funzioni professionali che vi operano, ed è altresì importante che queste siano condivise.

...”Inventare un progetto ... dove l’inizio del cammino può essere ovunque, la direzione qualsiasi, i passi diseguali, le tappe arbitrarie, l’arrivo imprevedibile, ma dove pertanto tutto è coerente’...La coerenza è un elemento fondamentale nel lavoro sociale. Non è possibile cambiare e riorganizzare l’esistente da un momento all’altro solo perché la normativa lo chiede. Progettare è un’altra cosa. È sapere conservare una coerenza tra ciò che siamo e ciò che vogliamo essere attraverso una connessione coerente con il contesto e con la realtà in cui ci troviamo ad operare.”...(cit.Fabbri D., Munari A.)

### Le figure professionali coinvolte - Operatori di Sportello Sociale

Le figure professionali individuate come operatrici di sportello sono state scelte a seguito di una selezione pubblica. Il personale individuato vanta differenti percorsi formativi in ambito sociologico, psicologico e socio-assistenziale. E’ stato scelto personale altamente qualificato in grado di svolgere al meglio sia la funzione di accoglienza e di ascolto dei cittadini, identificabile nelle attività di front, sia la funzione di rilettura, rielaborazione della domanda e la successiva progettazione territoriale.

L’intento è proprio quello di dare valore e legittimità al contributo personale di ogni operatore e accreditare grande rilevanza al lavoro d’equipe.

Alle operatrici di Sportello viene richiesto di assumere una doppia identità professionale: comunale e territoriale, e di essere in grado di coniugare nel lavoro quotidiano questa duplice appartenenza e prospettiva. L’operatrice mette in atto la sua professionalità come parte di un sistema più ampio ed entra a far parte di un processo di co-costruzione e progettazione territoriale.

Al fine si rendere tali dinamiche maggiormente fluide e qualitative, svolge una funzione di primaria importanza il lavoro d’equipe e il coordinamento del gruppo delle operatrici di Sportello Sociale. Il coordinamento è compito di una figura professionale direttamente coinvolta nella pratica quotidiana di front-office con i cittadini e, pertanto, può portare un punto di vista interno e contribuire nel lavoro di rilettura interpretazione e progettazione. Può inoltre svolgere una funzione di supporto organizzativo e di ‘regia’ come interlocutore e referente sia dei servizi sociali comunali sia dei servizi distrettuali.

L’iter di qualificazione previsto per gli operatori verte su due livelli formativi: uno relativo all’acquisizione di competenze operative quali la conoscenza dei servizi alla persona sui quali dare informazione e della banca dati, l’uso dei supporti informatici, ecc; l’altro finalizzato allo sviluppo di attitudini personali tra cui le capacità comunicative, relazionali, di ascolto e di risposta interattiva, le modalità dell’accoglienza, e così via.

Anno	n. accessi	n. persone	Tasso accesso su 1000 persone Unione Bassa Reggiana	Tasso di accesso su 1000 persone media Regionale
2015	4.556	2.045	28,4	37
2016	MANCA	MANCA	MANCA	MANCA
2017	MANCA	MANCA	MANCA	MANCA

Tab. 49: accesso sportelli sociali Unione Bassa Reggiana

Sono le donne con un 51.8% le persone che si rivolgono di più allo sportello sociale e, circa il 58% delle persone sono di nazionalità italiana; l’età media è diversa dalla nazionalità, se stranieri l’età media è 38,6 anni, se italiani l’età media è 51,4 anni.

## 2. I bambini, i ragazzi e le famiglie

### I. I servizi educativi prima infanzia

In provincia 43 comuni hanno servizi per la prima infanzia. Solo 2 comuni del distretto di Castelnovo non forniscono il servizio. **La copertura è completa in 5 distretti e risulta del 99,8% a livello provinciale.**

	Totale Comuni	Comuni che hanno servizi per la prima infanzia		Comuni che Non hanno servizi per la prima infanzia		Popolazione 0-2 anni totale	Popolazione 0-2 anni Comuni sede di servizi		Popolazione 0-2 anni Comuni NON sede di servizi	
		num	% sul Totale	num	% sul Totale		num	Indice copertura territoriale	num	Indice copertura territoriale
<b>REGGIO EMILIA</b>	<b>45</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>15.206</b>	<b>15.176</b>	<b>99,8</b>	<b>30</b>	<b>0,2</b>
castelnovo ne' monti	10	8	80,0	2	20,0	676	646	95,6	30	4,6
correggio	6	6	100,0	-	-	1.835	1.835	100,0	-	-
guastalla	8	8	100,0	-	-	1.975	1.975	100,0	-	-
montecchio emilia	8	8	100,0	-	-	1.744	1.744	100,0	-	-
reggio emilia	7	7	100,0	-	-	6.569	6.569	100,0	-	-
scandiano	6	6	100,0	-	-	2.407	2.407	100,0	-	-

Tab. 50: comuni sede di servizi e indice di copertura territoriale per province e distretti nel 2014/2015.

In provincia la gestione è al 63% pubblica, con gestione diretta o privata, ben superiore a quella regionale che supera di poco il 50%.

province	Totali pubblico e privato	Pubblico diretto		Pubblico in gestione privata		Privato con posti in convenzione		Privato senza posti in convenzione	
		n.servizi	% sul Totale	n.servizi	% sul Totale	n.servizi	% sul Totale	n.servizi	% sul Totale
Piacenza	57	14	24,6	15	26,3	24	42,1	4	7,0
Parma	85	23	27,1	36	42,4	11	12,9	15	17,6
Reggio Emilia	125	48	38,4	31	24,8	13	10,4	33	26,4
Modena	158	66	41,8	49	31,0	28	17,7	15	9,5
Bologna	241	109	45,2	49	20,3	53	22,0	30	12,4
Ferrara	72	26	36,1	12	16,7	13	18,1	21	29,2
Ravenna	107	24	22,4	22	20,6	40	37,4	21	19,6
Forlì Cesena	99	26	26,3	17	17,2	33	33,3	23	23,2
Rimini	53	23	43,4	15	28,3	3	5,7	12	22,6
<b>REGIONE</b>	<b>997</b>	<b>359</b>	<b>36,0</b>	<b>246</b>	<b>24,7</b>	<b>218</b>	<b>21,9</b>	<b>174</b>	<b>17,5</b>

Tab. 51: nidi d'infanzia, riepilogo servizi per titolarità, gestione e province nel 2014/2015.

La tabella successiva riporta la distribuzione per tipologia, comune e posti nel 2014/2015 e la variazione rispetto al periodo precedente.

Comune	Nidi e micronidi		Sezioni primavera		Spazio bambini		Centri per bambini e genitori		Servizi Domiciliari e/o Sperimentali		Totale anno 2014-2015		Totale anno 2013-2014		Var.Ass posti
	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	servizi	posti	
<b>DISTRETTO DI CASTELNUOVO NE' MONTI</b>															
Busana											0	0	1	14	-24
Carpinetti	1	18									1	18	1	18	
Casina			1	21							1	21	1	21	
Castelnovo Ne' Monti	1	59	1	20			1	9			3	88	3	73	15
Collagna															
Ligonchio															
Ramiseto	1	14									1	14	1	14	
Toano	1	26									1	26	1	26	
Vetto	1	7									1	7	1	7	
Villa Minozzo	1	12									1	12	1	12	
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>6</b>	<b>136</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>186</b>	<b>10</b>	<b>185</b>	<b>1</b>
<b>DISTRETTO DI CORREGGIO</b>															
Campagnola Emilia	1	60	1	18							2	78	2	78	
Correggio	6	295					1	12			7	307	8	330	-23
Fabbrico	1	37	1	13	1	37					3	87	3	87	
Rio Saliceto	1	48									1	48	1	48	
Rolo	1	44	1	10							2	54	2	54	
San Martino In Rio	2	102									2	102	2	102	
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>12</b>	<b>586</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>1</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>17</b>	<b>676</b>	<b>18</b>	<b>699</b>	<b>-23</b>
<b>DISTRETTO DI GUASTALLA</b>															
Boretto	1	25	1	20							2	45	2	45	
Brescello	1	70									1	70	1	70	
Gualtieri	1	41									1	41	1	33	8
Guastalla	4	181	2	23							6	204	6	172	32
Luzzara	2	74									2	74	2	74	
Novellara	3	110									3	110	3	111	-1
Poviglio	2	123									2	123	2	123	
Reggiolo	1	66	2	26							3	92	3	92	
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>15</b>	<b>690</b>	<b>5</b>	<b>69</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>20</b>	<b>759</b>	<b>20</b>	<b>720</b>	<b>39</b>
<b>DISTRETTO DI MONTECCHIO EMILIA</b>															
Bibbiano	1	80	2	46					1	7	4	133	4	133	
Campegine	2	54									2	54	2	54	
Canossa	1	8	1	20							2	28	2	28	
Cavriago	1	78					1	5			2	83	2	84	-1
Gattatico			2	48					1	7	3	55	3	55	
Montecchio Emilia	2	77					1	7			3	84	3	85	-1
San Polo D'Enza	2	75									2	75	2	75	
San'Ilario d'Enza	1	78									1	78	1	73	5
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>10</b>	<b>450</b>	<b>5</b>	<b>114</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>590</b>	<b>19</b>	<b>587</b>	<b>3</b>
<b>DISTRETTO DI REGGIO EMILIA</b>															
Albinea	1	97			1	10					2	107	2	107	
Bagnolo In Piano	2	54	2	40							4	94	4	118	-24
Cadelbosco Di Sopra	1	66									1	66	1	66	
Castelnovo Di Sotto			1	20							1	20	1	20	
Quattro Castella	2	77	3	52	1	16					6	145	6	145	
Reggio Nell'Emilia	25	1.502	13	304	1	36			3	21	42	1.863	45	1.937	-74
Vezzano Sul Crostolo			2	70							2	70	2	70	
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>31</b>	<b>1.796</b>	<b>21</b>	<b>486</b>	<b>3</b>	<b>62</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>58</b>	<b>2.365</b>	<b>61</b>	<b>2.463</b>	<b>-98</b>
<b>DISTRETTO DI SCANDIANO</b>															
Baiso	1	14					1	7			2	21	1	14	7
Casalgrande	2	118	3	60			1	10			6	188	6	185	3
Castellarano	2	102					1	12			3	114	3	112	2
Rubiera	3	106	1	16			1	7	1	16	6	145	5	163	-18
Scandiano	2	108			3	48	2	18			7	174	7	174	
Viano	1	23					1	10			2	33	2	28	5
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>11</b>	<b>471</b>	<b>4</b>	<b>76</b>	<b>3</b>	<b>48</b>	<b>7</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>675</b>	<b>24</b>	<b>676</b>	<b>-1</b>
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>85</b>	<b>4.129</b>	<b>40</b>	<b>827</b>	<b>7</b>	<b>147</b>	<b>11</b>	<b>97</b>	<b>6</b>	<b>51</b>	<b>149</b>	<b>5.251</b>	<b>152</b>	<b>5.330</b>	<b>-79</b>

Tab. 52: servizi prima infanzia 2014-2015 - offerta servizi e posti per comune, distretto e provincia.

Comune	Popolazione 0-2 anni (valori assoluti)				Indici Base 2011 = 100			Bambini in tutti i servizi e educativi (valori assoluti)				Indici Base 2011-2012 = 100		
	2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015
<b>DISTRETTO DI CASTELNUOVO NE' MONTI</b>														
Busana	32	30	25	24	94	78	75	7	5	2		71	29	0
Carpinetti	107	105	100	83	98	93	78	18	17	18	15	94	100	83
Casina	108	106	97	103	98	90	95	24	24	21	20	100	88	83
Castelnovo Ne' Monti	291	279	245	239	96	84	82	69	70	51	58	101	74	84
Collagna	19	13	16	17	68	84	89							
Ligonchio	15	16	13	13	107	87	87							
Ramiseto	23	26	17	17	113	74	74	12	10	5	6	83	42	50
Toano	127	112	109	94	88	86	74	26	26	15	13	100	58	50
Vetto	50	46	44	36	92	88	72	6	6	4	6	100	67	100
Villa Minozzo	63	63	50	50	100	79	79			5	7			
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>835</b>	<b>796</b>	<b>716</b>	<b>676</b>	<b>95</b>	<b>86</b>	<b>81</b>	<b>162</b>	<b>158</b>	<b>121</b>	<b>125</b>	<b>98</b>	<b>75</b>	<b>77</b>
<b>DISTRETTO DI CORREGGIO</b>														
Campagnola Emilia	164	151	158	170	92	96	104	55	52	40	47	95	73	85
Correggio	913	885	880	858	97	96	94	300	291	286	278	97	95	93
Fabbrico	239	232	236	223	97	99	93	61	63	53	54	103	87	89
Rio Saliceto	205	217	221	218	106	108	106	42	48	42	43	114	100	102
Rolo	153	160	144	139	105	94	91	38	29	23	25	76	61	66
San Martino In Rio	284	280	251	227	99	88	80	96	86	86	86	90	90	90
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>1.958</b>	<b>1.925</b>	<b>1.890</b>	<b>1.835</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>94</b>	<b>592</b>	<b>569</b>	<b>530</b>	<b>533</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
<b>DISTRETTO DI GUASTALLA</b>														
Boretto	194	178	161	156	92	83	80	38	37	38	31	97	100	82
Brescello	197	176	175	156	89	89	79	35	27	29	35	77	83	100
Gualtiera	175	162	161	168	93	92	96	39	29	31	34	74	79	87
Guastalla	453	456	409	409	101	90	90	121	139	134	145	115	111	120
Luzzara	285	295	288	266	104	101	95	57	59	64	61	104	112	107
Novellara	442	435	390	379	98	88	86	106	89	90	85	84	85	80
Poviglio	221	211	207	201	95	94	91	97	108	110	103	111	113	106
Reggiolo	303	296	270	240	98	89	79	67	74	79	63	110	118	94
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>2.270</b>	<b>2.209</b>	<b>2.061</b>	<b>1.975</b>	<b>97</b>	<b>91</b>	<b>87</b>	<b>560</b>	<b>562</b>	<b>575</b>	<b>557</b>	<b>100</b>	<b>103</b>	<b>99</b>
<b>DISTRETTO DI MONTECCHIO EMILIA</b>														
Bibbiano	342	346	344	302	101	101	88	105	111	112	122	106	107	116
Campegine	187	180	163	159	96	87	85	54	54	49	40	100	91	74
Canossa	128	112	116	107	88	91	84	20	19	19	18	95	95	90
Cavriago	285	266	271	267	93	95	94	86	87	83	83	101	97	97
Gattatico	208	192	159	131	92	76	63	47	49	49	33	104	104	70
Montecchio Emilia	351	333	295	275	95	84	78	95	86	85	84	91	89	88
San Polo D'Enza	214	208	198	186	97	93	87	70	70	58	60	100	83	86
San'Ilario d'Enza	346	337	315	317	97	91	92	73	73	73	78	100	100	107
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>2.061</b>	<b>1.974</b>	<b>1.861</b>	<b>1.744</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>85</b>	<b>550</b>	<b>549</b>	<b>528</b>	<b>518</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>94</b>
<b>DISTRETTO DI REGGIO EMILIA</b>														
Albinea	253	248	243	218	98	96	86	104	109	102	94	105	98	90
Bagnolo In Piano	312	287	298	288	92	96	92	90	85	82	84	94	91	93
Cadelbosco Di Sopra	366	368	358	361	101	98	99	62	61	62	62	98	100	100
Castelnovo Di Sotto	266	258	231	216	97	87	81	20	20	11	15	100	55	75
Quattro Castella	382	356	319	313	93	84	82	144	137	134	133	95	93	92
Reggio Nell'Emilia	5.632	5.485	5.276	5.058	97	94	90	1.833	1.839	1.786	1.587	100	97	87
Vezzano Sul Crostolo	101	99	115	115	98	114	114	53	45	42	49	85	79	92
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>7.312</b>	<b>7.101</b>	<b>6.840</b>	<b>6.569</b>	<b>97</b>	<b>94</b>	<b>90</b>	<b>2.306</b>	<b>2.296</b>	<b>2.219</b>	<b>2.024</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>88</b>
<b>DISTRETTO DI SCANDIANO</b>														
Baiso	96	95	102	95	99	106	99	11	11	13	16	100	118	145
Casalgrande	705	682	659	620	97	93	88	152	162	136	131	107	89	86
Castellarano	538	520	463	447	97	86	83	132	126	110	96	95	83	73
Rubiera	540	506	475	422	94	88	78	161	163	163	144	101	101	89
Scandiano	737	767	746	730	104	101	99	192	187	174	173	97	91	90
Viano	106	112	105	93	106	99	88	14	25	28	29	179	200	207
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>2.722</b>	<b>2.682</b>	<b>2.550</b>	<b>2.407</b>	<b>99</b>	<b>94</b>	<b>88</b>	<b>662</b>	<b>674</b>	<b>624</b>	<b>589</b>	<b>102</b>	<b>94</b>	<b>89</b>
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>17.158</b>	<b>16.687</b>	<b>15.918</b>	<b>15.206</b>	<b>97</b>	<b>93</b>	<b>89</b>	<b>4.832</b>	<b>4.808</b>	<b>4.597</b>	<b>4.346</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>90</b>

Tab. 53: andamento nel tempo degli indici di base per comune, distretto e provincia rispetto al 2011.

Comune	Popolazione 0-2 anni residente 2014			Bambini in tutti i servizi educativi 2014-2015		
	totale	di cui stranieri	Incidenza %	totale	di cui stranieri	Incidenza %
<b>DISTRETTO DI CASTELNUOVO NE' MONTI</b>						
Busana	24	8	33,3			
Carpinetti	83	16	19,3	15		
Casina	103	13	12,6	20		
Castelnuovo Ne' Monti	239	56	23,4	58	2	3,4
Collagna	17	1	5,9			
Ligonchio	13	3	23,1			
Ramiseto	17	2	11,8	6		
Toano	94	26	27,7	13		
Vetto	36	11	30,6	6		
Villa Minozzo	50	6	12,0	7		
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>676</b>	<b>142</b>	<b>21,0</b>	<b>125</b>	<b>2</b>	<b>1,6</b>
<b>DISTRETTO DI CORREGGIO</b>						
Campagnola Emilia	170	50	29,4	47	2	4,3
Correggio	858	158	18,4	278	6	2,2
Fabbrico	223	68	30,5	54	2	3,7
Rio Saliceto	218	55	25,2	43		
Rolo	139	52	37,4	25	1	4,0
San Martino In Rio	227	27	11,9	86		
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>1.835</b>	<b>410</b>	<b>22,3</b>	<b>533</b>	<b>11</b>	<b>2,1</b>
<b>DISTRETTO DI GUASTALLA</b>						
Boretto	156	62	39,7	31	2	6,5
Brescello	156	45	28,8	35	6	17,1
Gualtieri	168	50	29,8	34	3	8,8
Guastalla	409	116	28,4	145	12	8,3
Luzzara	266	105	39,5	61		-
Novellara	379	118	31,1	85		-
Poviglio	201	44	21,9	103	3	2,9
Reggiolo	240	59	24,6	63	2	3,2
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>1.975</b>	<b>599</b>	<b>30,3</b>	<b>557</b>	<b>28</b>	<b>5,0</b>
<b>DISTRETTO DI MONTECCHIO EMILIA</b>						
Bibbiano	302	38	12,6	122		
Campegine	159	50	31,4	40	3	7,5
Canossa	107	13	12,1	18		
Cavriago	267	44	16,5	83	3	3,6
Gattatico	131	29	22,1	33	2	6,1
Montecchio Emilia	275	44	16,0	84	4	4,8
San Polo D'Enza	186	31	16,7	60		
Sant'Ilario d'Enza	317	62	19,6	78	7	9,0
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>1.744</b>	<b>311</b>	<b>17,8</b>	<b>518</b>	<b>19</b>	<b>3,7</b>
<b>DISTRETTO DI REGGIO EMILIA</b>						
Albinea	218	20	9,2	94		
Bagnolo In Piano	288	69	24,0	84	4	4,8
Cadelbosco Di Sopra	361	78	21,6	62	11	17,7
Castelnuovo Di Sotto	216	59	27,3	15	1	6,7
Quattro Castella	313	40	12,8	133	5	3,8
Reggio Nell'Emilia	5.058	1.507	29,8	1.587	224	14,1
Vezzano Sul Crostolo	115	10	8,7	49		
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>6.569</b>	<b>1.783</b>	<b>27,1</b>	<b>2.024</b>	<b>245</b>	<b>12,1</b>
<b>DISTRETTO DI SCANDIANO</b>						
Bai so	95	15	15,8	16		
Casalgrande	620	105	16,9	131	9	6,9
Castellarano	447	58	13,0	96	2	2,1
Rubi era	422	84	19,9	144	22	15,3
Scandiano	730	100	13,7	173	6	3,5
Viano	93	4	4,3	29	2	6,9
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	<b>2.407</b>	<b>366</b>	<b>15,2</b>	<b>589</b>	<b>41</b>	<b>7,0</b>
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>15.206</b>	<b>3.611</b>	<b>23,7</b>	<b>4.346</b>	<b>346</b>	<b>8,0</b>

Tab. 54: bambini nei servizi educativi per provenienza geografica, comune, distretto e provincia nel 2014/2015.

## II. Dati sugli alunni iscritti alle scuole di ogni ordine e grado tratti dal sistema informativo dell'Ufficio Scolastico Regionale.

Gli iscritti in provincia sono 26.764, con una lieve prevalenza di alunni maschi (51,8%).

	Numero scuole	Numero classi	Alunni maschi	Alunni femmine	Alunni totale
Montecchio Emilia	15	153	1.685	1.548	3.233
Reggio Emilia	55	533	5.893	5.502	11.395
Guastalla	14	168	1.846	1.724	3.570
Correggio	12	142	1.628	1.503	3.131
Scandiano	23	201	2.123	2.031	4.154
Castelnovo Monti	19	86	678	603	1.281
Provincia	138	1.283	13.853	12.911	26.764

Tab. 55: scuole, classi e iscritti alle scuole primarie della provincia di Reggio Emilia nel 2014/2015.

La tabella seguente mostra come il tasso di scolarità, che misura indirettamente la percentuale di giovani che si iscrivono ad una scuola rapportando tra il numero di iscritti nelle scuole e il numero di giovani nell'età tipica per tali scuole, più alto a Castelnovo Monti, mentre il dato più basso è stato registrato a Correggio e Guastalla.

Distretto	Numero scuole	Numero classi	Alunni maschi	Alunni femmine	Alunni totale	Tasso di scolarità	Tasso di femminilizzazione
Montecchio Emilia	9	86	973	912	1.885	101,2	48,4
Reggio Emilia	19	288	3.519	3.221	6.740	98,3	47,8
Guastalla	9	93	1.083	922	2.005	97,8	46,0
Correggio	9	80	936	829	1.765	100,4	47,0
Scandiano	8	106	1.326	1.070	2.396	97,7	44,7
Castelnovo Monti	8	42	406	354	760	106,7	46,6
Provincia	62	695	8.243	7.308	15.551	99,1	47,0

Tab. 56: scuole, classi, iscritti alle scuole secondarie di I grado e relativi indicatori nella provincia di Reggio Emilia nel 2014/2015.

Anche per l'istruzione superiore il tasso di scolarità di gran lunga più elevato è quello di Castelnovo Monti, mentre quello più basso è quello di Scandiano.

Distretto	Numero scuole	Liceo	Istituto tecnico	Istituto professionale	Numero classi	Alunni maschi	Alunni femmine	Alunni totale	Tasso di scolarità	Tasso di femminilizzazione
Montecchio Emilia	6	2	2	2	67	872	456	1.328	123,6	34,3
Reggio Emilia	18	6	7	5	555	6.375	6.933	13.308	165,1	52,1
Guastalla	5	1	1	3	77	804	787	1.591	121,8	49,5
Correggio	5	2	1	2	110	1.284	1.124	2.408	190,2	46,7
Scandiano	3	1	1	1	56	695	479	1.174	103,6	40,8
Castelnovo Monti	6	1	2	1	71	757	654	1.411	295,2	46,7
Provincia	41	13	14	14	936	10.787	10.433	21.220	159,3	49,2

Tab. 57: tipologia di scuole secondarie di II grado, iscritti e indicatori in provincia di Reggio Emilia nel 2014/2015.

### III. I Centri per le Famiglie

I Centri per le Famiglie nascono per promuovere e sostenere il benessere delle famiglie che stanno vivendo o progettando la dimensione di genitorialità.

Essi fanno parte di una rete di interventi che, con diverse modalità, sono orientati alla promozione della genitorialità, al fine di sostenerla nelle diverse fasi evolutive ad esempio nella creazione della coppia, nella nascita e crescita dei figli e, di accompagnarla sia nei momenti di transizione che nelle fasi critiche come la provenienza da altri territori o da altri paesi, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, la conflittualità di coppia e separazione, la crisi nella gestione della genitorialità, ecc..., tutto ciò con un approccio mirato ad affiancare le risorse delle persone e delle famiglie e a prendersi cura delle relazioni e dei legami che si sviluppano nel contesto familiare e comunitario.

In tale prospettiva, i CpF si rivolgono prioritariamente ai genitori con figli di minore età che vivono nel territorio di riferimento, che è preferibilmente l'ambito distrettuale. Essi rappresentano i primi beneficiari delle azioni dei CpF che, attraverso le azioni di informazione, promozione e supporto alle figure genitoriali, mirano a promuovere il benessere dei genitori, dei bambini e degli adolescenti del territorio, a favorire il protagonismo delle famiglie, quale motore di inclusione sociale e solidarietà nella comunità.

I CpF sono chiamati a svolgere interventi di prevenzione anche laddove vi sia un aumento del rischio di fragilità dei genitori e del nucleo familiare.

Le *Linee Guida regionali*, approvate con la *DGR 391/2015*, finalizzate a delineare le prospettive di sviluppo dei CpF in Emilia Romagna per i prossimi anni, hanno voluto rilanciare il ruolo attivo e promozionale, in particolare nel valorizzare e sostenere le competenze ed il protagonismo delle famiglie quali attori sociali che svolgono un ruolo fondamentale nella costruzione dei legami fiduciari e dei processi identitari che sono alla base di una società inclusiva e coesa.

La sede del CpF deve connotarsi come un luogo accogliente e piacevole, di facile accesso per la cittadinanza, ed essere localizzata, compatibilmente con la disponibilità degli spazi, vicina ai luoghi frequentati dalle famiglie con figli, al fine di garantire una facilità all'accesso e all'accoglienza dei genitori e dei minori.

La sede del Centro per le Famiglie è nel comune di Boretto presso Villa Vecchi, sede anche della medicina di gruppo dell'Ausl di Guastalla.

Le ore settimanali di apertura sono 20 di cui 14 di sportello; il CpF è aperto per 46 settimane all'anno.

Sono 3 gli specialisti che ci lavorano.

Nell'anno 2017 abbiamo registrato 56 accessi di cui

Tot n. 56 accessi di cui:	n. 29 persone
	n. 13 telefonate
	n. 14 mail

Sono solo 5 le famiglie di nazionalità straniera

Attività/Servizi del Centro per le famiglie:

Counseling	n.33 famiglie e n. 66 colloqui
Corsi/Gruppi per genitori	n.09
Mediazione Familiare	n.11
Affido/Adozione	n.12
Attività laboratoriali	n.02

Tab. 58: Attività/Servizi del Centro per le famiglie

### IV. Consulenti sanitari

I consulenti familiari, nati come servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità, hanno come finalità l'assistenza psicologica e sociale alla maternità e paternità responsabile e ai problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile, il supporto alle libere scelte della coppia e del singolo in ordine alla procreazione responsabile, la tutela della salute della donna e del bambino concepito, la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, e le informazioni

procedure per l'adozione e l'affidamento familiare. Il consultorio familiare assume inoltre un ruolo centrale nell'ambito della tutela sociale della maternità e dell'interruzione volontaria della gravidanza.

Viene considerato di particolare importanza la percentuale nei giovani di 14-19 anni, indicatore che valuta la capacità di attrazione dei servizi consultoriali rivolti agli adolescenti. L'indicatore quindi misura la capacità di penetrazione di un servizio e mette in evidenza le problematiche locali.

La distribuzione per distretto di questo indicatore è abbastanza omogenea con una importante eccezione: la percentuale nel distretto di Reggio Emilia, dove risiede più del 40% della popolazione, è nettamente più bassa rispetto a tutti gli altri e anche il numero assoluto di utenti è più basso rispetto a molti distretti con popolazione molto inferiore.

Distretto	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Gauastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo Monti		Provincia	
Classi di età	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
0- 13	7	0,1	4	0,0	4	0,1	8	0,1	10	0,1	0	0,0	33	0,1
14- 17	40	0,7	34	0,2	38	0,6	55	0,9	45	0,6	16	0,5	228	0,5
15- 19	35	0,6	50	0,3	52	0,8	70	1,1	41	0,6	29	0,9	277	0,6
20- 24	217	3,8	527	3,1	258	3,8	241	3,9	221	3,1	132	4,3	1.596	3,5
25- 29	627	10,9	2.172	12,6	712	10,4	577	9,4	888	12,3	305	10,0	5.281	11,4
30- 34	721	12,6	2.275	13,2	883	12,9	734	12,0	989	13,7	351	11,5	5.953	12,9
35- 39	726	12,7	2.470	14,3	802	11,7	731	12,0	1.117	15,4	387	12,6	6.233	13,5
40- 44	827	14,4	2.611	15,2	972	14,2	856	14,0	1.148	15,9	371	12,1	6.785	14,7
45- 49	735	12,8	2.213	12,8	863	12,6	797	13,0	981	13,6	385	12,6	5.974	12,9
50- 54	657	11,5	1.946	11,3	857	12,6	719	11,8	717	9,9	399	13,0	5.295	11,5
55- 59	541	9,4	1.404	8,1	679	9,9	501	8,2	489	6,8	316	10,3	3.930	8,5
60- 64	466	8,1	1.110	6,4	545	8,0	393	6,4	496	6,9	248	8,1	3.258	7,1
> 64	135	2,4	413	2,4	161	2,4	432	7,1	97	1,3	125	4,1	1.363	2,9
<b>Totale</b>	<b>5.734</b>	<b>100,0</b>	<b>17.229</b>	<b>100,0</b>	<b>6.826</b>	<b>100,0</b>	<b>6.114</b>	<b>100,0</b>	<b>7.239</b>	<b>100,0</b>	<b>3.064</b>	<b>100,0</b>	<b>46.206</b>	<b>100,0</b>

Tab. 59: numero e percentuale di utenti dei servizi consultoriali per distretto nel 2016.

Come evidenzia il confronto tra le due tabelle, la maggior parte dell'utenza, 28.875, accede al consultorio per eseguire il pap-test e il numero e la proporzione sono molto elevati nelle donne in età giovanile/adulta.

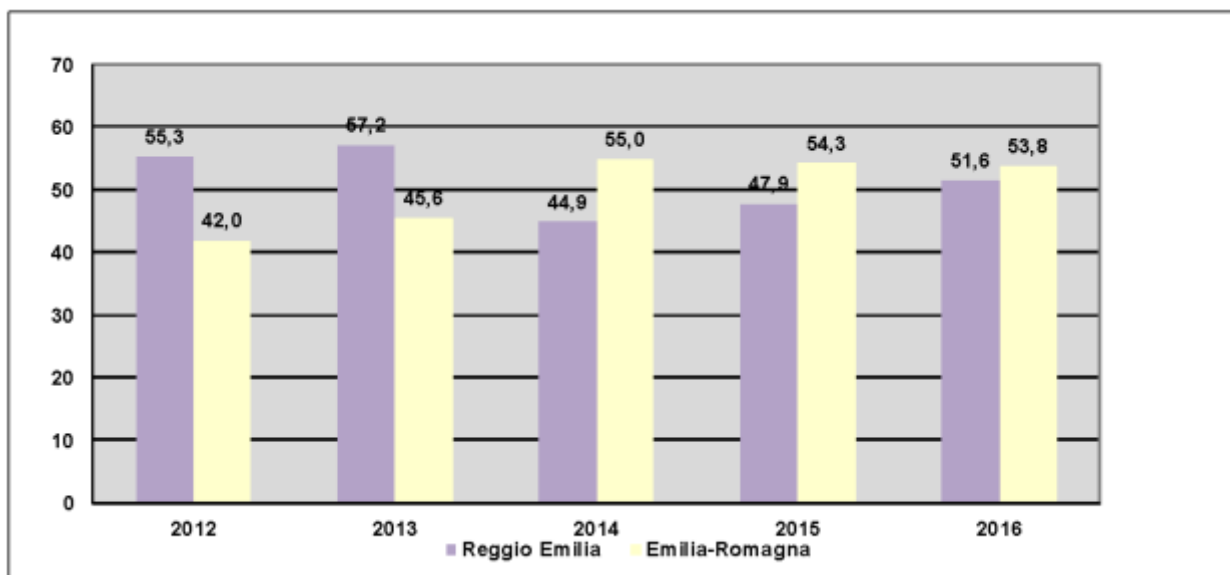
Anche al netto dei pap-test, a Reggio Emilia l'utenza nella fascia 14-19 anni resta molto più bassa rispetto a quella provinciale, dove raggiunge il 2,7%.

Distretto	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Gauastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo Monti		Provincia	
Classi di età	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
0- 13	7	0,3	3	0,0	4	0,1	8	0,3	10	0,5	0	0,0	32	0,2
14- 17	39	1,9	34	0,6	38	1,2	55	1,9	42	2,1	10	0,9	218	1,3
15- 19	31	1,5	49	0,8	49	1,5	69	2,4	37	1,9	15	1,3	250	1,4
20- 24	191	9,2	446	7,4	229	7,1	214	7,4	172	8,7	90	7,8	1.342	7,7
25- 29	325	15,7	990	16,5	441	13,7	302	10,4	359	18,1	146	12,6	2.563	14,8
30- 34	379	18,3	1.200	20,0	517	16,1	403	13,9	459	23,1	182	15,7	3.140	18,1
35- 39	343	16,6	1.080	18,0	425	13,2	332	11,5	420	21,1	157	13,6	2.757	15,9
40- 44	209	10,1	712	11,9	385	12,0	338	11,7	238	12,0	109	9,4	1.991	11,5
45- 49	149	7,2	461	7,7	306	9,5	258	8,9	113	5,7	97	8,4	1.384	8,0
50- 54	133	6,4	371	6,2	326	10,1	238	8,2	50	2,5	116	10,0	1.234	7,1
55- 59	88	4,3	240	4,0	196	6,1	162	5,6	28	1,4	80	6,9	794	4,6
60- 64	79	3,8	163	2,7	184	5,7	118	4,1	21	1,1	59	5,1	624	3,6
> 64	93	4,5	257	4,3	121	3,8	397	13,7	37	1,9	97	8,4	1.002	5,8
<b>Totale</b>	<b>2.066</b>	<b>100,0</b>	<b>6.006</b>	<b>100,0</b>	<b>3.221</b>	<b>100,0</b>	<b>2.894</b>	<b>100,0</b>	<b>1.986</b>	<b>100,0</b>	<b>1.158</b>	<b>100,0</b>	<b>17.331</b>	<b>100,0</b>

Tab. 60: numero e percentuale di utenti dei servizi consultoriali per distretto nel 2016 con esclusione dell'esecuzione del pap-test.

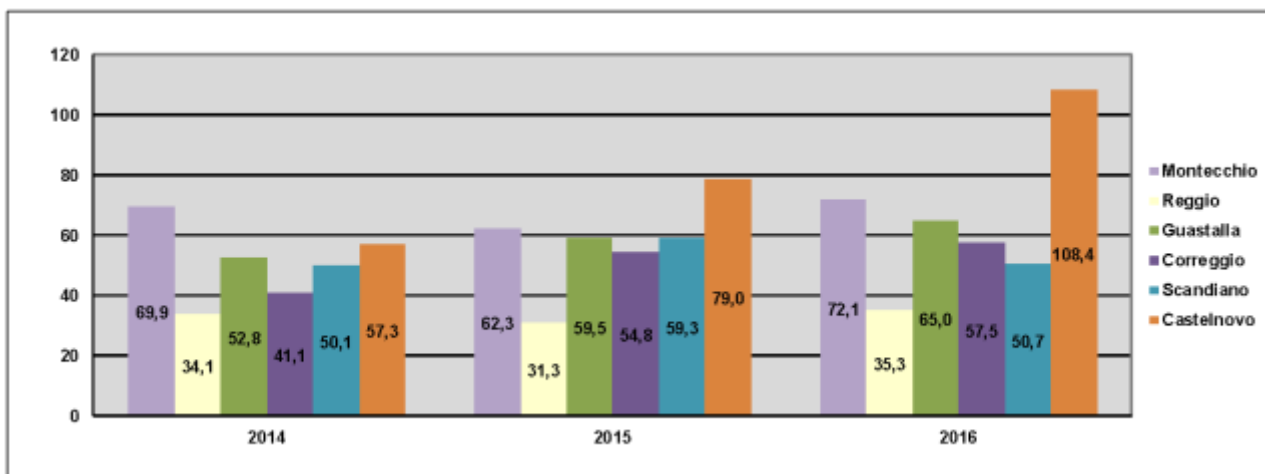
I grafici successivi riportano il numero di gravidanze seguite in rapporto numero di nati residenti, stimato tramite la popolazione di 0 anni, per 100 per territorio di erogazione e anno.

Nei primi due anni disponibili la provincia mostrava un tasso più alto rispetto all'Emilia-Romagna ma, negli ultimi 3 anni il rapporto si è invertito.



Graf. 42: numero di gravide su nati residenti in provincia e in regione per anno.

Nei distretti sanitari le performance migliori vengono registrate a Montecchio e Castelnovo Monti, mentre il valore più basso è quello di Reggio Emilia.



Graf. 43: numero di gravide su nati residenti per distretto di erogazione per anno.

*(una possibile spiegazione potrebbe essere un maggior ricorso all'assistenza privata o ospedaliera)*

## V. Neuropsichiatria infantile

I Centri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), sono i punti di accesso alla rete dei servizi di salute mentale dedicati ai minori, presenti in ogni Distretto dell'Azienda Usl.. Assicurano servizi di prevenzione, diagnosi e cura in ambulatorio e a domicilio, in collaborazione con i servizi del territorio (a partire da medici e pediatri di famiglia), con i servizi ospedalieri, i servizi sociali dei Comuni, il volontariato e le associazioni di utenti e familiari, anche per fornire risposta a bisogni assistenziali.

AUSL	2013	2014	2015	2016	2017
PIACENZA	6.77	6.92	7.32	7.3	7.9
PARMA	6.88	7.37	7.77	8.0	8.2
<b>REGGIO EMILIA</b>	<b>7.03</b>	<b>7.04</b>	<b>7.86</b>	<b>8.5</b>	<b>9.0</b>
MODENA	7.73	7.97	7.74	8.1	8.7
BOLOGNA	6.21	6.44	6.47	6.7	7.1
IMOLA	5.65	6.18	5.98	6.4	7.0
FERRARA	7.26	6.91	6.82	7.1	8.8
ROMAGNA	6.29	6.32	6.46	6.6	7.0
RER	6.75	6.89	7.06	7.3	7.9

Tab.61: Tasso std di prevalenza x 100 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile

	Montecchia Emilia		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnuovo Monti		Provincia	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<b>ASSISTENZA TERRITORIALE 01/01/2017-31/12/2017</b>														
Utenti in percorsi di accoglienza/valutazione/diagnosi	514	45.37	1,345	33.02	494	39.40	391	36.61	587	40.24	173	37.6	3,514	37.10
Utenti in percorso diagnostico integrato	39	3.44	180	4.64	40	3.19	19	1.78	6	0.40	12	2.6	305	3.22
Utenti in percorso di accoglienza urgente	6	0.53	17	0.42	3	0.24	7	0.66	0	0.00	0	0.0	33	0.35
Consulenze	1	0.09	6	0.15	4	0.32	1	0.09	1	0.07	1	0.2	14	0.15
Prime visite complessive	554	48.90	1,540	37.81	538	42.91	411	38.48	604	40.71	186	40.4	3,833	40.47
Utenti presi in carico	345	30.46	825	20.26	315	25.12	307	28.74	413	27.84	69	15.0	2,274	24.01
Utenti in carico	856	84.38	2,580	63.35	748	59.60	709	67.87	1,172	79.06	228	49.6	6,474	68.35
Utenti dimessi	456	40.28	1,617	39.70	511	40.78	314	29.40	622	41.93	178	38.7	3,696	39.04
Utenti in carico per disturbo del linguaggio	264	23.30	811	19.91	202	16.11	168	15.48	336	22.65	63	13.7	1,841	19.44
Trattamenti logopedici	2,829	258.52	6,611	162.32	1,821	145.24	2,135	199.89	2,137	144.04	597	129.8	16,230	171.36
Utenti in carico per disturbo dell'apprendimento	302	26.65	895	21.73	161	12.84	199	17.79	332	22.39	101	22.0	1,971	20.81
Trattamenti psicoeducativi	2,405	212.27	7,343	185.29	700	55.83	1,974	184.81	2,086	140.60	2,062	448.2	16,571	174.96
Certificazioni per L. 104	293	25.86	978	24.81	263	20.98	287	26.87	417	28.11	99	21.5	2,337	24.67
Utenti con piani di lavoro integrati/NF utenti con piani di lavoro integrati/NF utenti in carico	369	32.57	1,252	30.74	417	33.26	410	38.38	707	47.65	105	22.8	3,260	34.42
	38.67%		48.53%		55.79%		51.90%		60.27%		40.03%		0.1	58.30%
<b>CONVENZIONI/APPALTI</b>														
Utenti in carico per disturbo del linguaggio			127	3.12	12	0.96			45	3.03			184	1.94
Trattamenti per disturbi del linguaggio			3,431	84.24	368	29.38			1,315	88.64			5,114	53.99
Utenti in carico per disturbo dell'apprendimento			67	1.65	0	0.54							75	0.79
Trattamenti per disturbi dell'apprendimento			1,148	28.11	150	11.96							1,295	13.67
<b>Popolazione 0-17 anni al 01/01/2017</b>	<b>11,330</b>		<b>40,729</b>		<b>12,538</b>		<b>10,681</b>		<b>14,836</b>		<b>4,681</b>		<b>94,715</b>	

Tab. 62: Tasso di prevalenza per 1000 residenti di fascia di età 0-17 nella provincia di Reggio Emilia.

La NPI del Distretto di Guastalla opera su tre sedi situate a Guastalla, Novellara e Brescello. La struttura garantisce la valutazione e l'eventuale intervento terapeutico e riabilitativo in età evolutiva nelle aree seguenti:

- Psicopatologia e disagio psicologico in infanzia
- Psicopatologia e disagio psicologico in adolescenza
- Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo
- Disturbi delle condotte alimentari fino al 13° anno di età (dal 14° anno di età in collaborazione, quando richiesto, con il gruppo DCA del CSM area nord)
- Patologie neuromotorie in età evolutiva in collaborazione con il Presidio di terzo livello di Reggio Emilia (consulenza periodica programmata)
- Disturbi del linguaggio
- Disturbi dell'apprendimento (con eventuale certificazione come da legge 170/10)

- Disabilità ed integrazione scolastica come da legge 104/92 (ed eventuale invio alla commissione medico legale preposta all'emissione della certificazione)
- Programma Esordio Psicotico
- Partecipazione al lavoro del SSIZ nell'ambito della Tutela Minori, con l'afferenza di due psicologi.

L'attività è garantita dalle seguenti figure professionali:

- Neuropsichiatri infantili
- Psicologi clinici dell'età evolutiva
- Logopediste
- Fisioterapiste
- Terapiste della Riabilitazione Psichiatrica
- Psicomotricista
- Educatori domiciliari in convenzione

Per gli interventi diagnostici e terapeutici nell'ambito dell'Autismo è presente un gruppo di operatori formati che si dedicano esclusivamente a questa patologia e che provengono dal Centro Autismo di Reggio Emilia. Per la valutazione e l'intervento nell'ambito del Programma Esordi Psicotici è disponibile una psicologa specificamente formata.

L'accesso al servizio avviene tramite prenotazione CUP, con richiesta del PLS/MMG che può richiedere una prima visita NPI od un primo colloquio psicologico.

È previsto l'accesso diretto in urgenza previo contatto tra lo stesso PLS/MMG ed un dirigente del servizio nelle situazioni definite a livello provinciale ed elencate nella procedura concordata con i colleghi del territorio.

Al termine della valutazione, effettuata sempre da un dirigente medico o psicologo con la eventuale collaborazione dei terapisti quando utile, i risultati vengono condivisi con la famiglia e viene consegnato referto delle prove effettuate, delle conclusioni tratte e delle eventuali proposte di intervento.

## VI. Ospedalizzazione pediatrica

L'ospedalizzazione pediatrica, ricoveri per bambini di età inferiore ai 14 anni, è influenzata da una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, da una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché da una quota di inappropriatazza dei ricoveri in età pediatrica.

In Italia questo indicatore è più elevato che in altre nazioni del mondo occidentale.

	0		1- 4		5- 14	
	n.	Tasso	n.	Tasso	n.	Tasso
<b>Montecchio Emilia</b>	173	341,9	168	71,1	278	42,0
<b>Reggio Emilia</b>	995	497,0	632	73,1	1.049	44,7
<b>Guastalla</b>	223	378,6	215	80,8	306	42,2
<b>Correggio</b>	167	349,4	136	59,6	272	43,3
<b>Scandiano</b>	227	333,8	201	63,6	422	48,8
<b>Castelnuovo Monti</b>	106	471,1	109	118,7	116	43,1
<b>Provincia</b>	1.891	422,1	1.461	73,0	2.443	44,5
<b>Regione</b>	12.395	359,8	11.360	75,1	20.092	49,0

Tab. 63: numero e tassi (x 1.000) di ricoveri ordinari urgenti e in day hospital per classi di età nei residenti in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia nel 2016. Sono esclusi i neonati sani.

Il tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita è quello più elevato ad eccezione dei grandi anziani. Si riduce progressivamente nelle due classi di età successiva.

Complessivamente (0-14 anni) Castelnovo ha il tasso più elevato della provincia, ma nel primo anno di vita quello più alto è stato registrato a Reggio Emilia.

## VII. 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; il numero è sceso sotto quota 10.000 a partire dal 2012 (non succedeva dal 1979). 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‰.

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

Tab. 64: IVG per anno e residenza in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

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.

Le tabelle successive riportano i dati rilevati nel 2016.

Le IVG sono più frequenti nelle classi di età 25-29 e 30-34 anni, 12% per ciascuna delle due classi, nelle donne con licenza media o inferiore e nelle occupate.

	< 18	18- 19	20- 34	35 +	Totale
Provincia	2,6	4,0	53,9	39,4	100,0
Regione	2,4	4,2	57,6	35,8	100,0

Tab. 65: IVG per classi di età in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia nel 2016.

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.

Residenza	Italiane		Straniere		Totale	
	n. IVG	%	n. IVG	%	n. IVG	%
Reggio Emilia	537	61,9	331	38,1	868	100,0
Emilia- Romagna	3.926	57,8	2.865	42,2	6.791	100,0
Altre regioni	462	73,9	163	26,1	625	100,0
Eestero	20	7,4	252	92,6	272	100,0

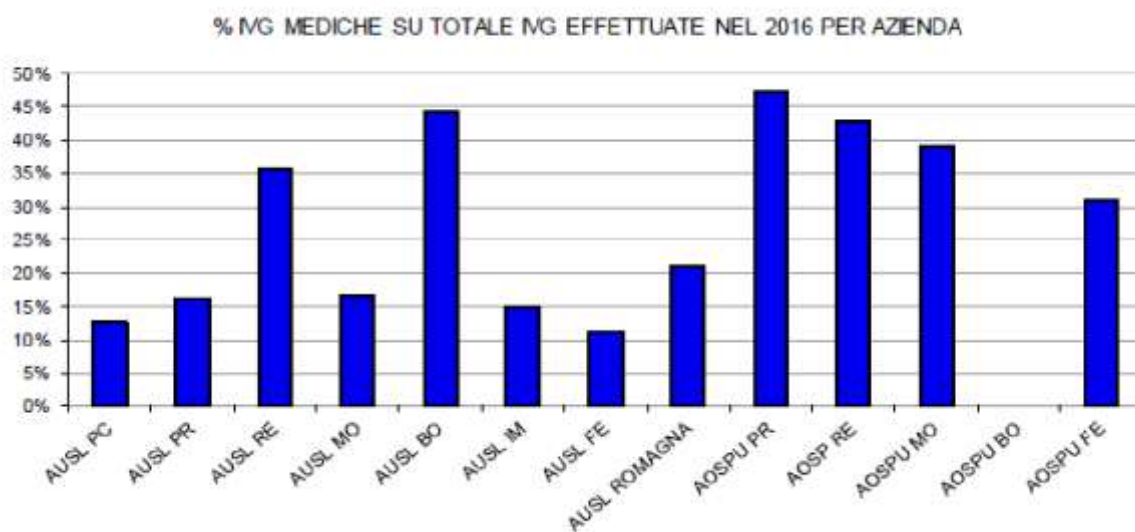
Tab. 66: IVG per residenza e nazionalità in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia nel 2016.

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

	IVG fonte D12	IVG fonte SDO	Differenza SDO- D12	Copertura %
Ospedale Guastalla	199	202	3	98,5
Ospedale Montecchio Emilia	146	147	1	99,3
Ospedale Scandiano	109	111	2	98,2
Ospedale Castelnovo Monti	22	25	3	88,0
AUSL Reggio Emilia	476	485	9	98,1
AO Reggio Emilia	498	499	1	99,8
Provincia	974	984	10	99,0
Regione	7.688	7.799	111	98,6

Tab. 67: IVG effettuate da fonte D12 (sistema informativo IVG) e schede di dimissione ospedaliera nel 2016.

L'intervento più frequente è l'isterosuzione, seguito dal metodo farmacologico. La terapia antalgica più frequente è l'anestesia generale, seguita da nessuna terapia e dalla sedazione profonda.



Graf. 44: proporzione di IVG mediche per Azienda USL nel 2016.

In provincia le IVG con RU486 sono state 729, più del 90% effettuate da residenti, e rappresentano circa il 40% delle IVG complessive. Il 35% dell'IVG nell'Azienda USL e il 43% nell'Azienda Ospedaliera di Reggio sono effettuate con terapia farmacologica.

	Pazienti trattate	di cui residenti in regione	%residenti su totale IVG farmacologiche	%residenti IVG farmacologiche su totale IVG
	n. IVG	n. IVG	n. IVG	n. IVG
AUSL Reggio Emilia	169	149	88,2	35,5
AO Reggio emilia	213	198	93,0	42,8
Emilia- Romagna	2.039	1.827	89,6	26,5

Tab. 68: proporzione di IVG mediche in provincia e regione nel 2016.

**In tutti gli stabilimenti della provincia, ad eccezione di Guastalla, la proporzione di IVG farmacologiche è più alta di quella regionale e a Castelnovo Monti raggiunge il 50%.**

	IVG farmacologiche	Totale IVG	%farmacologiche
	n. IVG	n. IVG	n. IVG
Castelnovo Monti	16	32	50,0
Correggio	23	81	28,4
Guastalla	26	106	24,5
Montecchio Emilia	41	110	37,3
Reggio Emilia	183	430	42,6
Scandiano	42	109	38,5
Provincia	169	149	38,1
Emilia- Romagna	1.827	6.791	26,9

Tab. 69: numero e % di IVG farmacologico per stabilimento, in provincia e in regione.

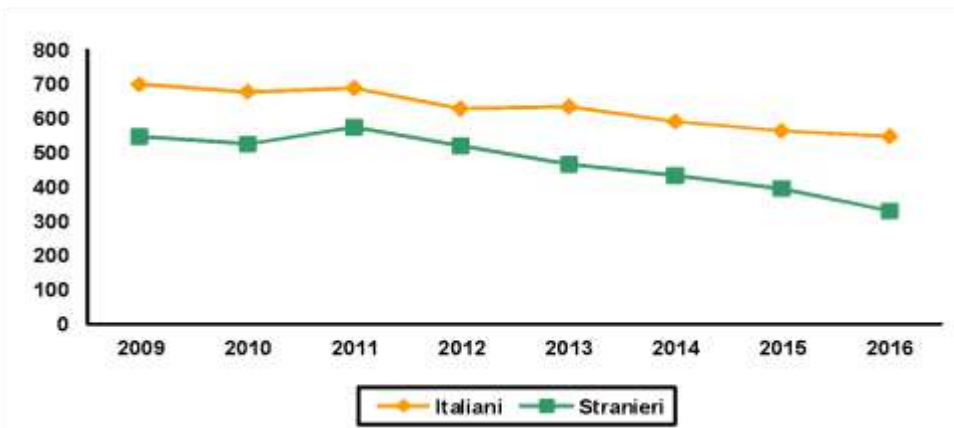
L'obiezione di coscienza è molto meno frequente, 15-20% circa, rispetto a quella italiana complessiva per tutte le figure professionali coinvolte.

	Ginecologi			Anestesisti			Personale sanitario non medico		
	n.	Obiettori	%	n.	Obiettori	%	n.	Obiettori	%
AUSL Reggio Emilia	31	17	54,8	36	10	27,8	101	33	32,7
AO Reggio Emilia	32	11	34,4	51	9	17,6	114	20	17,5
Emilia- Romagna	422	210	49,8	596	193	32,4	1.464	333	22,7

Tab. 70: numero e proporzione di obiettori in provincia e regione.

La tabella mostra come i dati siano molto variabili tra Azienda USL, Ospedaliera e regione.

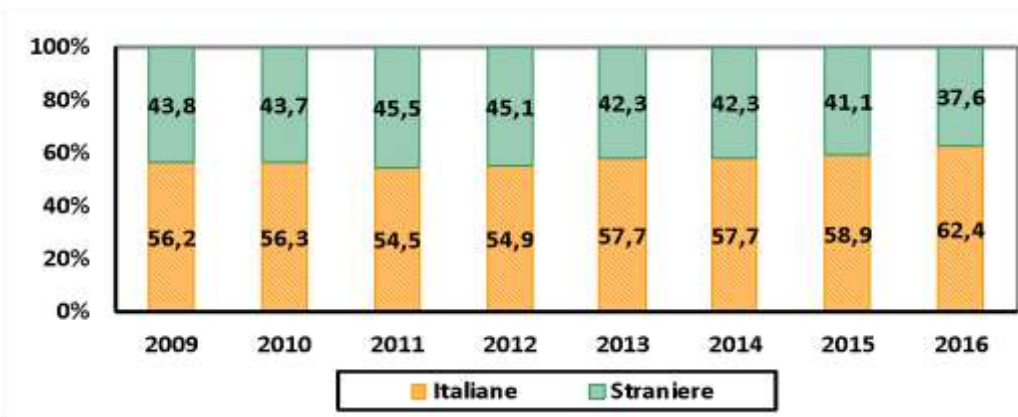
Dal 2011 il numero di IVG è in calo sia nelle italiane che nelle straniere, dove però la riduzione è più evidente.



Graf. 45: andamento nel tempo del numero di IVG per nazionalità nelle residenti in provincia di Reggio Emilia.

Fonte: schede di dimissioni ospedaliere regionali.

L'andamento differente ha comportato un incremento percentuale per le italiane e una riduzione per le straniere.

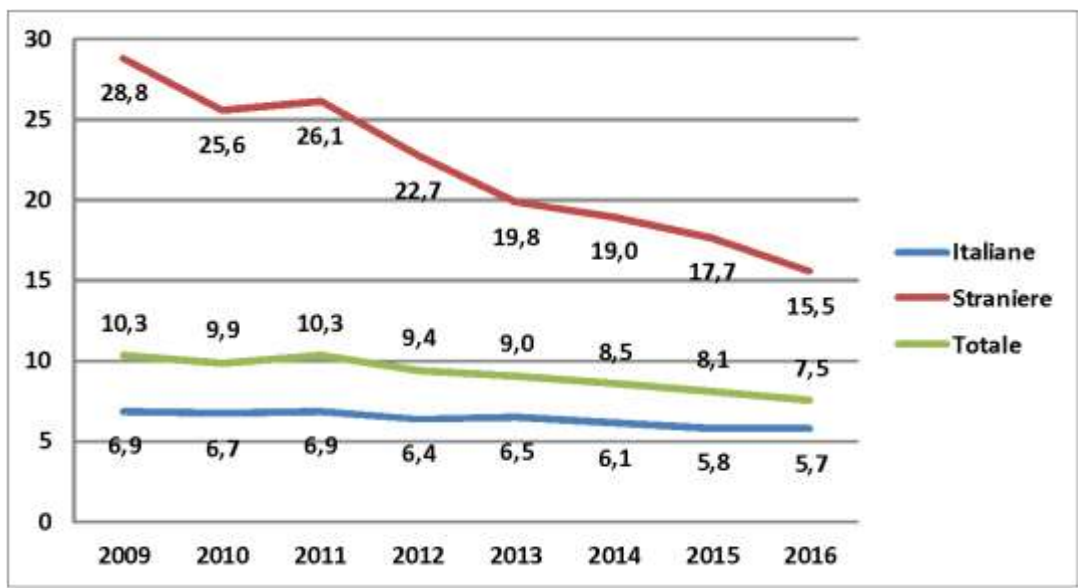


Graf. 46: andamento nel tempo della proporzione per nazionalità di IVG nelle residenti in provincia di Reggio Emilia.

Fonte: schede di dimissioni ospedaliere regionali.

Il tasso di abortività x 1.000 è stabile tra le italiane fino al 2013 per poi calare nel triennio successivo.

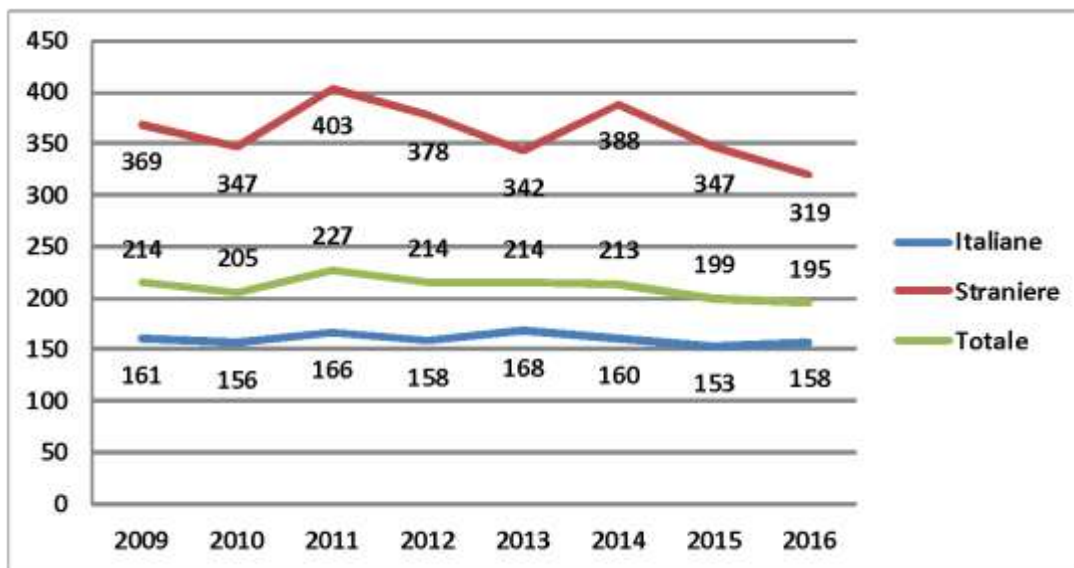
Ad eccezione del 2011 invece si assiste a una riduzione continua nelle straniere, in cui il tasso risulta quasi dimezzato tra la prima e l'ultima rilevazione. Nonostante questo resta quasi triplo rispetto a quello delle italiane.



Graf. 47: andamento nel tempo tasso di IVG per 1.000 residenti di età 15-49 anni per nazionalità in provincia di Reggio Emilia.

Fonte: IVG – schede di dimissione ospedaliera; Popolazione – Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna.

Benché il tasso di IVG sia una misura corretta dell'entità del fenomeno in una popolazione, è stato anche calcolato il Rapporto IVG x 1.000 nati vivi, che tiene maggiormente conto del tasso di fecondità. Il Rapporto sarà infatti tanto più elevato quanto maggiore il numero di IVG, ma anche quanto minore il numero di parti.



Graf. 48: andamento nel tempo del rapporto tra IVG e 1.000 nati vivi per nazionalità nelle residenti in provincia di Reggio Emilia.

Fonte: IVG – schede di dimissione ospedaliera; Nati vivi – Banca dati Demo-Geodemo ISTAT.

Anche il rapporto è più elevato nelle straniere ma molto meno rispetto al tasso a causa dell'elevato numero di nascite.

Occorre specificare che mentre per alcune nazionalità, ad esempio le donne marocchine, i valori sono simili a quelli italiani e ricorrono alle IVG per distanziare gravidanze in genere accettate, le donne provenienti dall'Est Europeo sembrano scegliere l'IVG come misura elettiva nei confronti di una gravidanza.

### 3. Le persone non autosufficienti

#### I. Domiciliarità

Il welfare locale pone in capo ai Comuni una forte regia, dove solidarietà e responsabilità individuale, progettualità e responsabilità collettiva, cittadinanza e organizzazioni, compiano percorsi di dialogo, sintesi progettuale, cooperazione, consenso.

Identifica inoltre una prospettiva di sostegno ed accompagnamento in un duplice significato: superamento della mera presa in carico per arrivare ad una strategia operativa di approccio unitario al problema del singolo cittadino visto come parte di una rete complessa di relazioni familiari, amicali, di vicinato; ripensamento del percorso assistenziale come percorso educativo e non solo sociosanitario, di accompagnamento verso l'autonomia mediante progetti di vita attivi e preventivi dell'emergenza e del disagio. Declina Domiciliarità/territorialità come cultura e politica delle domiciliarità, prima ancora che strategia organizzativa, di una domiciliarità intesa non solo come promozione del benessere individuale, dell'agio, della continuità di abitudini, percezioni, emozioni ed identità, ma anche e soprattutto come attivazione di un contesto territoriale, di una comunità locale, di luoghi che hanno valore per l'esistenza. La scelta strategica delle domiciliarità in questa accezione dà conto e significato alle scelte già sopra delineate: lavorare sul welfare locale, sullo sviluppo di modelli partecipativi nuovi, sulla modalità operativa dell'accompagnamento significa affrontare la domiciliarità nella sua vera essenza di costruzione di percorsi di autonomia.

A tal proposito, occorre considerare le famiglie come risorsa! È perciò importante che la famiglia entri a pieno titolo nel processo di empowerment e di "cura", divenendo anche una fondamentale risorsa da coinvolgere nel modo più opportuno, per garantire un'adeguata assistenza e un idoneo inserimento nella vita sociale del congiunto assistito. La motivazione dominante è quella di lavorare insieme in un percorso socio-educativo, terapeutico e riabilitativo.

Per questo motivo l'ottica del territorio che guida la realizzazione delle politiche per la non autosufficienza è focalizzata sulla massima attenzione al mantenimento al domicilio della popolazione anziana e/o disabile; in questo senso va la continua ricerca di nuove soluzioni di supporto alla scelta del mantenimento a domicilio tramite, accoglienza temporanea di sollievo, assistenza domiciliare, centri diurni, assegni di cura, appartamenti protetti/emancipati ecc...

Nel nostro territorio si dà continuità alle programmazioni distrettuali tramite il coordinamento del Servizio Assistenza Anziani e il coordinamento Area Disabilità i quali con cadenza mensile incontrano le assistenti sociali incardinate nei comuni e applicano le procedure e i protocolli condivisi riguardanti in particolare:

- Programmi dimissioni protette e applicazione dei nuovi Lea servizio di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti
- Programmi per garantire la corretta erogazione del contributo aggiuntivo agli assegni di cura per assistenti familiari
- Programmazione distrettuale Accoglienza Temporanea di Sollievo per anziani non autosufficienti
- Protocollo e commissione erogazione assegni di cura area anziani e disabili
- Monitoraggio attività su gruppi omogenei, quali Caffè Alzheimer, gruppo SAP
- Procedure per l'attivazione del servizio CAAD distrettuale

#### *Centri Diurni Anziani*

Non esistono ad oggi procedure distrettuali per quanto concerne i protocolli/regolamenti per l'inserimento delle persone anziane nei servizi di Centro diurno. Obiettivo del territorio nel prossimo triennio è quello di regolamentare tali procedure e renderle a valenza distrettuale.

I Centri Diurni nel territorio assicurano un'apertura su sei giorni settimanali, è garantita anche in alcuni centri la possibilità di prolungamento dell'orario e il trasporto da casa al centro e ritorno.

La percentuale di disponibilità convenzionata nel nostro distretto è pari al 7,74% su una media provinciale del 8,7%.

Comune	Ente gestore	n.posti autorizzati	n.posti accreditati
Brescello	ASP ProgettoPersona	10	4
Gualtieri		25	7
Luzzara		10	8
Poviglio		19	6
Boretto	Coop.va Aurora Domus	10	5
Guastalla	Coop.va Coopselios	25	12
Reggiolo		15	7
Novellara	Istituzione Servizi Sociali ed Educativi "I Millefiori"	46	15
Totale posti		160	64

Tab. 71: disponibilità centri diurni anziani

#### Assegno di cura Anziani

L'accesso all'assegno di cura tiene conto della situazione economica e patrimoniale ( indicatore ISEE ) del solo anziano, sono previsti valori economici diversificati in relazione alla gravità ed i relativi importi sono decurtati qualora si goda anche di assegno di accompagnamento.

L'assegno di cura può essere integrato qualora l'anziano e/o la sua famiglia assumano una assistente familiare con un contratto di assistenza a persona non autosufficiente.

Distretto erogatore	2013	2014	2015	2016	2017
DISTR. MONTECCHIO EMILIA	140	174	159		111
DISTR. REGGIO EMILIA	408	346	344	260	296
<b>DISTR. GUASTALLA</b>	<b>204</b>	<b>215</b>	<b>122</b>	<b>143</b>	<b>142</b>
DISTR. CORREGGIO	175	188	158	111	100
DISTR. SCANDIANO	281	289	249	214	228
DISTR. CASTELNUOVO NE' MONTI	221	216	134	114	115

Tab. 72: numero accessi agli assegni di cura

Nel 2017 gli assegni di cura erogati sono stati n. 142 di cui n.96 attivi così suddivisi:

Comune	n. assegni di cura erogati	Fascia A	Fascia B (intera e ridotta)	Fascia C	n. assegni di cura attivi al 31/12/2017
Boretto	3	0	3	0	3
Brescello	14	6	8	0	10
Gualtieri	9	1	7	1	4
Guastalla	25	0	23	2	16
Luzzara	19	2	14	3	12
Novellara	40	4	28	8	28
Poviglio	8	1	5	2	7
Reggiolo	24	6	16	2	16
totale	142	20	104	18	96

Tab. 73: numero assegni di cura erogati nel 2017 nel distretto di Guastalla

L'Obiettivo nel prossimo triennio è quello di creare omogeneità territoriale dell'attivazione del contributo e renderlo sempre più coincidente appropriato alla tipologia di utente

#### *Accoglienza temporanea di Sollievo per Anziani (ATS)*

L'accoglienza temporanea di sollievo è una opportunità ed una risorsa per il sostegno del mantenimento a domicilio dell'anziano e costituiscono una delle opportunità da utilizzare nel Programma personalizzato di vita e di cura.

L'accoglienza temporanea di sollievo è assicurata in un ambito distrettuale e persegue le seguenti finalità:

- assicurare una adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza dovute a mancanza improvvisa (temporanea o prolungata) del caregiver principale (familiare o assistente familiare);
- garantire un periodo di sollievo per coloro che assistono persone non autosufficienti programmabile sulla base delle esigenze dell'anziano e del caregiver stesso;
- assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni dell'anziano.

L'opportunità del sollievo residenziale nel nostro territorio è stabile da più di 10 anni, incontra il bisogno di sollievo di circa 70/80 famiglie all'anno garantito da circa 2.000 giornate di disponibilità di posto letto nelle Case Residenziali per anziani accreditate del nostro territorio (circa 5 posti).

Nel periodo estivo, qualora si rendesse utile per numero importante di richieste, il distretto potenzia il numero dei posti sempre considerando la sostenibilità economica del FRNA.

#### *Caffè Alzheimer*

Il Servizio Sociale Integrato Zonale dell'Unione e l'AIMA promuovono azioni di sostegno ai familiari di persone affette da demenza, sia mediante interventi di gruppo che individuali, sia mediante contatti pubblici che specifici.

Gli interventi sono volti ad accogliere e soddisfare i bisogni espressi dai familiari e per predisporre strumenti di comunicazione più coerenti con l'esigenza di avvicinare le famiglie e di avere, nel contempo, informazioni ed elaborazioni utili alla definizione di modalità più mirate di intercettazione dei bisogni.

I Caffè Incontro sono importanti occasioni di relazione, di socializzazione e di integrazione, momenti di ritrovo pensati sia per le persone malate che per i loro familiari.

Si tratta di opportunità in grado di creare solidarietà e in cui trovare maggiori risorse per affrontare i problemi legati all'assistenza e contrastare la solitudine in cui spesso le famiglie si trovano. I familiari possono confrontarsi tra loro e ricevere informazioni da persone qualificate; le persone malate possono beneficiare di attività occupazionali e relazionali in un luogo di comune frequentazione sociale. Ad oggi sono due i punti della rete unionale che vivono l'esperienza dei caffè incontro, il comune di Reggiolo presso il Centro Sociale Nino Za' e il comune di Poviglio presso il Centro Sociale Kaleidos.

#### *Servizio di assistenza domiciliare*

Si rivolge a persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza. Prevede interventi di supporto anche ai familiari, in collaborazione con le assistenti familiari se presenti. In particolare garantisce l'erogazione di servizi flessibili e con la partecipazione di professionisti e discipline diverse, in base al programma assistenziale individualizzato o al programma educativo individualizzato elaborato dai Servizi territoriali competenti:

- a. Presa in carico tramite supervisione, consulenza e affiancamento, delle persone assistite a domicilio direttamente da familiari e con l'aiuto di assistenti familiari garantendo anche la funzione di tutoring sia per i familiari che per le assistenti familiari,

- b. Presa in carico complessiva e svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale e socio-educativo previste nel piano individualizzato di assistenza tra quelle relative a: cura personale, supporto sociale nella vita quotidiana, mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni, promozione alla partecipazione ad attività sociali, supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali, interventi educativi finalizzati all'acquisizione e/o al mantenimento delle abilità personali e sociali, eventuale supporto nella gestione pratica della vita quotidiana.
- c. Piena integrazione con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario (medico, infermieristico e riabilitativo) di competenza del Dipartimento di cure primarie dell'Azienda Usl.

Nel territorio dell'Unione Bassa Reggiana il Servizio di Assistenza domiciliare è garantito da cinque enti gestori, due di personalità giuridica pubblica e 3 privata (cooperativa).

Comune	Ente gestore
Boretto	Cooperativa Aurora Domus
Brescello	
Poviglio	
Gualtieri	Asp Progetto Persona
Guastalla	Cooperativa Coopselios di Reggio Emilia
Luzzara	
Reggiolo	
Novellara	Azienda Speciale comunale
Unione	Cooperativa CO.RE.S.S.

Tab. 74: gestori del Servizio di Assistenza Domiciliare

La programmazione territoriale investe circa 25.000 ore annue di SAD incontrando un po' più di 1.000 persone. Spesso il SAD è integrato con il servizio di Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADI). Il tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare ( ADI x 1.000 residenti  $\geq$  75) negli ultimi tre anni valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare per i cittadini del nostro territorio, considerando tutti i tipi di assistenza, infermieristica, assistenziale e medica

Territorio	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Unione Bassa Reggiana	323.53	289.43	308.60
Provincia	266.83	236.48	263.48

Tab. 75: tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare negli ultimi tre anni

#### *Centro Socio Riabilitativo Diurno Area Disabilità*

I Centri Socio Riabilitativi Diurni accolgono disabili adulti con deficit motori, cognitivi e sensoriali, realizzando attività ricreative, occupazionali e di partecipazione alla vita sociale, hanno come obiettivo il potenziamento e dove non è possibile il mantenimento delle abilità residue. Ogni disabile ha delle abilità, l'operatore deve lavorare in modo che le stesse possano essere di supporto e ausilio alle difficoltà che le diverse patologie pongono. I Centri Socio Riabilitativi Diurni sviluppano inoltre progetti educativi e assistenziali sempre personalizzati, così da assicurare il miglior grado di benessere psico-fisico individuale e di gruppo, mantenendo e sviluppando la loro autonomia

CSRD	Ente gestore	luogo	Posti disponibili	n. utenti
Colibrì	CO.RE.S.S.	Novellara	13	10
Ex Nizzola	Coop.va Anffas Dimensione uomo	Guastalla	16	14
Sartoretti	Coop.va Coopselios	Temporaneamente a Fabbrico poi a Reggiolo	25	22
totale			54	46

Tab. 76: Centri Socio Riabilitativi Diurni Area Disabilità

*Centro Socio Occupazionale –CSO- per persone disabili*

Sono Centri con apertura diurna rivolti agli adulti con disabilità medio-lievi con obiettivi di osservazione e potenziamento delle competenze individuali, manuali e relazionali. Le persone inserite nei CSO posseggono un discreto grado di autonomia e abilità minime nello svolgimento di piccole consegne. Vengono svolte attività tecnico-manuali e ludico ricreative. I CSO ad oggi presenti sul nostro territorio sono il Centro Socio Occupazionale «Anffas» (con sede a Guastalla) e il Centro Socio Occupazionale «Il Bettolino» (con sede a Reggiolo).

CSO	Ente gestore	sede	Posti disponibili	n. utenti
ANFFAS	Coop.va Anffas Dimensione uomo	Guastalla	40 posti tempo pieno	20 alcuni part time
Il Bettolino	Coop.va il Bettolino	Reggiolo		24 alcuni part time

Tab. 77: Centri Socio Occupazionali Area Disabilità

Da Luglio 2017 il servizio Centro Socio Occupazionale così come per il Servizio di Assistenza Domiciliare è stato inserito nei nuovi LEA così come definito dal DPCM 12 gennaio 2017 n.15.

*Assegni di cura area disabili*

Sono contributi economici a sostegno della domiciliarità erogati su progetti personalizzati e obiettivi ben delineati. Il fine è quello di potenziare le opportunità di permanenza del disabile nel proprio ambiente di vita e favorire progetti di autonomia. Sono destinati a disabili in situazione di gravità (legge 104/1992). L'erogazione è soggetta ai vincoli previsti dalla legge Regionale 1122/2002.

L'assegno di cura può essere integrato qualora il disabile e/o la sua famiglia assumano una assistente familiare con un contratto per non autosufficienti.

Distretto erogatore	2015	2016	2017
<b>DISTR. GUASTALLA</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>44</b>

Tab. 78: Assegni di cura area disabili

Unione Bassa Reggiana	n. assegni per persone con disabilità	n. assegni per persone con gravissima disabilità (GRAD)	Totale assegni di cura
Anno 2015	26	18	44
Anno 2016	25	16	41
Anno 2017	25	19	44

Tab. 79: Assegni di cura per tipologia di gravità della disabilità

### *Ricoveri di sollievo*

Sono ricoveri a termine all'interno di strutture residenziali di medio o alto livello assistenziale. L'obiettivo principale è fornire una sostituzione temporanea di chi svolge la funzione di cura abitualmente dentro la rete familiare ed informale, consentendo il recupero di risorse ed energie utili a garantire le stesse funzioni nella quotidianità.

### *Servizio di Educativa domiciliare e/o Assistenza Domiciliare*

Il servizio è costituito da una serie di prestazioni e interventi educativi, ricreativi, sociali e/o assistenziali, prestate sia al domicilio che in gruppi appartamento. Gli interventi possono essere rivolti al singolo o ad un piccolo gruppo di disabili. Il servizio è volto al raggiungimento e/o mantenimento del benessere del disabile; si sviluppa con obiettivi specifici e verifiche costanti.

### *Servizi per il tempo libero SAP*

Sono interventi alla persona realizzati nel tempo libero, intendendosi per "tempo libero" il tempo durante il quale la persona con disabilità non è impegnata in altri percorsi. Il servizio è gestito da operatori e da volontari. Il progetto si sviluppa attraverso attività espressive, musicali, atelier di cucina, serra, gite e uscite varie.

### *Servizi di orientamento*

Sono attività di consulenza rivolte agli Istituti scolastici di secondo grado relativamente a percorsi da attivare al compimento del diciottesimo anno di età, nonché orientamento per la predisposizione di progetti individualizzati di alternanza scuola-lavoro o scuola-centro. Le esperienze integrate offrono agli studenti la possibilità di sperimentarsi e mettersi alla prova in contesti nuovi orientati al futuro in una logica di continuità progettuale tra scuola e post-scuola. In attuazione della normativa regionale (L.R. 14/2015) l'Area Disabili promuove e attiva tirocini inclusivi. Sono tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento, finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomie delle persone e alla riabilitazione. Hanno una durata massima di 24 mesi, con possibilità di ripetizione a tempo indeterminato. Ogni tirocinio prevede un progetto di inserimento personalizzato con obiettivi di apprendimento individualizzati (competenze socio-relazionali e/o competenze tecnico-professionali).

### *Servizi di Sistema*

Centro di Adattamento Ambientale Domestico –CAAD-

Il Servizio Unionale svolge azioni di consulenza informazione e supporto amministrativo; si tratta di un servizio di consulenza e informazione sui temi della disabilità riguardanti: superamento delle barriere architettoniche, adattamento ambiente domestico e adattamento veicoli; informazione, documentazione, banca dati, ecc.. Possono usufruire dei servizi gli utenti, le famiglie, le Associazioni, le Istituzioni, insegnanti.

### *Assistenza domiciliare integrata*

L'ADI include l'assistenza di medicina generale, l'assistenza infermieristica, l'assistenza di associazioni no profit, l'assistenza socio-sanitaria, le cure palliative di base e quelle specialistiche.

Il tasso specifico di utilizzo è il rapporto tra il numero di episodi nell'anno di riferimento e l'ammontare della popolazione residente. I tassi specifici calcolati sono riferiti a 1.000 abitanti.

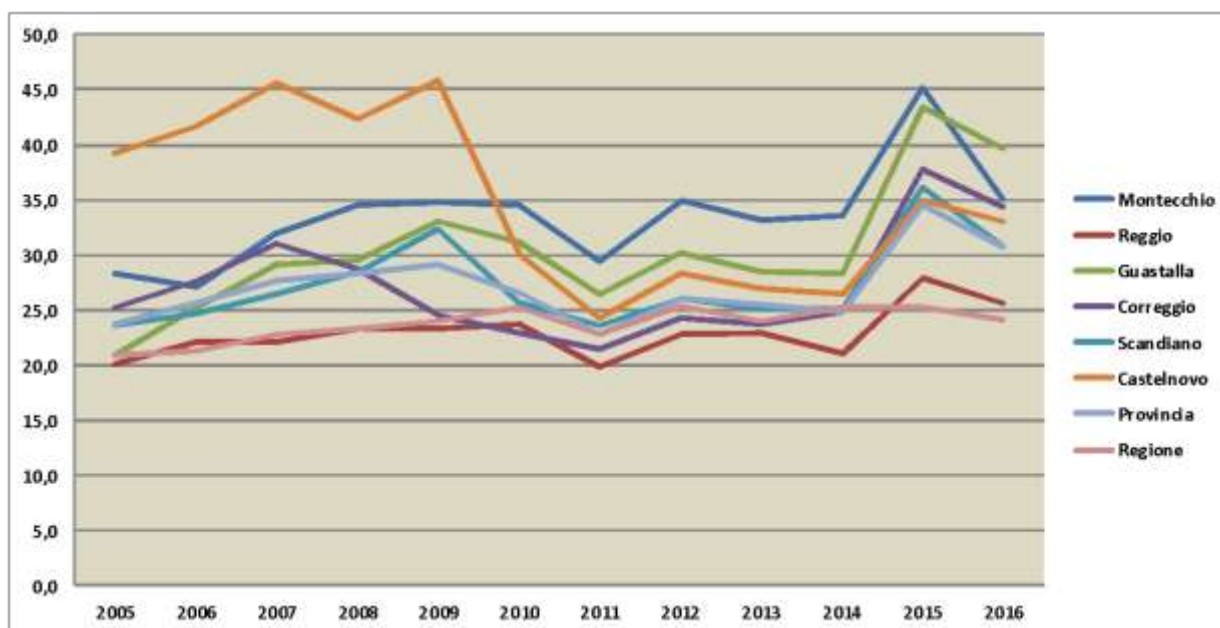
	Montecchio Emilia	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	Provincia
Classi di età	Tasso	Tasso	Tasso	Tasso	Tasso	Tasso	%
0	2,0	4,5	3,4	6,3	1,5	0,0	3,6
1-14	1,3	1,2	2,1	1,3	1,9	1,1	1,5
15-29	1,1	1,2	4,4	2,9	1,3	3,1	1,9
30-44	2,3	2,3	4,7	3,1	1,6	3,8	2,7
45-49	4,3	4,2	6,8	5,9	5,6	7,3	5,1
50-54	8,4	5,3	11,6	11,0	4,8	8,5	7,2
55-59	10,4	7,2	14,7	8,0	8,4	15,3	9,4
60-64	21,5	14,2	17,7	18,5	11,3	14,8	15,6
65-69	34,4	27,8	38,3	24,2	26,1	34,5	29,9
70-74	48,9	36,1	59,0	48,7	50,6	49,9	45,3
75-79	110,3	74,7	134,7	93,8	81,3	107,9	92,9
80-84	229,0	163,4	287,8	227,7	204,5	212,8	205,7
85-89	420,3	322,3	423,9	436,6	381,6	347,8	369,6
90-94	676,5	460,8	598,0	613,8	625,9	605,9	552,6
95 +	692,3	635,2	706,8	733,3	550,7	635,7	652,3
<b>Totale</b>	<b>37,8</b>	<b>27,7</b>	<b>43,3</b>	<b>35,9</b>	<b>28,9</b>	<b>50,5</b>	<b>33,5</b>

Tab. 80: tassi di utilizzo (x 1.000) del servizio di assistenza domiciliare per distretto e classi di età nel 2016.

I tassi ovviamente crescono al crescere dell'età. I più alti si rilevano a Castelnovo Monti, che è il distretto con la proporzione più elevata di anziani in provincia, e sono più bassi a Scandiano e Reggio Emilia che sono i distretti con età media più bassa.

Le cause principali di accesso sono di gran lunga le malattie del sistema circolatorio che superano il 22% degli accessi nel 2016, seguite dai tumori con il 13% circa, dalla demenza senile con il 9% circa e dalle malattie del sistema nervoso con circa l'8%.

Il grafico riporta l'andamento nel tempo dei tassi standardizzati. La standardizzazione, utilizzando la stessa popolazione standard di riferimento per tutte le aree analizzate, consente di quantificare il fenomeno di interesse al netto delle differenze temporali e spaziali legate alla diversa struttura per età delle popolazioni.



Graf. 49: tassi di utilizzo standardizzato assistenza domiciliare per distretto, in provincia e in regione per anno.

La provincia ha tassi quasi costantemente più alti rispetto a quelli regionali. Castelnovo Monti ha i tassi più alti e quelli più bassi si rilevano nel distretto di Reggio Emilia.

## II. Residenzialità

### a. Area Anziani

#### *Casa Residenziale per Anziani Non Autosufficienti –CRA-*

Le residenze rappresentano una possibile risposta in relazione a pesanti difficoltà assistenziali e di cura di persone non più assistibili a domicilio; l’inserimento in residenza avviene quando la dimensione domiciliare e familiare non regge più, in genere in concomitanza di condizioni di pluripatologie croniche e fragilità importanti nell’ambito sia della autonomia della persona che della famiglia. La storia delle residenze nell’Unione Bassa Reggiana assume un significato direi unico a livello provinciale, ogni comune ha convertito nel tempo spazi sanitari (ex ospedali) in Case residenziali per Anziani non autosufficienti. Ad oggi vi è la compresenza di 10 CRA di cui solo 8 in regime di accreditamento da parte dell’Unione. Ogni CRA è autonoma dalle altre. Il distretto ha disponibilità di 410 posti di CRA pubblici

comune	Ente gestore	n.posti CRA+ riparto posti distrettuali n.21	gg 1834 pari a n. 5 posti	% posti CRA accreditati comunali + posti distrettuali	Posti non accredita ti
Boretto	Cooperativa Aurora Domus	18	289	3,14	16
Brescello	ASP Progetto Persona	17	291	3,03	25
Gualtieri	ASP Progetto Persona	26	260	3,32	19
Guastalla	Cooperativa Coopselios	41	116	2,69	23
Luzzara	ASP Progetto Persona	31	215	2,71	38
Novellara	Azienda Speciale “I Millefiori”	43	159	2,79	15
Poviglio	ASP Progetto Persona	24	250	2,83	10
Reggiolo	Cooperativa Coopselios	21	254	2,45	12
Distretto RSA NSD ATS	RSA Coopselios	Posti valenza distrettuale n. 21	1834	2,63	0
<b>Tot.</b>		<b>252</b>	<b>gg posti 1834/365= 5 posti</b>	<b>3,07</b>	<b>158</b>

Tab. 81: disponibilità posti in CRA nel distretto di Guastalla

La percentuale provinciale relativa al n. di posti letto in casa residenziale per anziani si assenta nel 2017 al 2,99 % rispetto al 3,07% del territorio della Bassa Reggiana.

### b. Area Disabili

#### *Centri Socio Riabilitativo Residenziali*

Sono strutture socio-assistenziali e socio-riabilitative per persone disabili non autonome o la cui famiglia non sia più in grado di assistere. Loro obiettivo è garantire, attraverso opportuni interventi, un miglioramento della qualità di vita, un’assistenza adeguata e una valorizzazione delle potenzialità individuali.

Nel territorio della bassa reggiana non sono presenti strutture residenziali per disabili, tuttavia il numero di persone inserite in altri territori sono n.10 su circa 250 persone in carico.

#### *Le residenze di medio livello assistenziale*

Sono appartamenti protetti che offrono ospitalità, anche temporanea, a persone disabili adulte prive di famiglia o che non possono o non desiderano vivere nella propria. Garantiscono accoglienza, vita comunitaria e di relazione all'interno di un piccolo gruppo con l'appoggio di operatori e volontari.

Nel territorio sono presenti 2 appartamenti per l'emancipazione e del dopo di noi con 8 persone residenti degli otto comuni

Da un anno (2017) nel comune di Brescello è presente, sostenuta da finanziamenti regionali e distrettuali gestiti dalla Fondazione Dopo di Noi di Correggio e Guastalla, una progettazione di "Durante Noi" consistente in un appartamento dove, circa quattro persone disabili a week end alternati vivono il fine settimana in una logica di autonomia seppure la loro disabilità è medio grave, la stessa progettazione è anche presente nel comune di Novellara con un appartamento che accoglie persone con disabilità leggera

#### *Servizi per l'Autismo*

In applicazione del Programma Regionale Integrato per l'assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (PRIA), l'Area Disabili SSIZ interviene in maniera integrata con il CSM (Centro di Salute Mentale) nella predisposizione di interventi appropriati rivolti a soggetti con diagnosi di ASD.

In questi casi la presa in carico è congiunta (Area Disabili e CSM), avviene al compimento del sedicesimo anno di età del ragazzo ed è volta ad individuare risposte specifiche, complesse che si intrecciano tra il sociale e il sanitario volte al miglioramento della qualità di vita della persona e della sua famiglia.

### **III. Centri per demenze <sup>6</sup>**

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.

L'aggiornamento del 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.

A fine 2016 i centri sul territorio regionale erano 60, presenti in tutti i 38 ambiti distrettuali. In provincia di Reggio Emilia erano 7, due nel distretto di Reggio Emilia e uno in tutti gli altri. Le giornate medie di

---

<sup>6</sup> I dati contenuti in questo paragrafo sono rielaborazioni dal volume "Lo stato di avanzamento del progetto regionale demenze al 31/12/2016" – Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale.

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.

Ambito territoriale	N. centri	Popolazione > 65 anni al 01/01/2016	Media popolazione > 65 anni per centro	Apertura				Media n. giorni attesa prima visita al 31/12
				n. giorni	Media per centro	Ore annuali	Media ore	
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

Tab. 82: centri per le demenze e popolazione in provincia e in regione nel 2016.

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.

Area territoriale	Prime visite e prese in carico 2016			Confronto 2016- 2015			
	Pazienti con la visita	Presi in carico	%presi in carico	Pazienti con la 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%

Tab. 83: prime visite 2016 e confronto con il 2015 in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia.

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

	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

Tab. 84: numero di visite, numero di persone visitate e media visite in provincia e in regione nel 2016.

Sono state poste 1.580 diagnosi di demenza (49,7%) mentre 563 erano in attesa di un giudizio 17,7%.

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

Tab. 85: diagnosi in provincia e in regione nel 2016.<sup>7</sup>

Le professionalità maggiormente rappresentate erano i geriatri e gli infermieri, soprattutto per quanto riguardava le ore annuali, seguiti a distanza da psicologi e amministrativi.

La normativa riporta un'équipe minima composta da medico, infermiere e psicologo, figure non ancora garantite in tutti i centri regionali.

<sup>7</sup> Diagnosi a rischio di evoluzione demenze – MCI: mild cognitive impairment.

	Provincia			Regione		
	n.	%	Ore annue	n.	%	Ore annue
Geriatra	13	37,1	15.110	98	35,8	56.743
Neurologo	3	8,6	326	26	9,5	13.643
Altro specialista medico	1	2,9	70	2	0,7	246
Psicologo / Neuropsicologo	2	5,7	2.319	27	9,9	20.936
Psicologo clinico	2	5,7	2.581	26	9,5	14.298
Infermiere	10	28,6	11.250	56	20,4	46.618
Esperto stimolazione cognitiva	1	2,9	780	26	9,5	7.871
Personale amministrativo	3	8,6	1.883	13	4,7	6.716
<b>Totale</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>31.738</b>	<b>274</b>	<b>100,0</b>	<b>152.773</b>

Tab. 86: professionalità nei centri per le demenze ore annue in provincia e regione nel 2016.

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. È 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*).

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

	Iniziative di formazione / informazione		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

Tab. 88: numero iniziative rivolte a gruppi in provincia e regione nel 2016.

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

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	

Tab. 89: nuclei residenziali e centri diurni dedicati alle demenze con posti accreditati in provincia e in regione.

#### IV. Gravissime disabilità

Le persone con gravissime disabilità acquisite si trovano in una condizione di totale non autosufficienza e necessitano di percorsi assistenziali individuali che possono prevedere o l'assistenza in residenze, con la possibilità da parte del familiare di trascorrere dei periodi in struttura, oppure l'assistenza al domicilio (assistenza domiciliare integrata, assegno di cura, con il contributo aggiuntivo, quando è presente, per l'assistente familiare).

L'indicatore misura il numero di assistiti in base al percorso previsto dal piano di assistenza individuale. Per assistiti al domicilio si intendono i soggetti con assegno di cura, e/o in assistenza domiciliare, e/o con ricovero di sollievo, e/o con la sola assistenza protesica.

Il numero di assistiti appare complessivamente in lieve aumento, con andamenti oscillanti nei diversi distretti. La forma di assistenza prevalente, 71,7% nel 2017 in provincia, è quella domiciliare, seguita dalla residenziale (19,7%) e da quella mista (8,7%).

	Montecchio Emilia			Reggio Emilia			Guastalla			Correggio			Scandiano			Castelnovo Monti			Provincia		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Domicilio	12	15	22	39	35	35	25	20	21	5	6	6	29	28	29	10	12	11	120	116	124
Residenziale	4	5	2	22	20	16	3	4	5	0	1	2	6	7	7	0	1	2	35	38	34
Domicilio + residenziale	3	1	3	3	2	6	1	3	2	2	1	2	2	1	2	0	0	0	11	8	15
Totale	19	21	27	64	57	57	29	27	28	7	8	10	37	36	38	10	13	13	166	162	173

Tab. 90: assistenza rivolta ad assistiti con gravissime disabilità acquisite per distretto erogatore in provincia di Reggio Emilia.

Le patologie gravi più frequenti sono riportate nella tabella successiva.

In provincia i casi di sclerosi laterale amiotrofica sempre nel 2017 erano 31,29 dei quali in assistenza domiciliare.

	Gravissima cerebrolesione				Gravissima mielolesione				Patologia neurologica			
	Domicilio	Residenziale	Domicilio + residenziale	Totale	Domicilio	Residenziale	Domicilio + residenziale	Totale	Domicilio	Residenziale	Domicilio + residenziale	Totale
Montecchio Emilia	4	2	2	8	1	0	1	2	12	0	0	12
Reggio Emilia	16	15	4	35	2	1	0	3	17	0	2	19
Guastalla	7	3	2	12	1	1	0	2	10	1	0	11
Correggio	5	2	2	9	0	0	0	0	1	0	0	1
Scandiano	10	2	0	12	3	0	0	3	16	5	2	23
Castelnovo Monti	2	2	0	4	3	0	0	3	6	0	0	6
Provincia	44	26	10	80	10	2	1	13	62	6	4	72

Tab. 91: assistenza rivolta ad assistiti con gravissime disabilità acquisite per distretto erogatore in provincia di Reggio Emilia nel 2017.

Sia il numero di centri socio-occupazionali(50,6%) che il numero di utenti presi in carico dai servizi socio-sanitari di comuni e AUSL riguardano gli anziani e sono presenti sostanzialmente in tutti i comuni. Seguono i servizi per la disabilità (14,6%).

#### Servizi per la Gravissima disabilità acquisita e/o SLA

Per le gravissime disabilità acquisite sono ad oggi attive, in base al DGR 2068/04 e successive integrazioni (DGR 840/08) e Dgr.1762/2011 per i malati di SLA, sia risposte sanitarie residenziali che interventi di sostegno alla domiciliarità.

Per rispondere ai complessi bisogni, sia di natura sociale che sanitaria, di tali soggetti consentendone la permanenza al domicilio, sono previsti la presa in carico da parte di un'équipe multiprofessionale, l'individuazione di un responsabile del caso, interventi di adeguamento dell'ambiente domestico, la fornitura di ausili, nonché un sostegno economico.

Tipo di struttura	Target	Montecchio Emilia	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnuovo Monti	Provincia
Centro prima accoglienza	Adulti		1					1
Centro residenziale a bassa soglia	Adulti		4					4
Centro residenziale a bassa soglia per alcolisti e tossicodipendenti	Adulti		1					1
Centro residenziale seconda accoglienza	Adulti			1				1
Alloggi con servizi	Anziani	1						1
Casa di riposo	Anziani	4	4		1	1	2	12
Casa protetta	Anziani	1	3	1	1	1		7
Casa residenza per anziani non autosufficienti	Anziani	5	14	8	7	6	8	48
Centro diurno	Anziani	8	16	9	6	6	3	48
Comunità alloggio	Anziani	2	1	1	1	1		6
Residenza protetta	Anziani	1						1
Residenza sanitaria assistenziale	Anziani		1					1
Centro diurno socio-occupazionale	Disabili		1	1				2
Centro socio riabilitativo diurno per persone con disabilità	Disabili	4	9	2	2	3	3	23
Centro socio-riabilitativo residenziale per persone con disabilità	Disabili	4	6		1	2		13
Gruppo appartamento per persone con disabilità	Disabili		3	1		4		8
Servizio di assistenza domiciliare	Domiciliare	8	6	9	2	6	5	36
Centro per le famiglie	Famiglie con minori		2	1	1	1		5
Centro accoglienza abitativa	Immigrati		2					2
Centro diurno	Minori		1					1
Comunità educativa residenziale	Minori	1	6					7
Comunità educativa semi-residenziale	Minori		1					1
Comunità familiare	Minori		1		1			2
Comunità pronta accoglienza	Minori		1					1
Accoglienza temporanea donne-madri	Multiutenza		1					1
Appartamenti accoglienza temporanea persone singole o nuclei familiari	Multiutenza					2		2
Casa della carità	Multiutenza					1	1	2
Comunità casa famiglia	Multiutenza		1	2		1		4
Comunità per gestanti e madri con bambino	Multiutenza		4					4
<b>Totale</b>		<b>39</b>	<b>90</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>245</b>

Tab. 92: servizi socio-sanitari in provincia di Reggio Emilia.

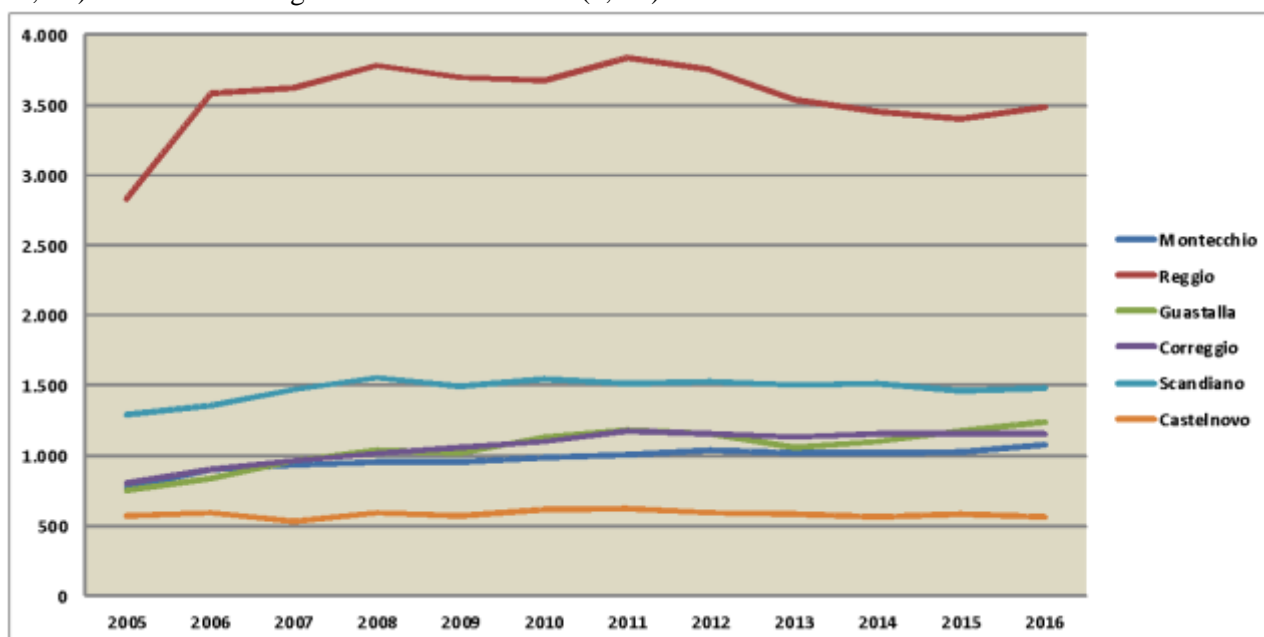
## 4. Adulti in difficoltà

### I. Assistiti presso i DSM

La quota di persone che si rivolgono ai Servizi per la salute mentale dipende dalla capacità dell'organizzazione di intercettare gli utenti, dalle caratteristiche del territorio e della popolazione. L'indicatore quindi misura la capacità di penetrazione di un Servizio e mette in evidenza le problematiche locali.

Il numero di utenti mostra un lieve aumento nel tempo nei primi anni di osservazione per poi calare negli ultimi anno o stabilizzarsi. L'andamento è simile nei distretti.

In provincia i residenti seguiti nel 2017 erano 9.157, con una proporzione di donne molto più alta (57,5% vs. 42,5%). I residenti di origine straniera erano 691 (7,6%).



Graf. 50: residenti assistiti dai Dipartimenti di salute mentale per distretto e anno.

	Maschi	Femmine	Italiani	Stranieri	Totale
Montecchio Emilia	441	637	1.008	70	1.078
Reggio Emilia	1.521	1.990	3.184	327	3.511
Guastalla	527	669	1.123	73	1.196
Correggio	499	676	1.077	98	1.175
Scandiano	631	949	1.492	88	1.580
Castelnovo Monti	275	342	582	35	617
<b>Provincia</b>	<b>3.894</b>	<b>5.263</b>	<b>8.466</b>	<b>691</b>	<b>9.157</b>

Tab. 93: residenti assistiti dai Dipartimenti di salute mentale per distretto, genere e provenienza geografica nel 2017.

In tutti i distretti la fascia di età con la proporzione di utenti più elevata è quella 45-64 anni. I tassi x 1.000 crescono fino a questa classe di età per poi ridursi.

Il distretto di Correggio è quello con il tasso complessivo più elevato, che è superiore a quello degli altri distretti in tutte le fasce tranne che in quella 65-74 anni.

I tassi più bassi sono stati registrati a Reggio Emilia.

	≤ 17			18-44			45-64			65-74			≥ 75			Totale		
	n.	%	tasso	n.	%	tasso	n.	%	tasso	n.	%	tasso	n.	%	tasso	n.	%	tasso
Montecchio Emilia	8	0,7	0,71	361	33,5	17,80	463	42,9	25,71	142	13,2	21,95	104	9,6	14,95	1.078	100,0	17,10
Reggio Emilia	42	1,2	1,03	1.191	33,9	15,80	1.487	42,4	23,17	462	13,2	20,81	329	9,4	13,36	3.511	100,0	15,46
Guastalla	19	1,6	1,52	409	34,2	17,59	510	42,6	24,85	138	11,5	21,33	120	10,0	14,67	1.196	100,0	16,64
Correggio	14	1,2	1,31	378	32,2	20,76	514	43,7	32,41	131	11,1	23,44	138	11,7	23,10	1.175	100,0	20,87
Scandiano	26	1,6	1,75	519	32,8	19,24	672	42,5	28,07	224	14,2	27,64	139	8,8	17,60	1.580	100,0	19,33
Castelnovo Monti	4	0,6	0,87	174	28,2	18,27	272	44,1	28,00	89	14,4	21,79	78	12,6	14,62	617	100,0	18,55
<b>Provincia</b>	<b>113</b>	<b>1,2</b>	<b>1,19</b>	<b>3.032</b>	<b>33,1</b>	<b>17,46</b>	<b>3.918</b>	<b>42,8</b>	<b>25,74</b>	<b>1.186</b>	<b>13,0</b>	<b>22,02</b>	<b>908</b>	<b>9,9</b>	<b>15,40</b>	<b>9.157</b>	<b>100,0</b>	<b>17,15</b>

Tab. 94: numero, percentuale e tasso x 1.000 nei residenti assistiti dai Dipartimenti di salute mentale per distretto nel 2017.

Infine in provincia, sempre nel 2017, le macro-aree di gruppi di diagnosi erano rappresentate principalmente dalla depressione (26,1%) dalle schizofrenie o altre psicosi funzionali (17,6) dalle sindromi nevrotiche e somatiformi (13,9%) dai disturbi della personalità e del comportamento (8,6%) e dai disturbi affettivi bipolari (6,2%). Alcolisti e tossicodipendenti erano 211 mentre in ben 1.013 casi (10,2%) non si trattava di disturbi psichiatrici.

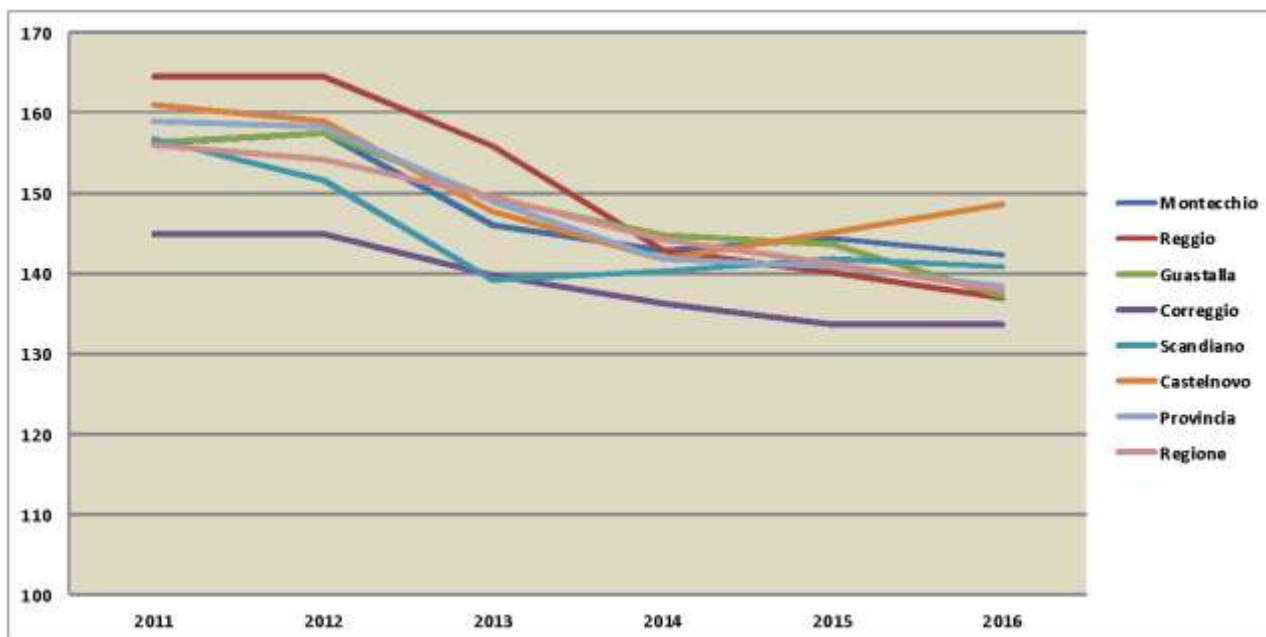
## II. Ospedalizzazione

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse.

I grafici seguenti riportano i ricoveri dei residenti sulla popolazione residente (per 1.000). Il tasso standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.

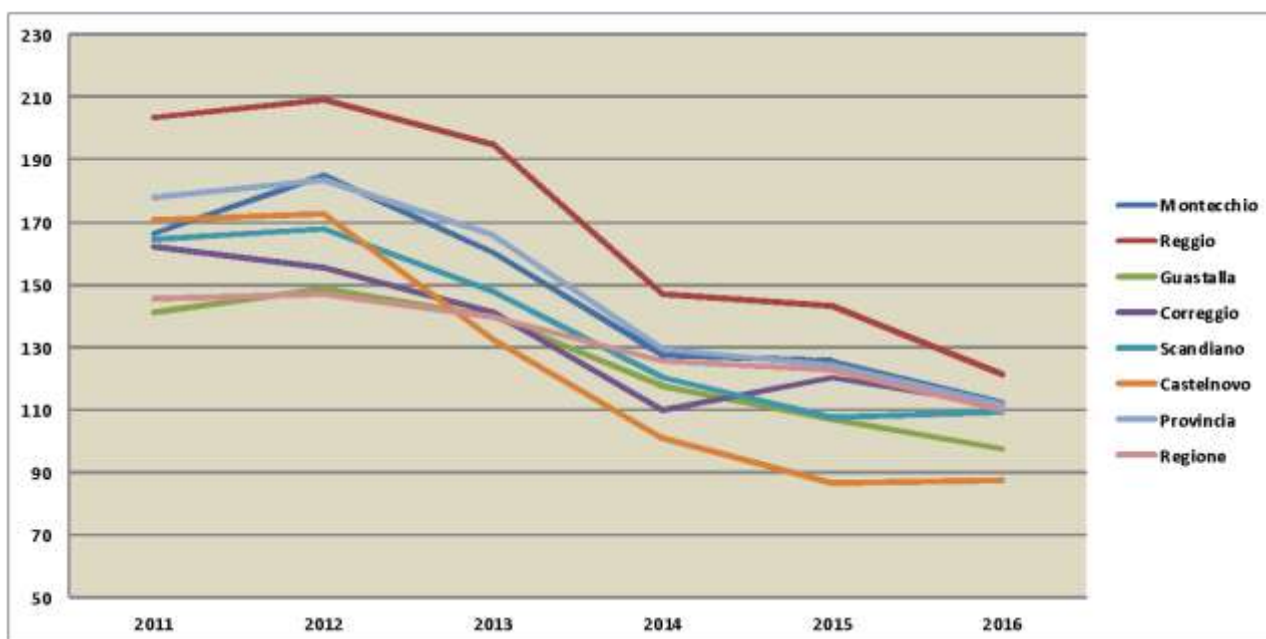
I tassi sono stati calcolati utilizzando come denominatore la popolazione residente in Emilia-Romagna al 1 gennaio dell'anno di riferimento, mentre la popolazione utilizzata come standard di riferimento è quella italiana al 01/01/2001.

In tutte le aree territoriali considerate i tassi si riducono notevolmente, mediamente del 15% circa, a partire dal 2012.



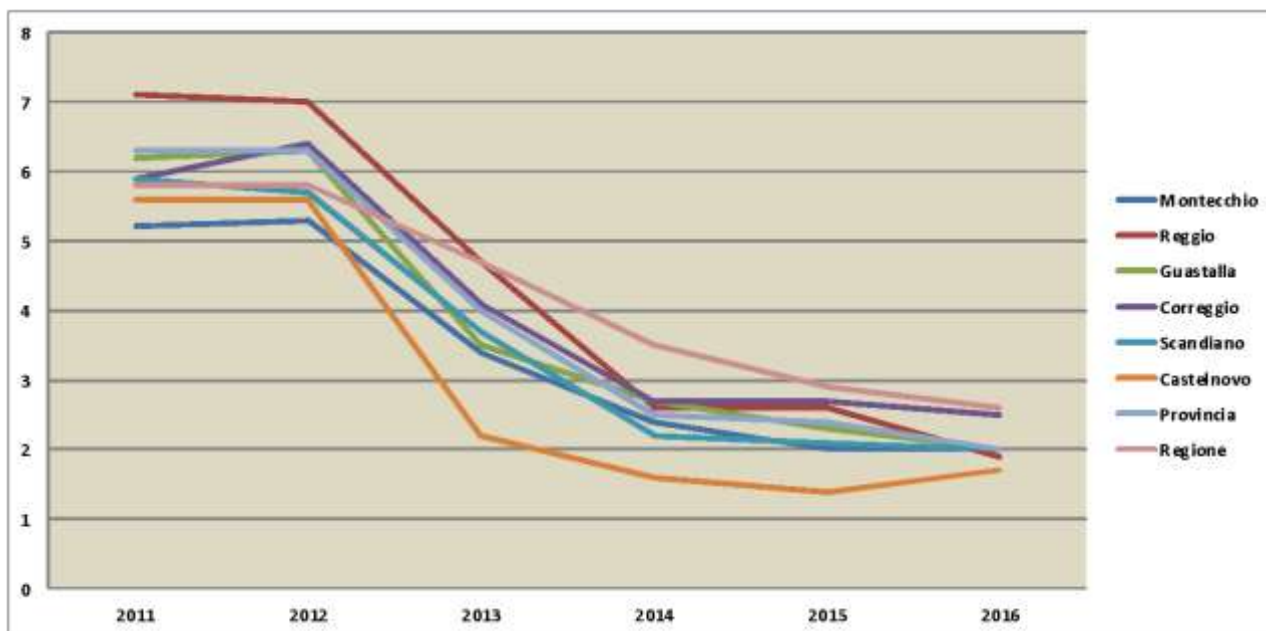
Graf. 51: tassi di ospedalizzazione standardizzati da dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza.

Ancora più netta appare la riduzione delle giornate di degenza per accessi di tipo medico per le discipline acute in tutte le aree considerate, con cali anche superiori a 1/3 rispetto al 2011.



Graf. 52: giornate di degenza nelle strutture pubbliche e private accreditate in modalità diurna per le discipline acute.

Anche se i tassi sono più bassi è ancora maggiore la riduzione nel tempo dei tassi di ospedalizzazione diurna che è più che dimezzata in tutte le aree territoriali considerate.



Graf. 53: tassi di ospedalizzazione standardizzati nelle strutture pubbliche e private accreditate in modalità diurna per le discipline acute.

Complessivamente si può affermare che le politiche sanitarie di de-ospedalizzazione e di contemporaneo sviluppo di modalità alternative al ricovero stiano funzionando bene senza riduzione della qualità dei servizi.

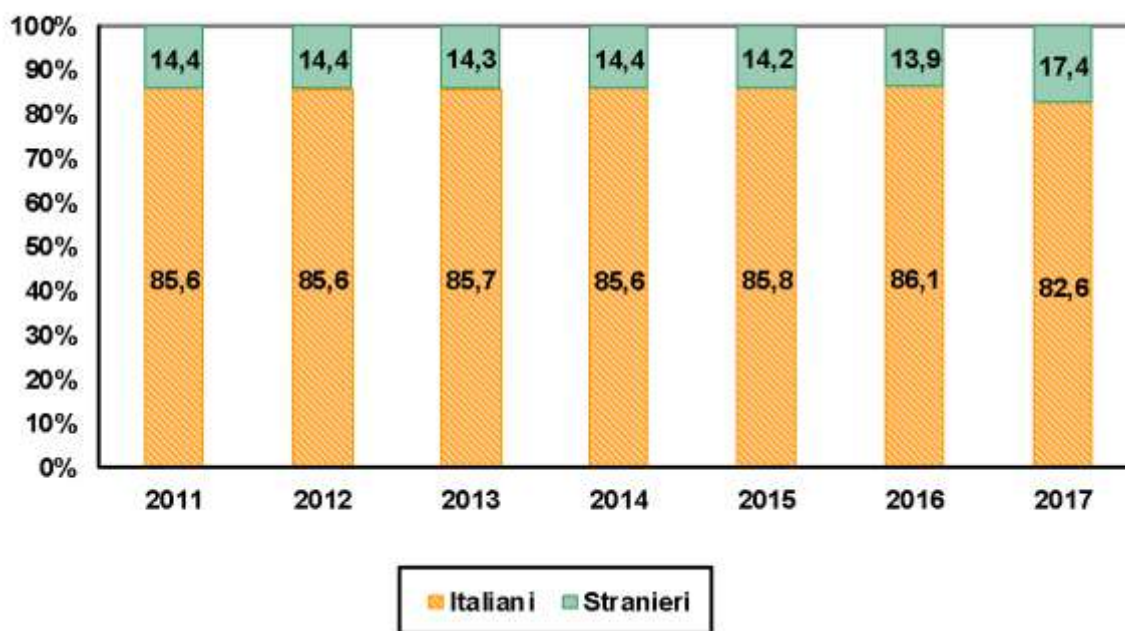
### III. Accessi al pronto soccorso per livelli di gravità della popolazione

Al contrario, gli accessi al pronto soccorso appaiono in crescita anche se con alcune differenze territoriali.

Area territoriale	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni	Accessi	Prestazioni
Montecchio Emilia	21.137	138.709	20.952	145.805	19.879	152.957	20.250	147.529	20.037	145.439	19.842	159.717	20.311	152.991
Reggio Emilia (AOSP)	75.039	557.389	77.612	573.599	77.539	601.724	84.253	515.795	84.684	540.639	85.619	546.821	86.477	579.932
Guastalla	22.215	159.017	23.599	153.367	22.926	150.526	22.606	156.255	22.584	170.025	23.233	189.303	23.466	175.747
Correggio	13.084	55.131	14.186	84.261	14.556	78.390	15.157	70.590	14.974	88.596	14.661	83.301	14.962	94.704
Scandiano	20.380	163.708	20.486	163.504	19.677	150.508	20.633	154.207	21.115	151.063	21.042	167.201	22.158	117.466
Castelnovo Monti	14.162	97.341	14.236	98.495	14.141	97.171	14.180	98.273	14.766	107.276	14.400	113.073	14.482	124.375
Provincia	166.017	1.171.295	171.071	1.219.031	168.718	1.231.276	177.079	1.142.649	178.160	1.203.038	178.797	1.259.416	181.856	1.245.215
Regione	1.835.085	11.042.039	1.824.001	11.334.358	1.821.564	11.240.724	1.861.870	11.538.020	1.857.137	12.250.210	1.875.560	12.702.565	1.891.003	13.072.994

Tab. 95: numero di accessi e di prestazioni di pronto soccorso negli ospedali provinciali e in Emilia-Romagna.

La proporzione di residenti di origine straniera che accedono al PS è solo lievemente superiore a quella degli italiani, indice di un corretto utilizzo delle strutture.



Graf. 54: distribuzione percentuale degli accessi al pronto soccorso in provincia di Reggio Emilia per origine geografica.

Nel 2017 la causa di accesso più frequente è rappresentata dai traumi, seguita da sintomi o disturbi ostetrico-ginecologico, dolore addominale, dolore toracico o precordiale, sintomi o disturbi oculistici.

Nello stesso anno, sebbene in lieve calo, gli accessi inappropriati (codice bianco) sono stati più di 23.000 (15,5%), i gravi (giallo) il 18,4% e quelli con immediato pericolo di vita (rosso) 3.774 (2,1%).

Per quanto riguarda l'indice di dipendenza provinciale registra l'89% di accessi da parte di soggetti dell'Azienda USL di Reggio Emilia, 4,6% provengono da altre aziende regionali e il 6,4% da fuori regione o dall'estero.

In tutti gli ospedali la quota di accessi dalla provincia sfiora o supera il 90% ad eccezione di Montecchio Emilia che ha un 13,2% di utenti da altre province, quasi tutti della Val d'Enza, e Guastalla che ha un 12,9% di utenti da fuori regione, principalmente dalla Lombardia.

## Sezione E: la spesa sociale e sanitaria e le fonti di finanziamento

### 1. Spesa sociale comuni, FRNA e sanitaria

#### Spesa sociale dei Comuni per distretto

Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnuovo Monti	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Famiglie e minori	4.120.435	4.444.952	21.871.514	21.814.240	5.261.531	5.687.469	3.516.557	3.878.995	5.790.666	5.125.751	1.483.468	1.437.354
Disabili	1.705.488	1.535.327	6.431.186	7.100.726	1.386.381	1.414.918	789.973	739.700	1.385.913	1.497.112	397.077	365.174
Dipendenze	46.886	33.955	525.110	533.193	38.900	38.700	29.200	29.850	101.969	97.519	55.278	45.728
Anziani (65+)	2.012.636	1.732.010	4.645.836	4.707.048	2.789.167	2.339.742	843.683	744.883	928.776	888.867	943.904	811.617
Immigrati e nomadi	139.799	126.698	1.100.609	1.129.135	161.834	156.314	95.077	97.336	130.443	138.071	48.551	21.748
Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	423.261	534.709	1.602.442	1.806.015	310.489	226.964	115.868	119.103	407.155	276.297	144.762	210.174
Multitutenza	1.065.030	1.065.543	3.692.869	3.864.925	713.126	720.306	540.843	552.395	834.370	729.919	296.718	452.604
<b>Totale</b>	<b>9.513.535</b>	<b>9.473.194</b>	<b>39.869.566</b>	<b>40.955.282</b>	<b>10.661.428</b>	<b>10.584.413</b>	<b>5.931.201</b>	<b>6.162.262</b>	<b>9.579.292</b>	<b>8.753.536</b>	<b>3.369.758</b>	<b>3.344.399</b>

Tab. 96: costo totale della spesa sociale dei comuni per distretto e area.

In termini assoluti la quota pi  elevata di spesa   riservata a famiglie e minori, seguiti da anziani e disabili-

Di seguito si riporta il rapporto tra spesa dei comuni (al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale) e la popolazione target del servizio o dell'area di riferimento.<sup>8</sup>

Il costo pro-capite appare molto diversificato nei diversi distretti, ma in tutti   pi  elevato per i disabili, seguiti da famiglie e anziani.

	Montecchio Emilia		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnuovo Monti	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Famiglie e minori	241	260	368	358	255	277	219	239	255	226	180	177
Disabili	3.027	2.732	3.153	3.443	2.138	2.191	1.547	1.444	1.844	1.997	1.402	1.301
Dipendenze	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2
Anziani (65+)	157	133	104	103	185	153	77	66	62	58	101	86
Immigrati e nomadi	23	20	33	32	15	14	12	12	18	19	16	7
Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	11	11	12	10	7	4	3	3	8	4	7	8
Multitutenza	17	17	17	17	10	10	10	10	10	9	9	13
<b>Totale</b>	<b>153</b>	<b>151</b>	<b>178</b>	<b>180</b>	<b>148</b>	<b>147</b>	<b>106</b>	<b>109</b>	<b>118</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

Tab. 97: costo pro-capite della spesa sociale dei comuni per distretto e macrocategoria.

<sup>8</sup>La popolazione di riferimento per l'**area famiglia e minori**   costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati sulla base del Censimento della popolazione. La popolazione di riferimento per l'**area disabili** rappresenta le persone disabili con et  inferiore a 65 anni che vivono in famiglia, rilevate con l'indagine Multiscopo sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. La popolazione di riferimento per l'**area dipendenze**   data dai residenti con et  maggiore o uguale a 15 anni. La popolazione di riferimento per l'**area anziani**   data dai residenti con et  maggiore o uguale a 65 anni. La popolazione di riferimento per l'**area immigrati e nomadi**   data dal numero di stranieri residenti. La popolazione di riferimento per l'**area povert  e disagio adulti**   data dai residenti con et  compresa tra i 18 e i 64 anni. La popolazione di riferimento per l'**area multitutenza** e per il **totale aree**   data dai residenti complessivi.

## Scelte strategiche e priorità

### VERSO UN NUOVA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI WELFARE DELL'UNIONE BASSA REGGIANA

Il territorio della Bassa Reggiana si qualifica per un'organizzazione dei servizi non ancora del tutto omogenea . In Unione, afferiscono le funzioni dell'area della disabilità adulta e dell'area Genitorialità e tutela minori mentre l'area degli anziani , eccetto il Coordinamento SAA, funzione ad alta integrazione socio sanitaria distrettuale, e l'area adulti fragili, sono in capo ai singoli comuni.

L'Unione affida all'Azienda Speciale, ente strumentale dell'Unione, la gestione dell'area prevenzione del disagio, genitorialità e tutela dei minori , specificando che ogni servizio dell'area in oggetto, a termini di legge, deve essere gestito integralmente dall'ASBR.

I servizi oggetto di affidamento sono:

- 1) Genitorialità e tutela minori;
- 2) Centro per le Famiglie;
- 3) Educativa territoriale e familiare;
- 4) Sportelli Sociali

L'affidamento della gestione di questi servizi , definisce una nuova architettura del servizio sociale territoriale identificando una sorta di polo di competenza rivolto alle famiglie dell'Unione, principalmente con figli minorenni, che presentano differenti difficoltà.

La pluri-appartenenza di ruoli e funzioni (Comuni/Unione/ASBR) rende complessa la gestione dei servizi stessi che investono quote consistenti di tempo sia nel coordinare le informazioni, che per negoziare le progettualità e gli investimenti da attivare. A volte si attivano istanze divergenti, poiché diverso è il focus col quale si osservano i problemi; da qui la necessità di mediare conflitti e costruire convergenze sostenibili è pressoché quotidiana.

Possiamo affermare che una funzione trasversale del Servizio Sociale Integrato Zonale (SSIZ) che diventa una sorta di filo rosso che si dipana negli interventi ordinari, è anche quella di tenere le connessioni con gli snodi del sistema dei servizi: Comuni, Ausl (Sert, Csm in primis), Azienda Speciale, Scuole, Soggetti del terzo settore e non per ultimo le Famiglie.

In quest'ottica, il passaggio dell'area genitorialità e tutela minori all'interno di ASBR ha consentito di avviare un processo di semplificazione ed integrazione in grado di produrre maggiore efficienza, efficacia ed adeguatezza degli interventi.

Naturalmente il processo è incompiuto.

In un' ideale riprogrammazione dei servizi si potrebbero pertanto individuare **2 macro sistemi**:

- Famiglie con minori e adulti fragili affiancate da famiglie risorsa (si pensi alle attività di prevenzione del centro per le famiglie ma anche alla psicologia scolastica, al lavoro di supporto alla genitorialità ...)

- Famiglie con anziani non autosufficienti o parzialmente sufficienti e con disabili adulti (vedi capitolo successivo AREA WELFARE DELL'UNIONE BASSA REGGIANA, NON AUTOSUFFICIENZA E ASP PROGETTO PERSONA VERSO 2020)

### *Area famiglie con minori e adulti fragili*

All'interno di quest'area va collocata l'attuale area genitorialità e tutela minori che, come si è detto, lavora in stretta sinergia con l'educativa territoriale e con il Centro per le famiglie, (servizio pensato per sostenere famiglie "normali", immerse in fisiologici momenti di cambiamento: crisi di coppia, nascita di figli, perdita di familiari ...), il quale, attivando un efficace lavoro di comunità, può favorire virtuosi percorsi di sensibilizzazione ai problemi inscritti nei territori, sino ad articolarsi in veri e propri percorsi di accoglienza e di affidamento.

L'area famiglie con minori e adulti fragili dovrebbe trovare il proprio assetto gestionale all'interno dell'Azienda Speciale Bassa Reggiana, contribuendo così a ristrutturare quell'identità lavorativa comune, di cui oggi si avverte la necessità (rischio frammentazione organizzativa)

Poiché quando si parla di bambini non bisogna mai dimenticare che si parla anche dei loro genitori, riteniamo vada anche accolta, in una logica d'intervento sui nuclei famigliari in difficoltà, una parte di lavoro di cura connesso prioritariamente a problemi di natura più sociale, collegata anche ai macro fenomeni globali che il territorio dell'unione sta impattando, come per esempio: il possesso e/o mantenimento di un'abitazione, la presenza di un lavoro e/o di un reddito, la vita di relazione, l'integrazione culturale di nuclei immigrati ...

*...In altre parole prendersi cura di bambini in difficoltà significa anche prendersi cura della loro famiglia, garantendo che i bambini non vivano in condizioni di pregiudizio sia da un punto di vista intra familiare (maltrattamenti e trascuratezze di varia natura) che extrafamiliare (condizioni di sussistenza di base : casa, nutrimento, scolarizzazione, socialità, salute psicofisica)...*

Condizioni di povertà delle famiglie se in assoluto non costituiscono un pregiudizio per i bambini, nelle situazioni specifiche possono inficiare una crescita sana e sufficientemente adeguata che deve interrogare l'intera comunità.

Ecco che allora l'intervento sulle famiglie deve essere pensato organicamente, immaginando un unico servizio che intervenga a 360 gradi sui nuclei, favorendo integrazione di sguardi, di competenze e di interventi.

In sintesi in Azienda Speciale è confluita una fetta significativa dell'articolazione del sistema dei servizi sociali Unionali: sportello sociale, Centro Famiglie, educativa territoriale, area genitorialità e tutela minori. E' in corso di analisi e di fattibilità la riorganizzazione delle aree ad esse integrate con particolare riferimento all'area adulti.

L'approccio al lavoro di cura che abbiamo provato a tracciare, vale a dire una sinergia operativa tra servizi che vada verso il superamento dei target specialistici e che punti al reinserimento sociale di individui e famiglie, viene altresì sostenuto dai recenti strumenti pensati dal Governo e dalle Regioni, finalizzati a sostenere l'inclusione

sociale di nuclei che, per diversi motivi, gravitano nell'area della marginalità: legge 14, RES, REI, PON

L'attivazione concreta di questi strumenti prevede la realizzazione di dispositivi organizzativi ad hoc, che, in modo integrato, programmino e gestiscano azioni con le famiglie beneficiarie.

Tutto ciò sta rappresentando un'ottima occasione per portare a compimento quel processo d'integrazione organizzativa descritto nelle righe precedenti.

Quando parliamo del sistema di accoglienza relativo a cittadini adulti con problemi d'inclusione sociale, parliamo di un'area di lavoro composta dall'operatore di sportello, dall'assistente sociale, dal responsabile di servizio, e lateralmente da una funzione amministrativa. Questi ruoli si intrecciano in vario modo da comune a comune e dovrebbero trovare una coerenza di sistema.

### *Area Non autosufficienza*

In data 18 Aprile 2018 la Giunta dell'Unione Bassa Reggiana ha approvato con la Delibera n.44 le seguenti Linee di Indirizzo (cit. testo approvato in giunta):

#### AREA WELFARE DELL'UNIONE BASSA REGGIANA, NON AUTOSUFFICIENZA E ASP PROGETTO PERSONA VERSO 2020

- L'attuale situazione dei servizi alla non autosufficienza della Bassa Reggiana presenta un frazionamento e una diversificazione di enti gestori che, nell'interesse della qualità e della sostenibilità dei servizi erogati, necessitano di essere riformati e superati. Nell'Unione bassa reggiana insistono 5 diversi soggetti accreditati per la residenzialità e la domiciliarità per l'assistenza agli anziani.
- Attualmente il territorio si caratterizza per un sistema capillare e a elevati standard sorretto da ingenti finanziamenti a carico della fiscalità degli enti locali: 8 case protette accreditate per 8 comuni sono un unicum su scala nazionale e rappresentano un'eccellenza che intendiamo difendere e proteggere.
- Il percorso privilegiato per mantenere e sviluppare il sistema è la creazione di un unico ente gestore che possa generare la massa critica utile a incrementare le performance gestionali ed economiche, raggiungendo anche l'obiettivo di dar vita a una sola lista di accesso. Ciò risulta essere in rispondenza anche alla normativa sovraordinata, infatti le leggi regionali del 2012 e del 2013 per territori omogenei hanno disegnato progressivamente un assetto dei servizi socio- sanitari imperniato su un unico soggetto pubblico gestore nello stesso distretto.
- In un territorio a mosaico come quello della bassa reggiana non è ulteriormente rinviabile l'azione che porta a concentrare in un unico ente gli aspetti di programmazione e di policy con quelli gestionali; risultato perseguibile con la creazione di un hub pubblico della non autosufficienza, con il ricorso alla forma giuridica che oggi meglio si presta, quella dell'ASP (Azienda pubblica di servizi alla persona), per altro già attiva nel distretto. La gestione diretta dei servizi e

delle attività core nell'ASP consentirà di perseguire la valorizzazione continua delle risorse umane e quindi dei dipendenti, che rappresentano la risorsa più importante di un'azienda che eroga servizi sociali

- Un unico ente gestore pubblico della non autosufficienza consentirà una migliore integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e con gli altri soggetti che costituiscono il welfare di comunità; garantirà, inoltre, uniformità nelle metodologie operative.
- Indispensabile al perseguimento a tale finalità è la predisposizione di un percorso che porti ad uno studio di fattibilità. Tale percorso avrà input dalla giunta dell'Unione e vedrà il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, istituzionali e non, nell'ambito territoriale. Lo studio avrà il compito di analizzare le attuali criticità e di proporre delle soluzioni che portino a creare la condizioni per una gestione unitaria dei servizi in questione.
- Tali azioni da compiersi nei prossimi mesi saranno condizione necessaria per arrivare al superamento della situazione attuale e al cambio di modello gestionale per quei comuni che attualmente adottano modelli di gestione differenti dall'ASP.
- Il punto di arrivo di questo processo che definiremo "nuova Asp" con la partecipazione di tutti i Comuni della Bassa Reggiana con i rispettivi servizi attualmente in essere deve essere calendarizzato a partire da dicembre 2019, con la cessazione progressiva dei contratti di accreditamento definitivo dei servizi di residenzialità e domiciliarità negli otto Comuni.
- Posto che il primo atto di indirizzo risiede nella scelta da parte di tutti i Comuni di iniziare detto percorso finalizzato alla creazione della "nuova Asp" e il relativo conferimento dei servizi per anziani di loro competenza, l'Unione assume l'indirizzo di richiedere la convocazione in ogni Comune apposita riunione del Consiglio Comunale con relativa deliberazione. Il Consiglio dell'Unione verrà preceduto dai Consigli comunali degli otto comuni.
- Un'azienda pubblica consentirà una maggiore partecipazione ai contesti di programmazione, progettazione e realizzazione previsti dal Piano di zona per la salute e il benessere sociale. È in grado di sviluppare l'integrazione professionale come ricomposizione unitaria delle diverse competenze e delle diverse attività e l'innovazione organizzativa e gestionale. Ha le potenzialità per favorire l'apporto e il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali e lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzata. E' necessario, inoltre aprire un dialogo con le rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative sui temi che riguardano la flessibilità di orari, accordi integrati diversi per gli 8 comuni al fine di garantire alla nuova Asp la flessibilità necessaria per dare risposte sempre più aderenti ai bisogni dei cittadini.

- L'azienda pubblica consentirà di prendere in considerazione l'opportunità di allocare nel soggetto pubblico anche l'area della disabilità, oggi incardinata all'interno del SSIZ unionale.
- E' necessario aprire un dialogo con la Regione Emilia Romagna che consenta di eliminare gli svantaggi competitivi delle ASP, nei confronti dei privati e del privato sociale, che consistono nella penalizzazione oggi esistente sulla tassazione Irap e sugli oneri sostenuti direttamente in relazione alle indennità per assenze per malattia dei dipendenti, non potendo accedere al fondo Inps di mutualizzazione degli oneri. La sostenibilità economica della "nuova ASP" che è condizione per mantenere un'elevata qualità dei servizi offerti dipende quindi sia dal perseguimento del livello distrettuale con le relative economie di scala ma anche dal superamento degli svantaggi competitivi esistenti nel settore.

## SPORTELLLO SOCIALE CASA DELLA SALUTE DI BRESCELLO

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
- 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

<b>Razionale</b>	<p>Le Case della Salute intendono qualificarsi come luogo facilmente riconoscibile ed accessibile alla popolazione di riferimento , nella quale viene garantita l'accesso e l'erogazione di prestazioni che possono avere una valenza socio – sanitaria , da parte di un gruppo di professionisti che opera secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati e alla sanità di iniziativa.</p> <p>I principi che orientano tale modalità di lavoro sono l'equità dell'accesso nei singoli territori , la presa in carico secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e l'assistenza declinata in termini di appropriatezza , sicurezza , coordinamento /continuità, efficienza.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Una delle funzioni chiave che qualificano la casa della salute è l'ACCESSO: importanza quindi del punto di accoglienza e orientamento rispetto alle varie attività presenti nella casa della salute e alle modalità di funzionamento. In tale ambito gli aspetti relazionali e comunicativi sono determinanti ed anche le associazioni di volontariato possono avere uno specifico ruolo.- Un'altra funzione chiave è la valutazione del bisogno dell'utente ,che deve essere integrata tra ambito sociale e sanitario per poter poi definire le risposte più appropriate.</p> <p>Si potranno definire al meglio gli interventi sociali legati alla valutazione degli utenti ad esempio progetto RISK-ER , dove tale integrazione , può sicuramente ridurre la complessità e il rischio di re-ricovero . Il valore aggiunto è quello di identificare la potenziale condizione di fragilità della popolazione.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutti i cittadini afferenti alla Casa della Salute di Brescello
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Il Punto unico di accesso ovvero sportello sociale nel quale il cittadino potrà trovare le indicazioni per accedere ai servizi socio sanitari di competenza.</p> <p>2.Lo sportello sociale avrà un atteggiamento proattivo ai bisogni di salute , facendosi coinvolgere anche dal volontariato che a volte coglie prima bisogni di salute</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Progetto case della salute</p> <p>supporto al care giver</p> <p>PRP 6.2 La lettura del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute</p> <p>PRP 6.4 Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete</p>

	<p>Mellito</p> <p>PRP 6.5 Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari</p> <p>PRP 6.7 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche</p> <p>PRP 4.2 Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Unione</p> <p>Ausl</p> <p>Associazionismo/ volontariato</p> <p>Organizzazioni Sindacali</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Coordinatrice Sportello sociale ASBR</p> <p>Ilaria Savini</p> <p>e.mail: I.savini@asbr.it</p> <p>Direttore Distretto Ausl di Guastalla</p> <p>Monici Lucia</p> <p>e.mail: lucia.monici@ausl.re.it</p> <p>Direttore dipartimento Cure Primarie Area Nord</p> <p>Pellati Morena</p> <p>e.mail: morena.pellati@ausl.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 3

### 1°: Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato.

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** elenco organizzazioni comuni di Boretto, Brescello e Poviglio - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

### 2°: Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate.

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** nessuna pianificazione e organizzazione iniziative dedicate - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 3

### 3°: Relazione bi-mensile per potere valutare il target di utenti e le problematiche riportate

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

## CASA DELLA SALUTE E MEDICINA DI INIZIATIVA

Completato

## Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Dipartimento Cure Primarie</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le Case della Salute sono strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, secondo uno stile di lavoro per équipe multi professionali e interdisciplinari, al fine di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione</p> <p>Le Case della Salute nel Distretto di Guastalla sono 3 con una popolazione di riferimento pari al 71803 abitanti. Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento. Nel 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il PDTA dello scompenso cardiaco è stato progressivamente implementato negli NCP avendo come riferimento, preferenzialmente, una casa della salute, dove è stato anche attivato un ambulatorio della cronicità. Con analoghe modalità vengono seguiti i pazienti affetti da diabete, non complicato, che entreranno formalmente nel PDTA. In attesa delle Linee Guida R. Emilia-Romagna sulla BPCO, preliminari alla definizione di un PDTA aziendale, nelle Case della Salute\NCP proseguiranno, anche con il coinvolgimento degli Pneumologi ospedalieri, i monitoraggi dei progetti di miglioramento sulla gestione integrata della BPCO, progettati partendo dai dati dei Profili di Nucleo.</p>

	<p>Il progetto Risk-ER è stato avviato nel 2016 nelle Case della Salute di Puianello e Brescello. Nel 2017 è proseguito il lavoro di monitoraggio e verifica dei pazienti selezionati (in particolare per l'adesione alla terapia), la chiamata attiva e l'invio dei pazienti target al percorso più adeguato. Dall'analisi dei dati del 2017 è emerso, in entrambe le CdS, che gli interventi più attuati non sono stati l'inserimento dei pz in ADI/ADP, l'educazione terapeutica e nel quasi il 50% dei pz non è stata necessaria nessuna azione perché già seguiti in modo completo ed appropriato. Si sottolinea che una rilevante quota di pz segnalati sono deceduti nel corso dello studio a conferma della validità del modello.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione del Distretto
<b>Azioni previste</b>	<p>L'obiettivo è di attivare il PDTA del scompenso in tutti e 3 i nuclei, avendo come sede la casa della salute, su cui istituire l'ambulatorio della cronicità, quale presupposto per l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali per altre patologie croniche, compresa le BPCO</p> <p>BPCO _ Il progetto è iniziato nel NCP 46 di Guastalla, quale progetto di miglioramento in relazione ai profili di salute e successivamente si prevedono ulteriori attivazioni negli altri nuclei</p> <p>Nel 2018 il progetto Risk-ER sarà esteso alla casa della salute di Reggiolo.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>PRP scheda 6.3</p> <p>PRP scheda 6.4</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>AUSL</p> <p>MMG- PLS</p> <p>servizio sociale</p> <p>associazioni di volontariato</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>D.ssa Pellati Morena Dipartimento Cure Primarie      pellatim@ausl.re.it</p> <p>Dott. Manotti Paolo      Referente distrettuale MMG      manottip@ausl.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: Aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (Fonte: Profili NCP)

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al: 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** >valore 2016

- **Obiettivo 2019:** > valore 2017

- **Obiettivo 2020:** > valore 2018

### 2°: Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte: Profili NCP)

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al: 31/12/2016

- **Obiettivo 2018:** <valore 2016

- **Obiettivo 2019:** <valore 2017

- **Obiettivo 2020:** <valore 2018



## PROMOZIONE DEGLI STILI DI VITA NELLA CASA DELLA SALUTE

Completato

## Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

## Riferimento scheda distrettuale: SPORTELLO SOCIALE CASA DELLA SALUTE DI BRESCELLO

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>DISTRETTO DI GUASTALLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;B;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento.</p> <p>Gli incontri informativi/formativi rappresentano un setting opportunistico ideale, in cui applicare la diagnosi motivazionale e fornire informazioni utili sui corretti stili di vita, da utilizzare nella pratica quotidiana.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto rappresenta una opportunità di sperimentazione di un intervento di prevenzione nelle Case della Salute, il luogo deputato all'incontro tra servizi sanitari e la vita delle persone e caratterizzato dall'integrazione professionale di chi vi opera (MMG, Infermieri della Cronicità, Medici Specialisti, etc..).</p> <p>Il presente progetto ha l'obiettivo di Fornire informazioni circa gli stili di vita corretti correlati all'alimentazione e all'attività motoria, promuovere quindi lo sviluppo di "empowerment" delle persone cui ci rivolgiamo e muovere il loro interesse nel farsi domande circa il loro modo di alimentarsi e di fare/non fare attività fisica.</p> <p>Se le persone cui ci rivolgiamo sono in uno stato precontemplativo o contemplativo o attivo, confidiamo di poter dare loro supporto verso una fase di cambiamento. Intendiamo quindi attivare un meccanismo a cascata di passaggio delle informazioni secondo la modalità del "peer to peer" affinché i soggetti portatori di informazione possano a loro volta sensibilizzare, i propri famigliari, gli amici e tutte le persone della comunità in cui vivono.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione del distretto
<b>Azioni previste</b>	<p>Definizione del target: soggetti con fattori di rischio (sovrappeso, sedentarietà, tabagismo, alcool) soggetti in alcune particolari fasi della vita (es anziani, donne in menopausa), soggetti con particolari patologie croniche (inserite nei PDTA delle cronicità) che si trovino nelle fasi motivazionali di contemplazione e determinazione rispetto al Modello Transteorico del cambiamento (Prochaska, Di Clemente)</p> <p>2) Reclutamento del target in collaborazione con i MMG, gli infermieri della cronicità, gli specialisti coinvolti, le ostetriche ed eventualmente le associazioni di volontariato e società sportive</p> <p>3) Programmazione di Incontri di carattere informativo, esperienziale (es cucine didattiche) e motivazionale almeno in una Casa della Salute del Distretto</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche</b>	PRP 6.4 Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete

<b>integrate collegate</b>	Mellito PRP 6.5 Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari PRP 6.7 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche PRP 2.21 formazione e informazione per promuovere l'empowerment dei cittadini e degli operatori sanitari
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unione Ausl Associazionismo/ volontariato Organizzazioni Sindacali Servizio Sociale Integrato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Distretto di Guastalla Enrica Terzi ROAD enrica.terzi@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: n. partecipanti incontri a carattere informativo/esperienziale

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 10

- **Obiettivo 2020:** 15

### 2°: n. incontri per le associazioni nelle case della salute

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3



## RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA

Completato

### Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'integrazione delle due Aziende Sanitarie della provincia di Reggio Emilia, avvenuta il 1° luglio 2017 per effetto dei disposti dalla L.R. n. 9/2017, sotto il profilo assistenziale, si è concretizzata nell'unificazione dei 6 Stabilimenti ospedalieri, presenti nei Distretti territoriali, in un unico Presidio Ospedaliero provinciale organizzato in 8 Dipartimenti, la cui offerta di posti letto a gestione diretta risulta, al 31/12/2017, pari 1.517 posti letto complessivi a cui vanno aggiunti 185 posti letto presenti negli ospedali Privati Accreditati della Provincia.</p> <p>Il percorso di riordino avviato e' stato condiviso dalla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria (CTSS) del 19.10.2017, ove sono state poste le basi per la formulazione del nuovo Piano Attuativo Locale (PAL) Ospedaliero provinciale.</p> <p>Il Piano attuativo locale ospedaliero (PAL ospedaliero), in corso di redazione in collaborazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), rappresenterà il riferimento progettuale dei prossimi anni per quanto attiene il modello di funzionamento della rete ospedaliera, della struttura dell' offerta, delle soluzioni organizzative previste per rispondere in modo appropriato, tempestivo, efficiente, innovativo e integrato alla domanda di assistenza ospedaliera nella provincia di Reggio Emilia.</p> <p>A stralcio del futuro PAL è stato approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria, nella seduta del 20/11/2017, per l'Ospedale di C. Monti, il Programma "S. Anna Plus", che, facendo seguito agli indirizzi regionali di potenziamento e sviluppo delle attività clinico-assistenziali e di riqualificazione degli ospedali appenninici, prevede la realizzazione di una serie di interventi che anticipano, nella loro formulazione e realizzazione, le previsioni del futuro PAL provinciale.</p>
<b>Descrizione</b>	Applicare gli standard nazionali di cui al DM n. 70/2015 e alla DGRER n. 2040/2015 in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale e all'integrazione con i servizi territoriali.
<b>Destinatari</b>	Pazienti del Servizio Sanitario Regionale, strutture dell'AUSL di RE, strutture del Privato Accreditato e i rispettivi professionisti.
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Adeguamento della dotazione di posti letto con quanto previsto dal DM 70/2015 e dalla DGR n. 2040/2015.</p> <p>2. Adozione del modello organizzativo di riferimento. Il DM n. 70/2015 e la DGR n. 2040/2015 rappresentano i riferimenti per il modello organizzativo e per la rappresentazione dell'offerta nei singoli ospedali sulla base delle loro caratteristiche distintive.</p> <p>Il modello condiviso e' quello basato sulle Reti Ospedaliere (Hospital Network) in cui un gruppo di ospedali lavorano insieme per coordinare e sviluppare una qualificata offerta di prestazioni e servizi, integrata a livello extraospedaliero, rivolta alla comunità di riferimento, nel rispetto del service-mix che ciascuno di essi è in grado di assicurare e per valorizzare al contempo le</p>

	<p>professionalità presenti.</p> <p>In questa prospettiva alcuni ospedali saranno connotati come focused factories (unità produttive focalizzate) il cui obiettivo è quello concentrare in una singola sede una specifica produzione allo scopo di evitare che una sua frammentazione, tipologica ed erogativa, su più ospedali impedisca di raggiungere adeguati standard quali-quantitativi, di meglio qualificare le competenze professionali e di aumentare l'efficienza dell'intero percorso assistenziale e di cura dei pazienti.</p> <p>Le focused factories coesistono con il modello di rete Hub &amp; Spoke e delle equipe itineranti, in quanto una singola equipe concentra la casistica più complessa nell'ospedale con il più ampio service-mix e, al tempo stesso, tratta la casistica più semplice in un ospedale di prossimità preventivamente assegnato. Le focused factories sono previste in vari ambiti non solo chirurgico ma anche nella diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione di determinate patologie o di transizione fra l'ospedale e le cure primarie.</p> <p>3. La riconfigurazione delle Reti cliniche secondo il modello organizzativo Hub &amp; Spoke coinvolge diverse aree tra cui, quelle prioritariamente previste nel nuovo PAL, sono l'area dell'Emergenza-Urgenza, l'area Oncologica, l'area Cardiologica e Cardiochirurgia, l'area delle Chirurgie generali e specialistiche, l'area Ortopedico-Traumatologica, l'area Gastroenterologica, l'area delle Neuroscienze e della Riabilitazione e l'area Materno-Infantile.</p> <p>4. Il Programma "S. Anna Plus" prevede l'attuazione di interventi in diverse aree per ciascuna delle quali sono sviluppati specifici progetti:</p> <p>Area dell'Emergenza Urgenza  Area della Chirurgia elettiva e specialistica  Area Materno Infantile  Area della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Le scelte e le azioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale sono il frutto di una progettualità condivisa fra l'AUSL di RE ed Enti Locali nell'ambito delle sedi istituzionali dedicate.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott Mazzi Giorgio Direttore di Presidio
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA'

Completato

## Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione ed il cambiamento del profilo epidemiologico delle popolazioni, caratterizzato da un forte incremento della multi morbilità e della fragilità hanno accelerato il processo di consolidamento della rete dei servizi di assistenza primaria territoriali, quale ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini; in questa ottica il potenziamento della rete assistenziale territoriale si avvale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, Case della Salute, quale punto d'accesso al sistema socio-sanitario per il cittadino che necessita di prestazioni a bassa intensità di cura e complessità nodo strutturale di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative definite, che mettono in relazione i Nuclei di cure primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale).</li> <li>- di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di posti letto sanitari territoriali (Ospedali di Comunità) con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi setting, sulla base dell'intensità assistenziale.</li> </ul> <p>Infatti, gli Ospedali di Comunità (OsCo) sono finalizzati ad ottenere specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, in particolari tipologie di pazienti che prolungherebbero, senza particolari utilità, la durata di un ricovero ospedaliero o potrebbero essere trattati appropriatamente anche al di fuori dell'ospedale, ma non a domicilio.</p> <p>Esiste un'ampia varietà di malati, in prevalenza anziani, fragili, multiproblematici, con comorbidità, a rischio «intermedio», che necessitano di un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo, senza per altro richiedere procedure diagnostico-terapeutiche complesse e articolate e intensività nell'approccio clinico, specifiche del momento ospedaliero appunto le Cure Intermedie.</p> <p>Cure intermedie, quindi, intese quale cerniera tra la rete di offerta ospedaliera e i servizi territoriali, si caratterizzano come servizi finalizzati a interventi temporanei, di stabilizzazione, riabilitazione o abilitazione, realizzati anche attraverso la disponibilità di posti letto sanitari extra-ospedalieri.</p> <p>Le "cure intermedie" sono un "concetto" e non un "servizio"; sono una modalità di intervento, attraverso il concorso di molteplici servizi.</p> <p>Il "concetto" è che una persona anziana che si trova in difficoltà a causa di un evento acuto deve trovare risposte adeguate che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se a domicilio, gli evitino un inutile o inappropriato ricovero ospedaliero;</li> <li>• se ricoverato in ospedale, facilitino la sua dimissione predisponendo un adeguato percorso</li> </ul>
------------------	--

	<p>assistenziale.          Un "concetto" da riempire di contenuti (linee-guida, percorsi assistenziali), di regole e – non ultimo – di risorse.          Si tratta di una strategia che sviluppata e implementata adeguatamente, sarà in grado di migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza delle persone e avrà un significativo impatto sul sistema sanitario e sociale nel suo complesso, rendendo più efficace l'uso delle risorse e istituendo un nuovo modo di lavorare.          Se le cure intermedie sono inserite, secondo il significato del termine intermedio, in una rete di servizi sociosanitari, il loro ruolo può essere anche quello di fornire prestazioni a persone non dimesse dall'ospedale, ma di provenienza territoriale, soprattutto se "arruolati" in un modello assistenziale come quello del chronic care model (CCM), per evitare, dove è possibile, l'ospedalizzazione applicando diversi setting di cura, in maniera innovativa, rivolgendosi al complesso delle risorse territoriali non solo di tipo curativo, ma anche comunitario.          I principi fondamentali delle cure intermedie sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'enfasi su un'assistenza appropriata che ha al centro la persona;</li> <li>• la necessità di un robusto processo di valutazione;</li> <li>• l'importanza cruciale della partnership tra diversi attori;</li> </ul> <p>la garanzia di un tempestivo accesso ai servizi specialistici.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>La normativa di riferimento pone in capo alle Cure intermedie l'obiettivo di evitare ricoveri impropri in ospedale e di favorire le dimissioni dalle strutture di ricovero con varie funzioni sia nella gestione della fase acuta al domicilio così come programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici .          La messa in campo di meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo di strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità dell'assistenza, rappresentano la risposta all'obiettivo di tendere al sostegno della domiciliarità e prossimità assicurando continuità di presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale.          Laddove si renda necessario sorveglianza infermieristica continuativa; interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare), la presenza di P.L. di Ospedale di comunità rappresenta la risposta prevista dalla DGR. n. 2040 del 10 dicembre 2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015".          Nello specifico, il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" definisce l'Ospedale di comunità come "una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN".          L'assistenza presso tale struttura è garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale, con una degenza media prevedibile di 15/20 giorni.          Il testo del decreto prevede, per quanto concerne la sede fisica dell'ospedale di comunità, che essa "potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali."</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>I pazienti elettivi per le cure intermedie sono quelli definibili a bassa intensità di cura che necessitano ancora di monitoraggio e cure in riferimento alla complessità clinica ancora esistente. Il paziente che fruisce delle cure intermedie è ancora in situazione di malattia, ma non tanto grave, da dover protrarre il ricovero ospedaliero e non sufficientemente stabilizzato per rientrare e vivere al proprio domicilio</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Questa concezione delle cure intermedie trova una sua realtà in presenza di una rete di servizi territoriali (dalle cure domiciliari ai centri diurni) che promuova sempre più l'avvicinamento delle persone con frequenti necessità di assistenza sanitaria al proprio ambiente di vita, nelle migliori condizioni di autonomia e ricevendo le opportune cure in sedi extra-ospedaliere.</p>

L'obiettivo verso cui tendere è una integrazione tra rete ospedaliera e territorio che evolva verso un'unica rete in cui le primary care e le specialist care interagiscono nell'interno delle stesse reti cliniche e si interfacciano sia con le super-specialist care che con informal care e self care.

Le competenze distintive delle cure specialistiche e delle cure primarie dovranno essere valorizzate nei percorsi degli assistiti, superando progressivamente la distinzione ospedale-territorio dettata dall'attuale strutturazione della rete dell'offerta.

In questa direttiva prosegue lo sviluppo, nell'area delle cronicità, della rete delle cure palliative e la progressiva implementazione dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali sia oncologici che non oncologici, al cui interno operano in modo integrato i professionisti delle primary care e quelli delle specialist care, secondo una stratificazione dei bisogni e la definizione di funzioni specifiche.

Il modello di presa in carico del Punto Unico di Accesso collocato presso l'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia e quello messo in atto presso gli altri stabilimenti del Presidio aziendale, che prevede l'individuazione del case-manager per l'intercettazione precoce dei pazienti fragili, si conferma vincente nella gestione del percorso di dimissione, in particolare per i pazienti fragili e complessi. Al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti più complessi è iniziata la sperimentazione di un nuovo strumento per la segnalazione dei pazienti, che consente la raccolta di informazioni e la successiva segnalazione al SID. Si tratta di uno strumento informatico, che nel 2018 vedrà il suo utilizzo in tutte le unità operative dell'Ospedale di Reggio Emilia.

Fin dalla data di attivazione del PUA viene monitorato il dato delle segnalazioni entro le 72 dalla dimissione garantendo in tal modo la realizzazione di dimissioni protette laddove necessarie.

Prosegue l'esperienza dei 3 posti letto OSCO in area Sud; per i pazienti ricoverati in tali PL viene definito il PAI, conservato in cartella, mentre la UVM viene effettuata durante il ricovero (e non preliminare ad esso) solo per i pazienti per i quali non è ancora stato definito un programma alla dimissione. Insieme al Servizio Sociale dell'Unione dei Comuni si valuterà se estendere le UVM anche agli altri pazienti ricoverati.

Sempre in area Sud, all'interno della progettazione "Strategia per le Aree Interne" in considerazione del fatto che il territorio montano della nostra provincia è caratterizzato da un significativo invecchiamento della popolazione, e da un conseguente incremento della popolazione con bisogni assistenziali complessi, dal punto di vista sia sanitario che sociale, per i quali la permanenza nel setting ospedaliero sarebbe inappropriata e la permanenza al domicilio non indicata ai fini della appropriata gestione dei bisogni, è prevista l'attivazione di n. 2 posti letto ad alto grado di intensità assistenziale, classificabili secondo la tipologia R1, così come definita dal Decreto Ministeriale 17/12/08 ("Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"). La tipologia R1 riguarda l'erogazione di trattamenti in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti, inclusi i trattamenti specialistici ad alto impegno per persone in fase terminale.

La struttura residenziale individuata è la Casa Residenza Anziani (CRA) "I Ronchi" di Castelnuovo Monti, di proprietà dell'Amministrazione Comunale, gestita da Coopselios, e convenzionata con l'Azienda USL di Reggio Emilia. La struttura con 40 posti letto, di cui una parte ad alta valenza sanitaria, è integrata nella rete dei servizi socio sanitari rivolti alla popolazione anziana del distretto di Castelnuovo Ne' Monti. I 2 posti letto saranno collocati nel modulo ad alta valenza sanitaria rispettivamente in stanze singole.

L'assistenza alle persone ospitate nei 2 posti letto sarà garantita sulle 24 ore da personale infermieristico, già operante in struttura. Il coinvolgimento delle specifiche professionalità mediche e di altre figure sanitarie dipenderà dagli specifici bisogni assistenziali, tra cui le cure palliative, garantite dal medico palliativista e dallo psicologo dell'AUSL.

Il Piano attuativo locale ospedaliero (PAL ospedaliero), in corso di redazione in collaborazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), rappresenterà il riferimento progettuale dei prossimi anni per quanto attiene il modello di funzionamento della rete ospedaliera, della struttura dell'offerta, delle soluzioni organizzative previste per rispondere in modo appropriato, tempestivo, efficiente, innovativo e integrato alla domanda di assistenza ospedaliera nella provincia di Reggio Emilia. Tra le aree strategiche individuate vi è l'Ospedale

	di Comunità”; in relazione a tale area nei prossimi mesi verrà avviato il percorso che dalla analisi e valutazione dei bisogni di struttura intermedia nella nostra provincia, porterà alla ridefinizione dell’utilizzo degli spazi ex RSR di Albinea lasciati liberi a seguito del trasferimento a Correggio della lungodegenza-riabilitazione estensiva.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Le scelte e le azioni per la definizione della rete di cure intermedie , sono il frutto di una progettualità condivisa fra l’AUSL di RE ed Enti Locali nell’ambito delle sedi istituzionali dedicate.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL, EE.LL
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dipartimento Cure Primarie Direzione Sanitaria
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## BUDGET DI SALUTE

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 4 Budget di salute
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

### Riferimento scheda distrettuale: AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL DISTRETTO DI GUASTALLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Operare oggi nei Servizi Sanitari e Sociali significa lavorare con realtà sempre più complesse. La multiproblematicità del singolo, e del suo nucleo familiare, si esprime in bisogni estremamente articolati che, spesso, non trovano una risposta appropriata nei percorsi terapeutico-riabilitativi tradizionalmente offerti.</p> <p>L’integrazione tra sanità e sociale si pone come opzione strategica e necessità ineludibile. Quest’ultima mira ad offrire una ricaduta positiva in termini di appropriatezza ed economicità in quanto in grado di promuovere risposte unitarie ai bisogni più complessi.</p> <p>A livello normativo l’importanza di interventi rivolti alla persona nella sua globalità è sancita sia dalla L. 328/2000 che dalla L. 833/1978. L’integrazione socio sanitaria richiama l’attenzione al benessere globale dell’individuo, anche in base all’idea di salute dell’OMS, concepita come un insieme di benessere fisico, psichico e sociale. I problemi presentati dalle persone comprendono sempre più sia componenti sanitarie che sociali.</p> <p>Un ulteriore elemento da considerare è quello del passaggio da un’accezione tradizionale di assistenza come luogo di realizzazione di interventi meramente riparativi del disagio, alla considerazione della persona malata nella sua completezza, dunque anche nella valorizzazione</p>
------------------	--

	<p>delle sue risorse e del suo contesto familiare e territoriale.</p> <p>Il lavoro in integrazione socio-sanitaria oggi non può dunque prescindere da una progettazione attenta in cui il singolo ed il suo contesto, con le proprie risorse, siano posti al centro dell'intervento e diventino essi stessi i protagonisti nel processo di cambiamento volto a raggiungere un miglior livello di benessere individuale e collettivo.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>Il Budget di Salute (come da DGR 1554/2015) è uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di progetti di vita personalizzati di persone affette da disturbi mentali gravi attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati; è costituito dall'insieme delle risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie di carattere economico, professionale ed umano. Queste ultime risultano necessarie e funzionali al miglioramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- della salute (in un'ottica di recovery),</li> <li>-del benessere,</li> <li>-del funzionamento psico-sociale,</li> <li>-dell'inclusione della persona nella vita della comunità di appartenenza.</li> </ul> <p>Il Budget di Salute pone la massima attenzione ai determinanti sociali della salute. È uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso. Viene attivato per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale. Esso tende a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.</p> <p>Gli elementi che caratterizzano il modello di intervento con Budget di Salute sono:</p> <p>Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) composta dall'Azienda Usl e dai Servizi Sociali Territoriali che definisce il progetto personalizzato e le risorse che compongono il Budget di salute in un'ottica di appropriatezza e di congruità rispetto all'utilizzo delle risorse;</p> <p>Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, centrato sulla domanda della persona e sulla valutazione dei suoi bisogni, abilità e competenze, anziché sull'offerta di servizi, elaborato e sottoscritto dal paziente, condiviso con i suoi familiari, potrà essere condiviso con altri soggetti del territorio coinvolti nella realizzazione del progetto;</p> <p>Interventi nelle aree che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione-lavoro, socialità;</p> <p>Dimensione territoriale degli interventi (supporto alla domiciliarità, accompagnamento sul territorio, percorsi di autonomia possibile), in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale.</p> <p>Ambiti di intervento (assi) Il processo riabilitativo personalizzato con Budget di Salute si sviluppa sui tre assi principali che costituiscono le basi del funzionamento sociale degli individui, supporti sociali indispensabili per essere a pieno titolo un soggetto dotato di potere contrattuale: l'abitare, la socialità e il lavoro come determinanti di salute.</p> <p>Asse Casa/domiciliarità. Gli interventi possono includere azioni volte al conseguimento ed eventuale possesso da esercitare della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza). Le abitazioni potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari. Tali interventi possono essere rivolti anche a pazienti che rimangono nel loro domicilio, quale supporto al mantenimento d'una buona condizione abitativa e familiare, attraverso l'integrazione di interventi clinici e riabilitativi forniti dall'Azienda USL e competenze sociali ed educative fornite dai Servizi sociali, finalizzate al recupero delle autonomie delle persone o famiglie nella loro capacità di vivere in modo autonomo.</p> <p>Asse Affettività/Socialità. Gli interventi educativi in questa area hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva e la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive specificamente organizzate nei contesti e nei luoghi di vita delle persone e nei Centri Diurni. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di</p>

	<p>intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.</p> <p>Asse Formazione/Lavoro: comprende tutte le azioni finalizzate a promuovere la partecipazione attiva alla vita di comunità, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro, nell'ambito degli strumenti previsti dalla normativa in materia di tirocini e inserimenti lavorativi.</p> <p>L'intensità del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato è determinata dalla UVM, sulla base della proposta del Servizio inviante e viene stabilita tenendo conto dell'obiettivo da raggiungere, del livello di disabilità della persona e dei bisogni di tipo assistenziale. I progetti possono avere diverse caratteristiche:</p> <p>Progetti ad alta valenza terapeutico-riabilitativa che riguardano: – persone, soprattutto giovani, per le quali, nonostante la gravità o la complessità della situazione, è indicato un intervento riabilitativo a domicilio; – persone, anche non più giovani, alle quali sia venuto a mancare il supporto familiare e prive delle abilità necessarie per vivere in modo autonomo; – persone che, a seguito di percorsi riabilitativi effettuati in strutture sanitarie o socio- sanitarie, possano sperimentare un maggiore livello di autonomia in modo graduale. La durata massima di questa tipologia di progetti è di due anni, eventualmente rinnovabile fino a quattro.</p> <p>Progetti di mantenimento, a prevalente valenza educativa, per persone che dopo avere effettuato adeguati percorsi riabilitativi non riescono a vivere in modo completamente autonomo, ma con supporti leggeri e continuativi nel tempo, possono riuscire a vivere nella loro casa, sole o con altri utenti. Per questa tipologia di progetti non è previsto un limite temporale, ma sono stabilite verifiche periodiche anche presso l'UVM.</p> <p>Il passaggio di un progetto da una tipologia di maggiore intensità ad una di minore intensità, connota il raggiungimento di obiettivi emancipativi e di autonomizzazione ed è previsto anche in corso di attuazione dello stesso.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Pazienti dei DSM ( CSM SerT) conosciuti anche dai Servizi Sociali, con priorità di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, in condizioni di emergenza anche sociale con alto rischio di cronicizzazione.</p> <p>Soggetti con fragilità socio-sanitaria. Chi è privo di fattori di protezione sociale (è a basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche e culturali, ha reti relazionali sfilacciate...) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdite della salute. Più si è in condizioni di fragilità sociale (solitudine, povertà, ecc.), più si è a rischio di malattia. La forte attenzione ai determinanti di salute riscontrabili nel contesto sociale, economico lavorativo, relazionale e valoriale delle singole persone, esige necessariamente la creazione di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di garantire continuità e appropriatezza nelle azioni</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>AZIONI TRASVERSALI</p> <p>1.FORMAZIONE I° livello</p> <p>Due giornate informative/formative per i Distretti di Correggio e Guastalla organizzate dal DSM. I contenuti delle giornate riguarderanno conoscenza ed utilizzo della metodologia di lavoro Budget di Salute.</p> <p>PERIODO:Aprile e Maggio 2018</p> <p>2.FORMAZIONE II° livello</p> <p>Formazione specifica sul tema rivolta ad operatori ed attori coinvolti nella metodologia di lavoro BdS.</p> <p>Entro fine 2018</p> <p>3.SPERIMENTAZIONE</p> <p>Individuazione di comuni procedure per l'attivazione dell'UVM e dei progetti personalizzati da parte dei servizi coinvolti.</p> <p>Condivisione ed utilizzo di una unica scheda verbale UVM.</p>

	<p>Entro fine 2018</p> <p>4.CONSolidAMENTO DELLA METODOLOGIA</p> <p>Recepimento della modifica Accordo di Programma al fine di formalizzare la nuova metodologia di lavoro</p> <p>Individuazione nuovi soggetti fragili con cui applicare la metodologia.</p> <p>Fine 2019</p> <p>AZIONI ASSE CASA/DOMICILIARITA'</p> <p>1.PROGETTI AD ALTA VALENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA</p> <p>Rafforzamento del centro diurno degli atelier e del laboratori protetti già presenti parzialmente nel distretto</p> <p>2.PROGETTI DI MANTENIMENTO</p> <p>Potenziamento interventi al domicilio (SAD, Educatore Domiciliare, TRP...)</p> <p>Ricoveri di sollievo</p> <p>Formazione agli operatori coinvolti sul teme "stress del caregiver"</p> <p>AZIONI ASSE AFFETTIVITA'/SOCIALITA'</p> <p>1.PROGETTI AD ALTA VALENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA</p> <p>Potenziamento Percorsi di sviluppo delle abilità sociali e relazionali</p> <p>Social skills training</p> <p>2.PROGETTI DI MANTENIMENTO</p> <p>Potenziamento delle relazioni con familiari, cittadini, associazioni di volontariato, organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.</p> <p>AZIONI ASSE FORMAZIONE/LAVORO</p> <p>1.PROGETTI AD ALTA VALENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA</p> <p>Potenziamento del Supporto clinico parallelo e complementare al percorso formativo/lavorativo della persona.</p> <p>2.PROGETTI DI MANTENIMENTO</p> <p>Prosecuzione nell'utilizzo di tutte le azioni finalizzate all'inclusione sociale e all'autonomia attraverso il lavoro, nell'ambito degli strumenti previsti dalla normativa in materia di tirocini ed inserimenti lavorativi, nonché l'utilizzo di nuove metodologie per la facilitazione alla ricerca autonoma del lavoro.( es.IPS)</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Politiche dell'abitare</p> <p>Politiche del lavoro</p> <p>Scuola e formazione</p> <p>4.2 Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Famiglie</p> <p>Comuni</p> <p>Unione</p> <p>Ausl</p> <p>Associazionismo</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>DSM AUSL di Reggio Emilia Distretto di Guastalla</p> <p>Marco Trevia</p> <p>e mail: marco.trevia@ausl.re.it</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: n. partecipanti giornate informative**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

### **2°: n. progetti con metodologia del budget di salute**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 5

## CAREGIVER SI DIVENTA (protagonista nel progetto di salute dell'ammalato)

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

### Riferimento scheda distrettuale: BUDGET DI SALUTE

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

<b>Razionale</b>	<p>Il caregiver familiare è un ruolo complesso e risulta fondamentale per il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio domicilio. Al caregiver sono richieste abilità specifiche dall'assistenza, al sostegno psicologico, dal relazionale al nutrizionale, al dialogare con i servizi formali, al conciliare i tempi di vita suoi con quelli dell'assistenza. Il caregiver è colui che, soprattutto in caso di malattie nell'età adulta (SLA e altre disabilità), influenza l'accettazione della malattia da parte dell'ammalato, è colui che sostiene l'aderenza alle prestazioni soprattutto quelle sanitarie, nonché è colui che sostiene lo stato emozionale del malato stesso e di conseguenza le reazioni psicologiche comportamentali.</p> <p>Il caregiver può essere un coniuge, un figlio, un parente, può anche essere un estraneo che in quella fase della vita dell'ammalato è colui che si prende cura.</p> <p>Il pregiudizio iniziale è che se in una famiglia c'è la presenza di un parente lui stesso deve diventare il caregiver della situazione, le nostre azioni si muoveranno per decostruire il pregiudizio e "insegnare" alle persone e alla comunità il senso del prendersi cura dal CURE al CARE</p> <p>Il miglior modo per sostenere il caregiver è farlo diventare attore protagonista nel progetto di cura, chi si prende cura entra a far parte dell'organizzazione, del PAI; tutto ciò può avvenire solo se ci attiva un cambiamento valoriale dei professionisti, debbono sentirsi parte del processo di cura e non la sola parte dello stesso, c'è l'esigenza di vivere/condividere i progetti di presa in carico con chi si prende cura dell'ammalato.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Sono numerose le iniziative che già vengono realizzate a livello locale a sostegno del caregiver familiare (iniziative informative/formative, gruppi di auto-mutuo aiuto, consulenze psicologiche, assistenziale, legali, ecc.), rileviamo tuttavia la frammentazione delle iniziative promosse che riguardano prevalentemente specifici gruppi target/patologie.</p> <p>Emerge non solo la necessità di migliorare la consapevolezza dei cittadini circa le opportunità esistenti, e la collaborazione multidisciplinare per la realizzazione di programmi, progetti, attività, ma la necessità di differenziare e dare dignità al modo diverso di esprimere il ruolo del caregiver sia esso un familiare o non familiare ad esempio assistente familiare.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Caregiver familiari e persone accudite (es. non autosufficienti, con disabilità, fragili), famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali.</p>

<b>Azioni previste</b>	<p>1. Incontri di formazione con gli operatori professionisti delle UVM sul tema specifico del riconoscimento del Caregiver</p> <p>2. Promuovere momenti di informazione/formazione ai caregiver e ai futuri caregiver del territorio unionale</p> <p>3. Promuovere incontri di informazione/formazione con le associazioni di volontariato esistenti nel territorio, l'obiettivo è quello di incontrare non solo le associazioni coinvolte dal problema della non autosufficienza</p> <p>4. Mantenere successivamente nel territorio incontri formativi a cadenza annuale su tematiche specifiche. Gli incontri si potranno svolgere anche in luoghi informali e tratteranno gli aspetti assistenziali/ movimentazione/ alimentazione ecc... non sarà sottovalutato il tema legato al supporto psicologico alla figura di caregiver</p> <p>5. Attivare pratiche attive per il riconoscimento del caregiver assistente familiare nei PAI. Il caregiver deve diventare punto responsabile della rete</p> <p>6. Valutazione condivisa con il sindacato sull'aspetto contrattuale delle assistenti famigliari. Il contratto ad oggi non corrisponde ai bisogni diversi delle famiglie e al reale lavoro svolto dalle assistenti. (tot ore per contratto non autosufficienza 54 ore settimanali, in questo modo l'orario ordinario diventa straordinario/notturno e volte lavoro nero</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>a) Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia punto 4.2 azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali</p> <p>b) Politiche integrate del lavoro</p> <p>c) Politiche della formazione/inclusione sociale</p> <p>d) Community lab</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Unione</p> <p>Ausl</p> <p>Associazionismo/ volontariato</p> <p>Cooperazione</p> <p>CFPBR</p> <p>Organizzazioni Sindacali</p> <p>Parrocchie</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Coordinatore SAA e Patrizia Tegani e mail: patrizia.tegani@ausl.re.it</p> <p>Coordinatore Area Disabilità Paolo Berni e mail: p.berni@bassareggiana.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: n. momenti di informazione/formazione ai caregiver e ai futuri caregiver del territorio unionale

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

## 2°: Promuovere incontri di informazione/formazione con le associazioni di volontariato esistenti nel territorio

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

## ABC ACCUDIRE BADANTI COMUNITA'

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>In provincia di Reggio Emilia è sempre più frequente il ricorso, da parte delle famiglie, ad assistenti straniere provenienti prevalentemente dall'Est Europa per la cura delle persone anziane o con problemi di salute.</p> <p>Il gravoso carico di cura quotidiano, che di norma richiede la presenza continuativa a fianco della persona assistita, può portare queste persone a una condizione di isolamento sociale, burn-out, all'abuso di sostanze alcoliche, alla possibile insorgenza di depressione e a una vita tendenzialmente sedentaria.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Un progetto di promozione della salute delle donne/lavoratrici a rischio che favorisca l'attività motoria e la conoscenza delle opportunità di contatto e di accesso alla rete dei servizi territoriali, può contribuire a rispondere alle problematiche di salute che una condizione lavorativa usurante e totalizzante può comportare quali sedentarietà, obesità, abuso di alcol e fumo e favorire inoltre le relazioni sociali; d'altra parte una formazione specifica sull'"Accudire" potrà dare alle assistenti familiari del nostro territorio un attestato di qualità e di professionalità che permetterà loro un migliore inserimento in campo lavorativo</p>
<b>Destinatari</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. famiglie con persone non autosufficienti</li> <li>2. donne e uomini che vogliono certificare le competenze di assistente familiare</li> <li>3. centri di formazione</li> <li>4. servizi sociali e sanitari</li> </ol>

<b>Azioni previste</b>	<p>1.Predisporre con il Centro di Formazione Bassa Reggiana un pacchetto formativo in modo da certificare le competenze da assistente familiare (competenze di base) alle persone che lavoreranno nel nostro territorio</p> <p>2.predisporre interventi mirati al supporto psico-fisico dell'assistente familiare sia alla promozione dei concetti di prevenzione delle malattie infettive, degli infortuni domestici, delle patologie da movimentazione dei carichi, che alla promozione di stili di vita sani (alimentazione, consumo di alcool, benessere psicologico)</p> <p>3.Creare un registro " assistenti familiari" distrettuale con assistenti familiari formate</p> <p>4.Mantenere successivamente nel territorio incontri formativi a cadenza annuale su tematiche specifiche. Gli incontri si potranno svolgere anche in luoghi informali e tratteranno gli aspetti assistenziali/ movimentazione/ alimentazione ecc... non sarà sottovalutato il tema legato al supporto psicologico alla figura di caregiver</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>a)Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia punto 4.2 Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver</p> <p>b) Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia punto 2.8- Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità</p> <p>c) Politiche integrate del lavoro</p> <p>d) Nuovi LEA ( DPCM 12 gennaio 2017 art.21, comma 3 )</p> <p>d) Piano Nazionale Cronicità</p> <p>e) Politiche della formazione/inclusione sociale</p> <p>f) Community lab</p> <p>g) Progetto " Tutela delle fasce deboli" Ausl Re</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Unione</p> <p>Ausl</p> <p>Associazionismo/ volontariato</p> <p>Cooperazione</p> <p>CFPBR</p> <p>Organizzazioni Sindacali</p> <p>Parrocchie</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Coordinatore SAA</p> <p>Patrizia Tegani e mail: patrizia.tegani@auls.re.it</p> <p>Coordinatore Area Disabilità</p> <p>Paolo Berni te 0522 655109</p> <p>e mail: p.berni@bassareggiana.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: n. assistenti famigliari che partecipano alla formazione

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 10
- **Obiettivo 2020:** 15

## STARE INSIEME PER STARE MEGLIO

Completato

## Riferimento scheda regionale

- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano  
 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA  
 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il Servizio Sociale Integrato Zonale dell'Unione Bassa Reggiana, l'Azienda Usl del Distretto di Guastalla intendono promuovere e mantenere nel proprio distretto le attività di sostegno a favore delle persone malate di demenza e dei loro familiari;</p> <p>a tale scopo si intende promuovere specifici interventi volti a garantire un adeguato supporto alle persone affette da demenza e ai loro familiari, da gestirsi in collaborazione con il privato sociale, con l'obiettivo di facilitarli nell'accesso alla rete dei servizi presenti sul territorio in ragione delle specifiche esigenze e delle diverse situazioni di bisogno.</p> <p>Si intende promuovere azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione sul tema della demenza anche mediante l'organizzazione di serate pubbliche, si cercherà di mantenere, in continuità con l'avvio operato nel corso degli anni scorsi, il progetto distrettuale "Al Caffè Incontro, stare insieme per stare meglio" consistente nell'organizzazione di incontri in locali individuati nel comune di Poviglio (Circolo Arci "Kaleidos") e nel comune di Reggiolo (Centro Sociale "Nino Za") per creare solidarietà tra le famiglie con persone malate di demenza, trovare maggiori risorse per affrontare i problemi legati all'assistenza, offrire consulenze/informazione in merito a tematiche legate ai problemi che la demenza pone in capo alla famiglia (architetti, medici, psicologi, avvocati, amministratori di sostegno ecc...), contrastare la solitudine in cui spesso le famiglie si trovano a vivere e, per raggiungere tale scopo si ritiene opportuno prevedere due incontri al mese con cadenza quindicinale per ognuno dei due Caffè.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'Unione Bassa Reggiana, l'Ausl distretto di Guastalla e AIMA intendono promuovere e potenziare azioni di sostegno ai familiari di persone affette da demenza, sia mediante interventi di gruppo che individuali, sia mediante contatti pubblici che specifici.</p> <p>Si intende prevedere interventi volti ad accogliere e soddisfare i bisogni espressi dai familiari. Predisporre strumenti di comunicazione più coerenti con l'esigenza di avvicinare le famiglie e di avere, nel contempo, informazioni utili alla definizione di nuove modalità finalizzate all'intercettazione dei nuovi bisogni.</p> <p>Gli obiettivi progettuali condivisi dovranno essere strettamente integrati e coordinati con le diverse opportunità di rete messe a disposizione dagli Enti, pubblici e privati, che interagiscono a livello distrettuale</p>
<b>Destinatari</b>	Caregiver familiari e persone accudite (es. non autosufficienti, con disabilità, fragili), famiglie,

	<p>assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>1 - Organizzazione di incontri di informazione e sensibilizzazione pubblica sui problemi derivanti dalla malattia di Alzheimer</p> <p>AIMA si impegna a promuovere momenti di formazione/informazione e di sensibilizzazione pubblica aperti a familiari, operatori e a tutta la cittadinanza con trattazione delle problematiche relative alla demenza e con la partecipazione di diversi professionisti: si ipotizzano 3 eventi di informazione e sensibilizzazione pubblica all'anno.</p> <p>Per la realizzazione delle iniziative di comunicazione e sensibilizzazione, AIMA potrà accedere alle diverse banche dati dell'Unione su specifica richiesta al Servizio Sociale Integrato Zonale o Ufficio di Piano dell'Unione.</p> <p>AIMA mette a disposizione i propri Volontari, anche in collaborazione con i servizi agli anziani del territorio, per la divulgazione degli incontri informativi, oltre che nella partecipazione diretta con uno spazio informativo e di sensibilizzazione in occasione degli eventi stessi.</p> <p>2 - "Stare insieme per stare meglio": i Caffè Incontro</p> <p>AIMA si impegna a dare continuità sul territorio del distretto del progetto denominato "Al Caffè Incontro, stare insieme per stare meglio": i Caffè Incontro sono importanti occasioni di relazione, di socializzazione e di integrazione, momenti di ritrovo pensati sia per le persone malate che per i loro familiari.</p> <p>Si tratta di opportunità in grado di creare solidarietà e in cui trovare maggiori risorse per affrontare i problemi legati all'assistenza e contrastare la solitudine in cui spesso le famiglie si trovano. I familiari possono confrontarsi tra loro e ricevere informazioni da persone qualificate; le persone malate possono beneficiare di attività occupazionali e relazionali in un luogo di comune frequentazione sociale.</p> <p>Azioni previste</p> <p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) promozione del progetto attraverso volantini, locandine e incontri pubblici di presentazione alla cittadinanza con particolare attenzione alla popolazione residente nei comuni dell'Unione;</li> <li>2) invio di inviti ai possibili nuovi destinatari del progetto, con riferimento all'intera popolazione anziana del distretto, in stretta collaborazione con il Centro Distrettuale per le Demenze, dei Servizi Sociali territoriali (comuni/unione);</li> <li>3) continuazione del progetto per il periodo di durata della presente convenzione così da prevedere due incontri mensili, circa 22 incontri annuali con cadenza quindicinale per ogni territorio;</li> <li>4) un incontro mensile, in continuità con gli anni passati, prevede la presenza continuativa durante gli incontri di: 1 figura di psicologo AIMA che coordina le attività, supervisiona gli operatori, in grado di garantire informazione e sostegno ai familiari e alle persone malate e una figura di supporto (sarà presente un Operatore Socio-sanitario con capacità di proporre attività di animazione con le persone malate) e alcuni volontari.</li> </ol> <p>Presenza non continuativa, ma programmata a seconda del bisogno emergente, di specialisti che possano portare un loro contributo informativo sulla malattia;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) il secondo incontro mensile avrà una connotazione più conviviale e familiare, e prevede la presenza di 1 figura di psicologo AIMA che coordina le attività, supervisiona i volontari, in grado di garantire informazione e sostegno ai familiari e alle persone malate;</li> <li>6) presenza dei volontari dell'associazione agli incontri bimensili del Caffè con compito di supporto all'organizzazione e alla pianificazione degli incontri, di convocazione dei familiari a ciascun appuntamento del Caffè, di accoglienza dei familiari e dei loro malati e partecipazione all'attività del Caffè.</li> </ol> <p>Eventuali attività specifiche di stimolazione cognitiva ed occupazionale per le persone malate coinvolte a cura di un esperto di animazione potranno essere realizzate dietro valutazione congiunta rispetto alle caratteristiche dei pazienti partecipanti al Caffè.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche</b></p>	<p>1. Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia punto 4.2 azioni situate di promozione alla</p>

<b>integrate collegate</b>	salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver 2.Politiche della formazione/inclusione sociale 3.Comunity lab
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unione Ausl Associazionismo/ volontariato Enti gestori Organizzazioni Sindacali Parrocchie
<b>Referenti dell'intervento</b>	Coordinatore SAA Patrizia Tegani e.mail: patrizia.tegani@ausl.re.it Responsabile Ufficio di Piano Unione Bassa Reggiana Enza Malaguti e.mail: e.malaguti@bassareggiana.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 19.000,00**

---

- FRNA: 19.000,00 €

---

## Indicatori locali: 3

---

### 1°: n. famigliari che partecipano al caffè

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 44 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 50

- **Obiettivo 2019:** 50

- **Obiettivo 2020:** 50

### 2°: n. ammalati che partecipano al caffè

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 28

- **Obiettivo 2019:** 28

- **Obiettivo 2020:** 28

### 3°: n.volontari

**Descrizione:****Tipo:** Numerico**Situazione di partenza:** 10 - **Riferita al:** 31/12/2017- **Obiettivo 2018:** 12- **Obiettivo 2019:** 14- **Obiettivo 2020:** 14**DOMICILIARITA' NEI SERVIZI PER LA DISABILITA'**

Completato

**Riferimento scheda regionale**

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

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	Secondo quanto definito dal Nuovo dizionario di Servizio Sociale, per "domiciliarità" si intende il contesto dotato di senso per la persona; è lo spazio significativo che comprende la globalità della persona stessa e ciò che la circonda. Tale spazio è una sorta di nicchia ecologica dove il soggetto sta bene e dove desidera continuare ad abitare anche quando si sono ridotte le condizioni di autonomia, perché legata alle sue memorie, ai suoi affetti, alla propria storia. Domiciliarità è dunque un concetto nuovo per descrivere un diritto fondamentale della persona. Ogni persona ha la sua domiciliarità che si è costruita nel tempo, nella vita; i servizi non devono dargliela, perché la persona la possiede già. I servizi socio-sanitari sono invece chiamati a sostenerla, quando la persona lo richiede, con il "sistema domiciliarità".
<b>Descrizione</b>	La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle

persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.

Il sistema di Welfare del nostro Paese, cosiddetto Modello Mediterraneo, a differenza di altre posizioni a livello europeo, ha tentato di tenere insieme intervento pubblico rilevante e forte ruolo della famiglia come risorsa di cura. Gli orientamenti culturali, politici e sociali pongono infatti il singolo paziente e la sua famiglia al centro di ogni intervento volto al miglioramento della qualità della vita. Questi ultimi non sono più passivi beneficiari di servizi, bensì protagonisti dei percorsi di cura all'interno di quella che si può definire "progettualità partecipata".

La legge 328/2000, e la LR 2/2003 a livello locale, hanno infatti segnato, dal punto di vista legislativo, il passaggio da un'accezione tradizionale di assistenza, come luogo di interventi meramente riparativi del disagio, alla considerazione della persona malata nella sua completezza, dunque anche nella valorizzazione delle sue risorse e del suo contesto familiare e territoriale.

Il nostro territorio, in linea con gli orientamenti culturali e legislativi, intende, tramite Accordo di Programma, promuovere, sostenere, valorizzare un'attenzione complessiva al "progetto di vita" della persona e allo tempo lo sviluppo del suo contesto di vita. L'orientamento è quello di sviluppare una progettazione che tenga conto di un approccio globale alla persona, alla famiglia e al territorio che contenga in sé uno sforzo di pre-figurazione tale da orientare le azioni e gli interventi presenti in una direzione congruente e migliorativa per il futuro. La persona è al contempo soggetto, oggetto e risorsa dell'intervento; co-costruisce e condivide ogni scelta progettuale. La famiglia, depositaria di saperi ed esperienze, è interlocutore essenziale per la costruzione e la condivisione del progetto di vita. La comunità è interlocutore importante per sviluppare quella sensibilità e attenzione all'accoglienza dell'altro, in questo caso dei disabili e delle loro famiglie.

I Servizi socio sanitari per gli utenti Disabili sono attivati in base al progetto definito in sede UVMH e condiviso con l'interessato e la sua famiglia. L'UVMH è uno strumento fondamentale di progettazione e garantisce il supporto, la mediazione e/o l'attivazione dei Servizi Socio-Sanitari.

I servizi offerti sul nostro Distretto socio-sanitario si differenziano in:

1. Servizi per la domiciliarità
2. Servizi per la residenzialità
3. Servizi per il tempo libero
4. Servizi di orientamento
5. servizi di inclusione sociale
6. Servizi di sistema
7. Servizi per la gravissima disabilità acquisita/SLA
8. Servizi per l'autismo

**1.SERVIZI PER LA DOMICILIARITA'**

Sono i Servizi dedicati agli utenti che vivono nel proprio contesto di appartenenza. Hanno l'obiettivo di offrire opportunità mirate ai bisogni specifici del singolo e della sua famiglia senza sostituirsi bensì valorizzando le risorse spontanee già in essere e sensibilizzando il territorio in un'ottica d'inclusione del soggetto. Essi sono:

- Centri Socio Riabilitativi Diurni

Sono strutture socio-assistenziali e socio-riabilitative per adulti disabili a ciclo diurno. I centri funzionano dal lunedì al venerdì con chiusure in concomitanza di festività o del periodo estivo (limitatamente ad alcune settimane). I Centri Diurni per adulti disabili nel territorio accreditati sono allo stato 3: CSRD Sartoretti (causa terremoto provvisoriamente con sede a Fabbrico), CSRD Ex Nizzola (con sede a Guastalla) e CSRD Colibrì (con sede a Novellara).

- Centri Socio Occupazionali

Sono Centri con apertura diurna rivolti agli adulti con disabilità medio-lievi con obiettivi di osservazione e potenziamento delle competenze individuali, manuali e relazionali. Le persone inserite nei CSO posseggono un discreto grado di autonomia e abilità minime nello svolgimento di piccole consegne. Vengono svolte attività tecnico-manuali e ludico ricreative. I CSO ad oggi presenti sul nostro territorio sono il Centro Socio Occupazionale «Anffas» (con sede a Guastalla) e il Centro Socio Occupazionale «Il Bettolino» (con sede a Reggiolo)

- Assegni di sostegno e cura

Sono contributi economici a sostegno della domiciliarità erogati su progetti personalizzati e

obiettivi ben delineati. Il fine è quello di potenziare le opportunità di permanenza del disabile nel proprio ambiente di vita e favorire progetti di autonomia. Sono destinati a disabili in situazione di gravità (legge 104/1992). L'erogazione è soggetta ai vincoli previsti dalla legge Regionale 1122/2002.

- Ricoveri di sollievo

Sono ricoveri a termine all'interno di strutture residenziali di medio o alto livello assistenziale. L'obiettivo principale è fornire una sostituzione temporanea di chi svolge la funzione di cura abitualmente dentro la rete familiare ed informale, consentendo il recupero di risorse ed energie utili a garantire le stesse funzioni nella quotidianità.

- Servizio di Educativa domiciliare e/o Assistenza Domiciliare

Il servizio è costituito da una serie di prestazioni e interventi educativi, ricreativi, sociali e/o assistenziali, prestate sia al domicilio che in gruppi appartamento. Gli interventi possono essere rivolti al singolo o ad un piccolo gruppo di disabili. Il servizio è volto al raggiungimento e/o mantenimento del benessere del disabile; si sviluppa con obiettivi specifici e verifiche costanti.

## 2.SERVIZI PER LA RESIDENZIALITA'

Centri residenziali di alto livello assistenziale:

Sono strutture socio-assistenziali e socio-riabilitative per persone disabili non autonome o la cui famiglia non sia più in grado di assistere. Loro obiettivo è garantire, attraverso opportuni interventi, un miglioramento della qualità di vita, un'assistenza adeguata e una valorizzazione delle potenzialità individuali.

Le residenze di medio livello assistenziale:

Sono appartamenti protetti che offrono ospitalità, anche temporanea, a persone disabili adulte prive di famiglia o che non possono o non desiderano vivere nella propria. Garantiscono accoglienza, vita comunitaria e di relazione all'interno di un piccolo gruppo con l'appoggio di operatori e volontari.

## 3.SERVIZI PER IL TEMPO LIBERO

Sono interventi alla persona realizzati nel tempo libero, intendendosi per "tempo libero" il tempo durante il quale la persona con disabilità non è impegnata in altri percorsi. Il servizio è gestito da operatori e da volontari. Il progetto si sviluppa attraverso attività espressive, musicali, atelier di cucina, serra, gite e uscite varie.

## 4.SERVIZI DI ORIENTAMENTO

Sono attività di consulenza rivolte agli Istituti scolastici di secondo grado relativamente a percorsi da attivare al compimento del diciottesimo anno di età, nonché orientamento per la predisposizione di progetti individualizzati di alternanza scuola-lavoro o scuola-centro. Le esperienze integrate offrono agli studenti la possibilità di sperimentarsi e mettersi alla prova in contesti nuovi orientati al futuro in una logica di continuità progettuale tra scuola e post-scuola.

5.In attuazione della normativa regionale (L.R. 14/2015) l'Area Disabili promuove e attiva tirocini inclusivi. Sono tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento, finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomie delle persone e alla riabilitazione.

Hanno una durata massima di 24 mesi, con possibilità di ripetizione a tempo indeterminato. Ogni tirocinio prevede un progetto di inserimento personalizzato con obiettivi di apprendimento individualizzati (competenze socio-relazionali e/o competenze tecnico-professionali).

## 6.SERVIZI DI SISTEMA

CAAD

Servizi di consulenza, informazione e supporto amministrativo( C.A.A.D.)

Si tratta di servizi di consulenza e informazione sui temi della disabilità:

barriere architettoniche, adattamento ambiente domestico e adattamento veicoli; informazione, documentazione, banca dati, ecc..

I servizi funzionano tutto l'anno. Possono usufruire dei servizi gli utenti, le famiglie, le Associazioni, le Istituzioni, insegnanti, operatori del settore, ecc. con accesso diretto.

## 7.SERVIZI PER LA GRAVISSIMA DISABILITA' ACQUISITA/SLA

Per le gravissime disabilità acquisite sono ad oggi attive, in base al DGR 2068/04 e successive integrazioni (DGR 840/08) e Dgr.1762/2011 per i malati di SLA, sia risposte sanitarie residenziali che interventi di sostegno alla domiciliarità.

Per rispondere ai complessi bisogni, sia di natura sociale che sanitaria, di tali soggetti consentendone la permanenza al domicilio, sono previsti la presa in carico da parte di un'équipe multiprofessionale, l'individuazione di un responsabile del caso, interventi di

	<p>adeguamento dell'ambiente domestico, la fornitura di ausili, nonché un sostegno economico.</p> <p><b>8.SERVIZI PER L'AUTISMO</b></p> <p>In applicazione del Programma Regionale Integrato per l'assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (PRIA), l'Area Disabili SSIZ interviene in maniera integrata con il CSM (Centro di Salute Mentale) nella predisposizione di interventi appropriati rivolti a soggetti con diagnosi di ASD.</p> <p>In questi casi la presa in carico è congiunta (Area Disabili e CSM), avviene al compimento del sedicesimo anno di età del ragazzo ed è volta ad individuare risposte specifiche, complesse che si intrecciano tra il sociale e il sanitario volte al miglioramento della qualità di vita della persona e della sua famiglia.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone con disabilità e le famiglie con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>In un'ottica di innovazione, occorre partire da un'analisi delle risorse e dei servizi attualmente presenti sul nostro territorio ed interrogarsi sul livello di soddisfazione dei bisogni dei cittadini, nonché effettuare una valutazione più ad ampio raggio rispetto ai costi dei servizi stessi sia per l'Ente Pubblico che per il cittadino che ne usufruisce.</p> <p>In un'ottica di miglioramento dei servizi offerti, occorre lavorare affinché questi ultimi risultino maggiormente rispondenti alle esigenze dei singoli disabili e delle loro famiglie garantendogli, conseguentemente, un miglioramento della qualità di vita. Tra le azioni ipotizzate si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Migliorare la distribuzione dei servizi/opportunità all'interno del Distretto Socio-sanitario al fine di garantire maggiore omogeneità territoriale. Attualmente vi è una concentrazione elevata dei servizi nell'Area Est-Centro a scapito e conseguente impoverimento dell'Area Ovest del Distretto.</li> <li>- Aumento apertura CSRD. La possibilità di incrementare l'orario di apertura (es. sabato mattina) è pensata al fine di garantire sollievo al care giver e, conseguentemente, supportare ulteriormente la domiciliarità. Tale ipotesi si immagina percorribile con una copertura del servizio a carico della persona/famiglia che ne fa richiesta.</li> <li>- Ampliamento orario dei CSO per lo svolgimento di specifiche attività laboratoriali di carattere sociale/ricreativo/sportivo su richiesta e con copertura costi a totale carico della persona/famiglia che ne fa richiesta. Tale ipotesi è finalizzata a garantire sollievo al care giver e, conseguentemente, supportare ulteriormente la domiciliarità.</li> <li>- Incremento delle attività ricreative e atelieristiche del tempo libero. Tale ipotesi è volta a supportare la domiciliarità, promuovendo prossimità, integrazione e sviluppo della capacità residue. Al tempo stesso questa azione vuole sensibilizzare le comunità locali al senso di inclusione e di appartenenza.</li> <li>- Istituzione di un tavolo permanente di dialogo tra Servizi e Associazionismo/Terzo Settore/Fondazione. Riconoscendo il ruolo principe delle Associazioni/Terzo Settore/Fondazioni nell'intercettare e fornire risposte alla cittadinanza, si ipotizza di creare luoghi di scambi continui, sinergici e contaminanti tesi ad apportare un miglioramento nella qualità di vita della comunità.</li> <li>- Implementazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto tra genitori partendo dall'esperienza già consolidata delle "mamme del CSRD Sartoretti".</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- politiche sociali</li> <li>- salute</li> <li>- scuola</li> <li>- formazione</li> <li>- lavoro</li> <li>- mobilità</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone con disabilità</li> <li>- Famiglie</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori sociali</li> <li>- Operatori sanitari</li> <li>- Enti Gestori dei servizi</li> <li>- Associazioni</li> <li>- Terzo settore</li> <li>- Fondazioni</li> <li>- Volontariato</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Coordinatore Area Disabili SSIZ Unione Bassa Reggiana Paolo Berni p.berni@bassareggiana.it 0522/655109
<b>Risorse non finanziarie</b>	/

**Totale preventivo 2018: € 2.505.365,00** (esclusa compartecipazione utenti: € 2.315.865,00)

- Compartecipazione utenti: **189.500,00 €**
- FRNA: **1.947.527,00 €**
- Unione di comuni (*unione bassa reggiana*): **368.338,00 €**

## Indicatori locali: 6

### 1°: nuove opportunità nell'Area Ovest del Distretto socio-sanitario

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 4 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 4
- **Obiettivo 2019:** 5
- **Obiettivo 2020:** 5

### 2°: nuove proposte per il tempo libero

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

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

### 3°: incontri tra Servizi e Associazionismo/Terzo Settore/Fondazione

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

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

**4°: genitori coinvolti in percorsi di auto-mutuo-aiuto**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018: 0**
- **Obiettivo 2019: 5**
- **Obiettivo 2020: 10**

**5°: utenti che frequentano i CSRD con apertura "extra-time"**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza: 4 - Riferita al: 31/12/2017**

- **Obiettivo 2018: 4**
- **Obiettivo 2019: 4**
- **Obiettivo 2020: 4**

**6°: utenti che frequentano i laboratori CSO con apertura "extra-time"**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018: 0**
- **Obiettivo 2019: 1**
- **Obiettivo 2020: 1**

## PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI, MAGGIORE SVILUPPO DEI SERVIZI DI PROSSIMITA' PER LE PERSONE CON DISABILITA'

Completato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi  
21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

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

<b>Razionale</b>	Le persone con disabilità rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.
<b>Descrizione</b>	<p>La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.</p> <p>La legge n.112/2016, entrata in vigore il 25 giugno 2016, meglio nota come legge sul "Dopo di noi", è stata emanata in attuazione dei principi della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Con l'espressione "dopo di noi" si è voluto dare rilevanza alle forti problematiche che riguardano la vita delle persone con disabilità grave dopo la scomparsa dei genitori/familiari. La legge è volta a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità grave.</p>
<b>Destinatari</b>	Personae con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima
<b>Azioni previste</b>	<p>Tra le azioni a miglioramento dei servizi in essere di VITA INDIPENDENTE, DURANTE E DOPO DI NOI</p> <p>A) APPARTAMENTI EMANCIPATI GUASTALLA</p> <p>Il progetto di residenzialità emancipata presso gli Appartamenti protetti di via Catellani 1 a Guastalla offre l'opportunità di percorsi individualizzati di vita familiare a Disabili Adulti con buone autonomie residenti nell'Unione Bassa Reggiana. Il progetto, attivo già dal 2009, pone il</p>

benessere e il raggiungimento/mantenimento delle autonomie dell'individuo al centro di ogni intervento. Le persone inserite in questo progetto condividono spazi e momenti di vita quotidiana, pur non essendo legati da alcun vincolo familiare. Il progetto non prevede alcuna copertura infermieristica e sanitaria dato il contenuto livello dei bisogni assistenziali degli ospiti. Dal punto di vista economico il progetto è sostenuto, in modo congiunto, dai Servizi dei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana e dagli ospiti degli Appartamenti stessi. Nel dettaglio:

- I Servizi dei Comuni dell'Unione Bassa Reggiana si impegnano a sostenere gli ospiti mediante:
- >Inserimenti diurni quotidiani dei beneficiari presso Centri Socio Riabilitativi Diurni o Centri Socio Occupazionali
- >Attivazione Servizio di Educativa Domiciliare presso gli Appartamenti Protetti
- >Erogazione Assegno di cura (più contributo per Assistente Familiare) a favore di alcuni ospiti
- >Trasporti
- Gli ospiti degli Appartamenti Emancipati contribuiscono con una cifra specificatamente calcolata sul numero degli ospiti (dunque soggetta a possibili variazioni) per la copertura delle spese vive della vita familiare di vitto, alloggio e costo assunzione assistenti familiari.

Azioni da sviluppare:

- Implementazione del modello progettuale ad altre zone del Distretto
- Coinvolgimento e stimolo di Terzo Settore, Associazionismo e Fondazioni rispetto al tema specifico

**B) PROGETTI DI DOPO DI NOI AL PROPRIO DOMICILIO**

Nel nostro Distretto sono già attivi e funzionanti da anni progetti individualizzati di "Dopo di noi". Nello specifico ci si riferisce a progetti di vita indipendente (in casa di proprietà) di persone affette da disabilità grave. Queste ultime sono supportate dalla rete dei servizi (CSRD, Assegno di Cura) e assistite nei propri bisogni assistenziali a domicilio da Assistenti Familiari.

Azioni da sviluppare:

- Implementazione e sviluppo dei progetti individualizzati sopra descritti
- Sperimentazione di forme di cohousing tra due persone con grave disabilità con condivisione di spazi di vita e personale assistenziale dedicato (Assistente Familiare)
- Coinvolgimento e stimolo di Terzo Settore, Associazionismo e Fondazioni rispetto alla tematica

**C) PROGETTI DI DURANTE NOI**

**ESPERIENZA DI BRESCELLO**

La Fondazione Dopo di Noi di Correggio ha da tempo avviato un percorso con Unione Bassa Reggiana per attivare un progetto di Durante/Dopo di Noi. Come prima azione del percorso si sono tenuti incontri con le famiglie degli ospiti dei servizi diurni della Bassa Reggiana. Le azioni successive hanno previsto la sottoscrizione di un protocollo/linee di indirizzo tra Unione e Fondazione. Il progetto del Durante Noi di Brescello è iniziato nel Maggio 2017 e sono stati effettuati 10 WE al 31.12.2017. Sono stati coinvolti nel Progetto 6 Utenti con bisogni assistenziali Medio-Alti e scarse Autonomie soprattutto motorie.

Obiettivo del progetto è offrire opportunità di momenti di autonomia in sostituzione/alternativa della famiglia, testare sul campo le autonomie di persone con disabilità differenti. Gli spazi dove attivare il progetto sono, messi a disposizione dal Comune di Brescello in comodato d'uso gratuito, in locali collocati in un'ala autonoma della locale Casa di Riposo. Il progetto è attivato per i giorni di sabato e domenica ( WE ) per la durata di 36 ore complessive, con arrivo alle 9:00 del sabato e termine alle ore 21:00 della domenica. Il progetto intende assicurare ai suoi ospiti, attraverso un funzionamento permanente, il soddisfacimento dei bisogni primari ed assistenziali in un ambiente accogliente e protetto con il supporto di operatori professionali.

**IL PERSONALE**

Il gruppo operativo in grado di supportare i bisogni delle persone presenti nel progetto ed è composto da;

figure per la copertura delle esigenze di cura di base, qualifica OSS con mansioni di cura ed assistenza alle persone residenti nell'appartamento, comprese cura degli ambienti e supporto

nelle azioni quotidiane; spostamenti/trasporti, spese);  
 figura educativa e di coordinamento del Progetto, qualifica Psicologa per presenza e continuità di azioni di supporto educativo, progettazione e organizzazione generale dell'appartamento.  
 figure di profilo professionale non specificamente qualificate per assistenza e sorveglianza notturna.  
 Figure di Volontariato  
 La disponibilità è di 4/6 posti letto .  
**ESPERIENZA DI NOVELLARA**  
 Il Comune di Novellara ha allestito un appartamento nell'estate 2016: è di piccole dimensioni (60 mq), è a piano terra ed è abbinato ad un altro appartamento identico, che si sviluppa in modo speculare (si utilizzerà più avanti ad esperienza avviata e dopo un primo periodo di sperimentazione). Complessivamente nei due appartamenti si potrà dare ospitalità a 6 /7 persone. Per la collocazione (piano terra ed ampia area verde) ed il contesto, nella primissima periferia del paese, la sistemazione appare particolarmente adatta ad ospitare persone con discrete autonomie, che possono muoversi sul territorio liberamente (zona centrale, vicina a negozi e a mezzi di trasporto). La sperimentazione si avvia come evoluzione del servizio S.A.P. (Servizio di Aiuto alla Persona , servizio rivolto al tempo libero - socializzazione delle persone disabili legge regionale 29/97, attivo sul territorio dal 2001) e conta perciò sulla collaborazione di volontari.  
 La progettualità è stata sostenuta dalle famiglie dei ragazzi che attualmente lo frequentano, residenti nei Comuni di Novellara e comuni limitrofi: le famiglie hanno prima seguito un percorso di riflessione accompagnato da una psicologa per condividere il significato di questo percorso di autonomia dei propri familiari, poi, nell'ultimo periodo, hanno collaborato direttamente alle varie iniziative soprattutto nella raccolta fondi. Il primo gruppo di ragazzi ai quali si è pensato per proporre questo tipo di esperienza, è ben integrato poiché si conoscono e si frequentano da anni, hanno già vissuto insieme fine settimana e vacanze e quindi l'esperienza è iniziata senza grandi difficoltà. I posti letto sono 4. L'assistenza ai ragazzi è garantita da volontari, educatori e da un educatore con funzioni di coordinamento. La prima fase prevede la sperimentazione di convivenza nei fine settimana che comprendono sabato e domenica (dalle 10 del sabato alle 19 della domenica). E' previsto un costo a carico delle famiglie, comprensivo di tutti i pasti, ad esclusione dei costi delle eventuali uscite serali. L'evoluzione del progetto prevede periodi più lunghi di permanenza anche secondo le esigenze delle famiglie, alcune delle quali già in età avanzata fino ad arrivare ad un'apertura continuativa per 4 ragazzi in convivenza con un'assistente familiare per la notte e con la presenza di educatori e volontari al rientro dei ragazzi dal lavoro e nei fine settimana .  
 Obiettivo generale è costruire una forma di residenzialità protetta, inserita in una comunità locale attenta ed accogliente, a supporto alle esperienze di autonomia di giovani adulti diversamente abili nella fascia di età dai 20 ai 50 anni con disabilità intellettiva e relazionale lavorando con gradualità al distacco tra genitori e figli/parenti.  
 Oltre a sviluppare competenze specifiche per la gestione della quotidianità per investire su un futuro autonomo realmente possibile, l'obiettivo è quello di supportare le famiglie dimostrando che, sia nel presente che nel futuro, i figli potranno costruirsi una vita gratificante, sicura, soddisfacente sotto il profilo delle relazioni, dei luoghi, delle appartenenze e delle prospettive.  
 Questi obiettivi raggiungibili attraverso la messa in gioco di abilità e limiti utili al potenziamento della cura di sé e del proprio ambiente, ad un apprendimento delle capacità di convivenza sociale, ad un incremento dell'autonomia sociale ed abitativa, all'aumento del senso di identità e dell'autostima del soggetto e al potenziamento e sviluppo della socializzazione (sostenere processi di autodeterminazione, affermazione e crescita della persona). Attivare un processo di sensibilizzazione culturale volto ad un'inversione di tendenza in cui la persona disabile è protagonista della propria vita. In cui l'uscita dalla casa genitoriale non risponde ad una necessità, quanto ad un bisogno di auto realizzazione e di crescita.  
 Azioni da sviluppare:  
 -Aumento giornate di apertura dei weekend

	- Coinvolgimento e stimolo di Terzo Settore, Associazionismo e Fondazioni rispetto alla tematica e alla gestione
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Promuovere integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	- Unione - Ausl - Fondazione Dopo di Noi di Correggio - cooperativa anffas Dimensione uomo - cooperative sociali - Comuni - Asp
<b>Referenti dell'intervento</b>	Coordinatore area disabilità Paolo Berni e mail: p.berni@bassareggiana.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	/

## Indicatori locali: 3

### 1°: appartamenti presenti nel territorio

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 4 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 4
- **Obiettivo 2019:** 5
- **Obiettivo 2020:** 5

### 2°: persone ospiti negli appartamenti

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 13
- **Obiettivo 2019:** 15
- **Obiettivo 2020:** 16

### 3°: giornate di presenze delle persone ospiti negli appartamenti

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 3120 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 3120
- **Obiettivo 2019:** 3500
- **Obiettivo 2020:** 3550



## GRAVISSIMA DISABILITA' ACQUISITA

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

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

<b>Razionale</b>	Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale
<b>Descrizione</b>	Si intendono soggetti con disabilità gravissima ( GRAD ) i soggetti in condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico - degenerative non reversibili ivi incluse quelle a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi etc., che necessitano di assistenza continua, con grave rischio della loro incolumità vitale.
<b>Destinatari</b>	Persone con Gravissime Disabilità ai sensi della DGR 2068/04 in carico all'Area Disabili del SSIZ dell'Unione Bassa Reggiana e loro famiglie.
<b>Azioni previste</b>	GRAVISSIMA DISABILITA' ACQUISITA La Regione Emilia Romagna per rispondere ai bisogni delle persone in condizione di gravissima disabilità acquisita con la DGR 2068/2004 e successive modifiche ha avviato ormai da tempo uno specifico programma che si articola in interventi e servizi di carattere domiciliare e residenziale ed una forte integrazione tra servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali. Vengono comprese nelle Gravissime Disabilità Acquisite patologie derivanti esiti da gravissime Mielolesioni, gravissime cerebro lesioni o neuro lesioni da malattie progressive quali la SLA e la Sclerosi Multipla. SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA ) La SLA è una malattia neuro degenerativa progressiva ad esito infausto , ad altissimo impatto psicologico, sociale ed economico vista la rapida e inesorabile evoluzione verso una situazione di totale non autosufficienza. Le funzioni cognitive, sensoriali, sfinteriche, viscerali e la mobilità oculare sono di norma risparmiate, mentre la paralisi motoria conduce inesorabilmente il malato verso il locked-in sindrome ed alla morte. Il decesso per insufficienza respiratoria avviene mediamente dopo 2-4 anni dall'esordio della malattia , sono tuttavia segnalati casi di

	<p>sopravvivenza fino a 10 o più anni. La Regione Emilia Romagna con la DRG 1762/2011 ha definito linee di attuazione di un programma con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone con SLA individuando il domicilio quale luogo elettivo per le cure.</p> <p>Azioni da sviluppare:</p> <p>Implementazione di strumentazioni e risorse per garantire la permanenza al domicilio di persone affette da Gravissima disabilità Acquisita/SLA</p> <p>Coinvolgimento e stimolo di Terzo Settore e Associazionismo rispetto alla tematica.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Servizi Socio Sanitari</p> <p>Politiche dell'abitare</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizio Sociale Integrato Unione Bassareggiana, AUSL Distretto di Guastalla, MMG, Volontariato, Famiglie.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Coordinatore area disabilità</p> <p>Berni Paolo</p> <p>e.mail: p.berni@bassareggiana.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### **1°: strumentazioni e risorse per garantire la permanenza al domicilio di persone affette da Gravissima disabilità Acquisita/SLA**

**Descrizione:** domotica

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** relazione

- **Obiettivo 2019:** relazione

- **Obiettivo 2020:** relazione

## AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Completato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	Al compimento dei 18 anni, ogni persona fisica acquista la capacità di agire ossia l'idoneità a porre in essere atti che abbiano effetti giuridici. Può però accadere che l'individuo maggiorenne non sia pienamente capace di rendersi conto del valore degli atti che compie. In tal caso è prevista una tutela da parte dell'ordinamento italiano mediante tre diversi istituti: Amministrazione di sostegno, inabilitazione e interdizione.
<b>Descrizione</b>	<p>L'Amministrazione di Sostegno, istituto introdotto nel nostro ordinamento con la legge 6/2004, ha dettato una sostanziale modifica alla realtà giuridica e sociale italiana, volta alla effettiva protezione delle "persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana".</p> <p>Questa nuova forma di protezione è ad "ampio spettro" e rifiuta la logica ghetizzante dell'infermità mentale tipica dell'interdizione, a favore di quella del sostegno ad ogni persona, che per qualsiasi patologia si trovi "anche parzialmente o temporaneamente nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi".</p> <p>L'amministrazione di sostegno si inquadra in un progetto in cui la problematica patrimoniale rientra ma solo come aspetto possibile e talora necessario, ma non assorbente nell'esistenza umana; in essa infatti si inseriscono la "cura" della persona e "l'assistenza" da parte dell'amministratore di sostegno nel pieno rispetto dei "bisogni e delle aspirazioni" del beneficiario.</p> <p>In attuazione della LR 11/09 e per favorire e valorizzare l'utilizzo dell'Amministratore di Sostegno è presente sul nostro territorio uno Sportello aperto alla cittadinanza che si occupa di offrire informazioni sull'istituto e su come attivarlo. I volontari dello sportello si occupano inoltre di supporto nelle procedure per il ricorso nonché assistenza durante l'intero lo svolgimento dell'incarico.</p> <p>Lo sportello AdS del nostro Distretto è situato a Guastalla Piazza Matteotti 4- presso ex Ospedale Tel. 328/9632512 Indirizzo e-mail: asd.guastalla@nonpiusoli.org</p>
<b>Destinatari</b>	Persone con disabilità e in stato di non autosufficienza ed i loro familiari;
<b>Azioni previste</b>	<p>POTENZIARE opuscoli informativi</p> <p>La brochure può diventare uno strumento utile per informare in modo chiaro ed univoco i cittadini, nonché favorire e valorizzare lo strumento dell'Amministratore di Sostegno.</p>

	<p>Prevedere luoghi della rete, di facile accesso alla cittadinanza, dove poter reperire il materiale informativo (URP, Sportelli Sociali, Istituti Scolastici, Centri Diurni, Case Protette, Ambulatori medici etc. etc.)</p> <p>Prevedere azioni informative, continuative e capillari sia agli utenti in carico ai servizi sia alla cittadinanza interessata</p> <p>I bisogni delle persone in carico ai servizi si modificano costantemente, così come le esigenze dei familiari. Occorre prevedere un accompagnamento continuativo delle famiglie e offrire la possibilità alla cittadinanza di avvicinarsi alla conoscenza dell'Istituto. Oltre ad incontri diretti si ritiene utile individuare canali informativi alternativi (sezione dedicata all'Istituto sul sito internet dell'Unione Bassa Reggiana/Comuni in cui reperire informazioni e modulistica, facebook, newsletter etc. etc. )</p> <p>In sede di formalizzazione della presa in carico (UVMH/UVG) prevedere come buona prassi la distribuzione della "Guida all'istituto della Amministrazione di Sostegno" prodotta da Dar Voce, i riferimenti dello Sportello volontari territoriale, nonché i canali informatici in cui reperire ulteriori informazioni</p> <p>Promuovere azioni di collaborazione con i Coordinatori handicap scolastici rispetto alla trasmissione, al compimento della maggiore età di persone con disabilità, di informazioni e documentazioni relative alle all'Istituto dell'Amministrazione di Sostegno nel suo valore e utilizzo.</p> <p>Promuovere momenti di raccordo tra sportello AdS territoriale e Servizi Sociali/Sanitari del Distretto finalizzati al monitoraggio delle consulenze/pratiche inoltrate con i relativi dati suddivisi per data di consulenza/pratica inoltrata, comune di residenza, tipologia di beneficiari (disabili, anziani, adulti). Questa azione è volta a verificare il buon esito o meno delle azioni informative sviluppate sul territorio.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche sociali, salute, scuola, formazione</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Associazione Dar Voce Servizi Sociali Territoriali Servizi Sanitari territoriali Istituti Scolastici Enti di formazione Sportello Amministratore di Sostegno territoriale</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Ente Gestore del centro di servizio per il volontariato Dar Voce di Reggio Emilia 0522 791979 e mail: darvoce@darvoce.org</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 3

### 1°: numero utenti che hanno usufruito dell'istituto

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 41 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 45

- Obiettivo 2019: 50
- Obiettivo 2020: 50

**2°: numero incontri informativi con la cittadinanza**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- Obiettivo 2018: 4
- Obiettivo 2019: 4
- Obiettivo 2020: 4

**3°: numero incontri tra Servizi Sociali/Sanitari e referenti dello Sportello AdS territoriale**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- Obiettivo 2018: 1
- Obiettivo 2019: 1
- Obiettivo 2020: 1

# PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Le cure palliative sono da tempo state indicate dalla normativa nazionale e regionale come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata delle problematiche dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1990 definisce le cure palliative quale forma di assistenza globale, attiva, di quelle persone la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi. E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie, e una migliore qualità dell'accompagnamento alla morte a partire dal rispetto del . In conformità alla DGR 560/2015, l'Azienda Ausl-Irccs ha operato negli ultimi anni per la riorganizzazione della Rete Locale Cure Palliative (RLCP) la quale garantisce, nel suo assetto attuale, l'assistenza nei nodi del Presidio ospedaliero, del territorio, degli Hospice e degli Ambulatori Cure Palliative.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le Cure Palliative nel nodo Domicilio vengono erogate attraverso le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) composte da Medici e Infermieri Palliativisti, psicologi e, a seconda del bisogno, psicologi, assistenti spirituali, assistenti sociali e altri Specialisti.</p> <p>La presa in carico della persona da parte della RLCP si realizza attraverso la segnalazione dei casi all'Accoglienza da parte dei Nodi. L'Accoglienza rappresenta pertanto il punto di accesso distrettuale e della valutazione delle domande di assistenza. All'Accoglienza potranno accedere anche cittadini, associazioni dei Pazienti e Associazioni di volontariato per la segnalazione dei casi e la richiesta di informazioni sul funzionamento della Rete.</p> <p>L'equipe valutativa dell'accoglienza definirà l'eleggibilità del caso alle Cure Palliative, attraverso la valutazione multidimensionale che comprende anche gli aspetti sociali. L'Equipe specialistica dell'Accoglienza erogherà la consulenza nel nodo ospedaliero e nelle Case di cura private accreditate, o attiverà le UCPD per l'assistenza domiciliare. Nel Dodo Domicilio lo strumento che raccoglie e descrive, con un approccio multidisciplinare, la valutazione del paziente allo scopo di delineare un progetto di assistenza e di cura, e costituito dal piano assistenziale individualizzato (PAI). Il PAI è un documento condiviso tra professionisti incaricati del caso, compresi gli Assistenti sociali, e il paziente o chi si prende cura di lui.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutti gli utenti bisognosi di Cure Palliative per patologie di carattere oncologico e non oncologico. Loro famigliari e persone significative.
<b>Azioni previste</b>	1) Creazione delle Accoglienze Rete Cure Palliative. Inizio lavori per i requisiti strutturali e

	<p>organizzativi (primo semestre 2018)</p> <p>2) Estensione delle Cure Palliative nelle CRA. Inizio sperimentazione su 2 CRA (secondo semestre 2018)</p> <p>3) Implementazione delle Cure Palliative nel paziente non oncologico con particolare riguardo alla SLA</p> <p>4) Formazione continua diffusa di base e specialistica in Cure Palliative</p> <p>5) Predisposizione di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP</p> <p>6) Predisposizione del Gestore Informatico per l'intercomunicabilità fra i Nodi della Rete Cure Palliative e le Accoglienze distrettuali (2020)</p> <p>7) Per il Distretto di C. Monti (area Montana) destinazione di 2 posti letto presso la RSA locale finalizzati ad accogliere utenti con bisogno prevalente di Cure Palliative</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Creazione di momenti condivisi tra attori afferenti a diverse Aziende e Servizi volti a garantire e a migliorare la qualità della presa in carico globale di paziente e famiglia
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl / Enti Pubblici / Associazioni di Volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

# INDIVIDUAZIONE DELLE SITUAZIONI DI FRAGILITA' TRE LE FAMIGLIE STRANIERE E SVANTAGGIATE

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

## Riferimento scheda distrettuale: PROGETTO CASPER

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

<b>Razionale</b>	<p>Porre un'attenzione particolare nel raggiungere, informare, coinvolgere le famiglie straniere e le famiglie svantaggiate, individuando precocemente le situazioni di vulnerabilità.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il fenomeno dell'immigrazione nel nostro Paese ha acquisito negli ultimi anni una rilevanza sempre maggiore. L'integrazione delle famiglie immigrate nel contesto sociale può avvenire in svariate modalità e grazie all'opera di diversi servizi pubblici: fra questi, la scuola riveste sicuramente un ruolo di prim'ordine per le famiglie immigrate con figli. Il bambino immigrato può diventare infatti il primo "mediatore culturale" della famiglia, specialmente nei primi anni di immigrazione; spesso impara la lingua meglio e più rapidamente rispetto ai genitori e l'interazione quotidiana con i coetanei è importantissima nel far apprendere al bambino la cultura indigena e a comunicarla ai genitori.</p> <p>Progetti che si portano avanti nel tempo riguardano prevalentemente l'alfabetizzazione di adulti e bambini attraverso una collaborazione proficua con il CPIA di Correggio.</p> <p>La Regione Emilia Romagna inoltre ha recentemente ha finanziato il progetto CaspER che prevede che fino al 31.12.2018 la Cooperativa Dimora d'Abramo collabori con il servizio welfare del Comune di Luzzara per:</p> <p>a) facilitare e qualificare l'accesso dei cittadini stranieri al sistema integrato dei servizi territoriali (sportelli sociali, centri per l'impiego, servizi socio-sanitari dell'AUSL, sportelli tematici specialistici, anagrafi, ecc.) anche attraverso interventi informativi, di orientamento ed accompagnamento.</p> <p>b) supportare i servizi sociali, socio-sanitari ed educativi nella presa in carico integrata e nella definizione di programmi personalizzati di intervento rivolti ai Cittadini di Paesi Terzi, con particolare riferimento ad alcuni profili potenzialmente più fragili e vulnerabili (es: giovani neo-maggiorenni senza reti familiari di riferimento, madri sole con figli, familiari ricongiunti neo-arrivati, titolari di protezione internazionale e umanitaria), anche attraverso attività di mediazione ed interventi educativi.</p> <p>c) sostenere i soggetti pubblici e del privato sociale nel lavoro di rete e nell'interconnessione, al fine di consolidare il sistema integrato dei servizi territoriali e migliorarne la capacità di risposta ai bisogni dei cittadini stranieri.</p> <p>Ruolo fondamentale nell'individuare precocemente situazioni di vulnerabilità sociale è svolto dallo Sportello sociale, che, al bisogno, può contare o sui mediatori linguistici dell'Associazione ProDiGio oppure sui mediatori culturali dell'Associazione Dimora d'Abramo all'interno del progetto sopra descritto.</p>

<b>Destinatari</b>	Famiglie straniere svantaggiate con minori
<b>Azioni previste</b>	Individuare le situazioni di fragilità tra le famiglie straniere e svantaggiate segnalando velocemente le situazioni di criticità ai servizi di riferimento: pediatra di comunità, Centro per le famiglie, consultorio familiare, centro di salute mentale, medico di medicina generale, educatori familiari.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio; - monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Operatori di sportello, assistenti sociali, mediatori culturali, medici di medicina generale, pediatri di comunità, consultori familiari e centro di salute mentale.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Professionisti diversi in base al Comune di riferimento.
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: Numero delle famiglie che accedono allo sportello sociale

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

## EQUITA' E LISTE D'ATTESA

Completato

## Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

<b>Razionale</b>	Le liste d'attesa sono strutturali (urgente Vs elettiva). I lunghi tempi d'attesa provocano disagio e possono avere effetti negativi sulla salute del paziente ed alzano i costi. Non solo si deve garantire che le liste d'attesa siano basate su priorità cliniche esplicite, ma che i criteri di prioritizzazione siano giusti, trasparenti ed equi. Diversi studi empirici hanno evidenziato il rischio di disuguaglianze nelle liste e tempi d'attesa dovuti a fattori non clinici di tipo socio-economico.
<b>Descrizione</b>	Il progetto si propone di individuare possibili disuguaglianze nella formazione delle liste d'attesa dovute a fattori non-clinici (es. barriere educative/informative, barriere socio-culturali, barriere economiche, ...). Il fine ultimo è di fornire informazioni utili allo sviluppo di modalità innovative di gestione delle liste d'attesa in modo da tenere i tempi d'attesa ad un livello sicuro e accettabile per il paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire equità clinica e sociale (tempi commisurali al bisogno)</li> <li>• Garantire un uso appropriato ed equo delle risorse.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Pazienti in lista d'attesa per prestazioni chirurgiche elettive o ambulatoriali specialistiche
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione d'impatto sull'equità delle procedure che determinano la formazione/gestione delle liste d'attesa, tramite l'utilizzo dello strumento "Equity Impact Assessment"</li> <li>• Definizione del profilo d'equità dei pazienti in lista d'attesa</li> <li>• Identificazione di variazioni (ingiustificate) di accesso alle liste d'attesa per la medesima prestazione sanitaria.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Partecipano al monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le parti sociali;</li> <li>- gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie;</li> <li>- le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Cure primarie; CUP, ospedali, enti convenzionati
<b>Referenti dell'intervento</b>	Antonio Chiarenza mail: antonio.chiarenza@ausl.re.it

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

---

**Totale preventivo 2018: € 30.000,00**

---

- AUSL : 30.000,00 €

## PROGETTO ALI

Completato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>LUZZARA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'accoglienza si pone come primo momento importante e delicato; è una fase temporale ben precisa, è la fase del primo arrivo e del primo incontro. Questo momento rappresenta una sorta di "imprinting" fondamentale, un'impronta chiave sulla quale modellare poi le reciproche rappresentazioni e che segna quindi, in maniera profonda, lo svolgersi dei successivi processi di relazione interetnica, di inserimento e integrazione. L'accoglienza pertanto deve essere funzionante ed efficace tutto l'anno, in quanto il flusso migratorio cambia l'intensità, ma non la continuità. Nonostante nelle scuole, siano già attivi da anni protocolli d'accoglienza che definiscono gli aspetti di carattere amministrativo, organizzativo e pedagogico-didattico dell'accoglienza, ancora non si è giunti ad un progetto organizzativo comune e ogni scuola, per mancanza di risorse umane e materiali, spesso è costretta a dedicare pochi giorni all'accoglienza, cercando con una full immersion nella scuola e nella lingua, di riempire vuoti e trasmettere saperi. Tutto questo spesso con esiti negativi, anche perchè nella maggior parte dei casi, gli alunni vengono inseriti in classe senza dedicare loro il tempo e le attenzioni necessarie ai loro bisogni linguistici, senza predisporre per loro interventi adeguati né sulla lingua della comunicazione, né sulla lingua dello studio.</p> <p>"Per legge lo studente non madrelingua viene immesso in classi italiane sulla base dell'età e non della competenza linguistica, questa linea d'azione è comunque accettata generalmente da tutti, amministrazione, docenti e pedagogisti, e dimostra che per il mondo della scuola l'acquisizione dell'It 2, che a nostro avviso è una condizione necessaria per la socializzazione, non viene ritenuta tale.</p> <p>Questa linea ci pare volta più a mettere in pace la coscienza pedagogica che a risolvere un problema effettivo. La linea pedagogica dominante ha portato a ritenere anche che immettere il neo-arrivato in un corso intensivo di italiano prima di inserirlo in una classe significhi isolarlo in un "ghetto".</p> <p>Spesso in nome dell'integrazione si dimentica che questa passa attraverso un'organizzazione capillare che parte dall'accoglienza, per arrivare ad un'organizzazione efficace dell'insegnamento-apprendimento della lingua italiana, ritenuta anche da noi condizione necessaria e irrinunciabile per l'integrazione nella scuola e nella società.</p> <p>L'accoglienza deve essere intesa come atteggiamento e attitudine da sviluppare nei confronti dell'alterità e della differenza. Accogliere ed essere accolto significa prestare attenzione ai bisogni dell'altro, sviluppare atteggiamenti di apertura, di ascolto e di reciprocità. Nella scuola l'accoglienza è un momento importante perchè:</p> <p>significa darsi il tempo di conoscere e osservare, non valutare e prendere decisioni affrettate; significa rispettare tempi e bisogni, non fornire in pochi giorni pacchetti di parole</p>
------------------	--

	<p>preconfezionate da imparare;          significa organizzare strumenti e materiali didattici a misura di ciascun alunno neo-arrivato, che sia analfabeta o semplicemente incapace di esprimersi in lingua italiana, perchè ognuno ha la sua storia, la sua cultura e il suo bagaglio di conoscenze;          significa accogliere le famiglie e tentare di ricostruire storie personali e vissuti di povertà spesso dolorosi e difficili;          significa creare reti e accordi istituzionali tra servizi scolastici, sociali e sanitari al fine di prevenire fenomeni di emarginazione, incuria e abbandono.</p>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>QUANDO ARRIVA UN BAMBINO STRANIERO A SCUOLA:          Deve "imparare" la nuova scuola e le sue regole.          Deve apprendere l'italiano per comunicare nella vita di tutti i giorni.          Deve apprendere l'italiano per studiare, ma soprattutto per poterlo utilizzare per esprimere idee, concetti, astrazioni.</p> <p>PER UN INSERIMENTO DOLCE          Sarebbe opportuno mettersi nei panni di chi è estraneo ad una situazione, provare ad immaginare le sue percezioni ed emozioni.          Sarebbe opportuno prevedere messaggi e punti di riferimento decifrabili che possono dare sicurezza.          Sarebbe opportuno prevedere un codice perché egli possa comunicare ed entrare in relazione col contesto e poter esprimere i suoi bisogni.</p> <p>In questa prima fase l'alunno:          è accolto in un ambiente dove ritrova alcuni riferimenti culturali e dove può relazionare anche con alunni della propria nazionalità;          instaura un rapporto amichevole, di relazione, di fiducia e di collaborazione, sia con l'insegnante incaricato dell'accoglienza, che con i compagni che vivono o hanno già vissuto il momento dello spaesamento;          inizia a conoscere l'organizzazione e le regole della scuola italiana;          trova le motivazioni per esprimersi attraverso codici di comunicazioni diversi da quelli strettamente verbali (la mimica, il gesto, l'immagine, il gioco...)          acquisisce una competenza minima di ascolto, comprensione e produzione orale nella lingua italiana, tale da consentirgli di comunicare e agire nelle situazioni ricorrenti della vita quotidiana e di interagire con i compagni e con gli insegnanti.          trova un ambiente pensato e strutturato con tempi e attività più consoni al suo apprendimento;          viene preparato al successivo inserimento nella classe attraverso l'accompagnamento dell'insegnante;</p> <p>Durante il periodo di accoglienza:          verranno valutate le competenze degli alunni per facilitare il successivo inserimento nelle classi delle rispettive scuole;          verranno raccolte informazioni sull'alunno e sulla famiglia;          verrà attuata una didattica personalizzata sulle necessità linguistiche dell'alunno, per sviluppare la lingua della comunicazione e i prerequisiti fondamentali all'acquisizione della lingua dello studio, attraverso il lessico essenziale delle discipline stesse;          verranno valutate le conoscenze in alcune discipline (matematica, inglese, francese, geografia) attraverso l'utilizzo di mediatori e predisposto un intervento specifico per recuperare le carenze e per supportare l'alunno nella comprensione degli aspetti linguistici della disciplina;          verrà compilata una scheda informativa contenente indicazioni sulle competenze raggiunte durante la fase di accoglienza;          verrà contattata la docente di riferimento delle singole scuole (funzione strumentale) per trasmettere le informazioni sugli alunni e per dare indicazioni sull'inserimento in classe.          Al termine del periodo di accoglienza verrà organizzato il momento di inserimento nella classe attraverso:          un incontro con il docente di riferimento (funzione strumentale, docente coordinatore o di classe) e l'insegnante del laboratorio di alfabetizzazione presente nell'istituto;          la predisposizione di attività didattiche legate al tema della conoscenza, dell'accettazione dell'altro e dell'interculturalità;          l'intervento di accompagnamento in classe della docente del laboratorio e la realizzazione</p>

	<p>dell'attività programmata.</p> <p>Si sottolinea che la scelta della classe dove inserire l'alunno, rimane di pertinenza del Dirigente Scolastico di ciascuna scuola, nel rispetto della normativa vigente.</p> <p>Dal momento dell'inserimento nella scuola di riferimento, l'alunno inizierà a frequentare regolarmente in classe in base all'orario previsto, inoltre frequenterà il laboratorio linguistico interno alle scuole (livello A1-A2) in base all'organizzazione oraria e alle risorse di ciascun Istituto.</p> <p><b>TEMPO SCOLASTICO DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSEGNAMENTO IT2</b></p> <p>L'alunno frequenterà la scuola solo in orario antimeridiano, per 4 ore giornaliere dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30</p> <p>In questa prima fase l'insegnante incaricato:</p> <p>Concorda con le funzioni strumentali la data di inizio di frequenza per gli alunni che si iscriveranno in corso d'anno.</p> <p>Propone le attività didattiche previste nella programmazione relativa al progetto in base alla situazione di ogni singolo alunno.</p> <p>Propone alcune prove per la valutazione delle competenze.</p> <p>Compila la scheda di valutazione complessiva in uscita.</p> <p>Propone alle singole Scuole la classe di inserimento, tenendo conto della normativa vigente e delle competenze raggiunte.</p> <p>Organizza l'incontro con il docente di riferimento in ciascuna scuola al momento dell'inserimento.</p> <p>Segue l'inserimento nelle scuole.</p> <p>Organizza incontri periodici con le funzioni strumentali dei vari istituti per valutare l'andamento del progetto.</p> <p>Propone momenti collegiali di formazione per le scuole aderenti al progetto.</p> <p>Partecipa a gruppi di lavoro collegiali per la produzione di materiale facilitato e semplificato.</p> <p>Durante l'ultimo periodo della fase di accoglienza, si prenderanno i contatti con la scuola dove sarà inserito l'alunno. La fase dell'inserimento in classe sarà preceduta da un momento di incontro tra il coordinatore di classe e il docente che ha seguito l'accoglienza. In quella sede si procederà:</p> <p>a fornire le schede di presentazione dell'alunno</p> <p>a stabilire il momento in cui inserire l'alunno nella classe</p> <p>a presentare le attività che verranno proposte durante l'inserimento.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Bambine e bambini neo arrivati/e in età scolare dei comuni di Guastalla, Gualtieri, Boretto e Luzzara.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>In questa prima fase l'alunno:</p> <p>è accolto in un ambiente dove ritrova alcuni riferimenti culturali e dove può relazionare anche con alunni della propria nazionalità;</p> <p>instaura un rapporto amichevole, di relazione, di fiducia e di collaborazione, sia con l'insegnante incaricato dell'accoglienza, che con i compagni che vivono o hanno già vissuto il momento dello spaesamento;</p> <p>inizia a conoscere l'organizzazione e le regole della scuola italiana;</p> <p>trova le motivazioni per esprimersi attraverso codici di comunicazioni diversi da quelli strettamente verbali (la mimica, il gesto, l'immagine, il gioco...)</p> <p>acquisisce una competenza minima di ascolto, comprensione e produzione orale nella lingua italiana, tale da consentirgli di comunicare e agire nelle situazioni ricorrenti della vita quotidiana e di interagire con i compagni e con gli insegnanti.</p> <p>trova un ambiente pensato e strutturato con tempi e attività più consoni al suo apprendimento;</p> <p>viene preparato al successivo inserimento nella classe attraverso l'accompagnamento dell'insegnante;</p> <p>Durante il periodo di accoglienza:</p> <p>verranno valutate le competenze degli alunni per facilitare il successivo inserimento nelle classi delle rispettive scuole;</p>

verranno raccolte informazioni sull'alunno e sulla famiglia;

verrà attuata una didattica personalizzata sulle necessità linguistiche dell'alunno, per sviluppare la lingua della comunicazione e i prerequisiti fondamentali all'acquisizione della lingua dello studio, attraverso il lessico essenziale delle discipline stesse;

verranno valutate le conoscenze in alcune discipline (matematica, inglese, francese, geografia) attraverso l'utilizzo di mediatori e predisposto un intervento specifico per recuperare le carenze e per supportare l'alunno nella comprensione degli aspetti linguistici della disciplina;

verrà compilata una scheda informativa contenente indicazioni sulle competenze raggiunte durante la fase di accoglienza;

verrà contattata la docente di riferimento delle singole scuole (funzione strumentale) per trasmettere le informazioni sugli alunni e per dare indicazioni sull'inserimento in classe.

Al termine del periodo di accoglienza verrà organizzato il momento di inserimento nella classe attraverso:

- un incontro con il docente di riferimento (funzione strumentale, docente coordinatore o di classe) e l'insegnante del laboratorio di alfabetizzazione presente nell'istituto;
- la predisposizione di attività didattiche legate al tema della conoscenza, dell'accettazione dell'altro e dell'interculturalità;
- l'intervento di accompagnamento in classe della docente del laboratorio e la realizzazione dell'attività programmata.

Si sottolinea che la scelta della classe dove inserire l'alunno, rimane di pertinenza del Dirigente Scolastico di ciascuna scuola, nel rispetto della normativa vigente.

Dal momento dell'inserimento nella scuola di riferimento, l'alunno inizierà a frequentare regolarmente in classe in base all'orario previsto, inoltre frequenterà il laboratorio linguistico interno alle scuole (livello A1-A2) in base all'organizzazione oraria e alle risorse di ciascun Istituto.

**TEMPO SCOLASTICO DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA E INSEGNAMENTO IT2**

L'alunno frequenterà la scuola solo in orario antimeridiano, per 4 ore giornaliere dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30

In questa prima fase l'insegnante incaricato:

- Concorda con le funzioni strumentali la data di inizio di frequenza per gli alunni che si iscriveranno in corso d'anno.
- Propone le attività didattiche previste nella programmazione relativa al progetto in base alla situazione di ogni singolo alunno.
- Propone alcune prove per la valutazione delle competenze.
- Compila la scheda di valutazione complessiva in uscita.
- Propone alle singole Scuole la classe di inserimento, tenendo conto della normativa vigente e delle competenze raggiunte.
- Organizza l'incontro con il docente di riferimento in ciascuna scuola al momento dell'inserimento.
- Segue l'inserimento nelle scuole.
- Organizza incontri periodici con le funzioni strumentali dei vari istituti per valutare l'andamento del progetto.
- Propone momenti collegiali di formazione per le scuole aderenti al progetto.
- Partecipa a gruppi di lavoro collegiali per la produzione di materiale facilitato e semplificato.

Durante l'ultimo periodo della fase di accoglienza, si prenderanno i contatti con la scuola dove sarà inserito l'alunno. La fase dell'inserimento in classe sarà preceduta da un momento di incontro tra il coordinatore di classe e il docente che ha seguito l'accoglienza. In quella sede si procederà:

- a fornire le schede di presentazione dell'alunno
- a stabilire il momento in cui inserire l'alunno nella classe
- a presentare le attività che verranno proposte durante l'inserimento.

<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).</p> <p>Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Istituti Comprensivi Ufficio Scolastico provinciale Prodigio Comuni di Guastalla, Gualtieri, Boretto e Luzzara</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Comune di Luzzara Responsabile servizio scuola Istituto comprensivo di Luzzara</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: 1. N. beneficiari accolti ed inseriti nelle classi

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- Obiettivo 2018: 15

- Obiettivo 2019: 15

- Obiettivo 2020: 15



## PROGETTO CASPER

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

### Riferimento scheda distrettuale: PROGETTO SPRAR

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

<b>Razionale</b>	<p>A livello Provinciale il numero di cittadini stranieri iscritti alle Anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 (7,8%) a 65.450 nel 2017 (12,3%).</p> <p>Reggio Emilia è, ovviamente, il distretto con il maggior numero di residenti, seguito da Guastalla e Correggio.</p> <p>Tranne Castelnuovo Monti, dove si osserva un dato sostanzialmente stabile, i residenti crescono fino al 2013 per poi calare successivamente. I motivi sono analoghi a quelli descritti precedentemente e legati soprattutto alla contrazione economica. Calano le nascite, si riduce l'immigrazione e aumenta l'emigrazione in cerca di lavoro.</p> <p>Una peculiarità provinciale è l'aggregazione in aree tra connazionali con la creazione di vere e proprie comunità, come ad esempio quella pakistana e indiana nei distretti di Correggio e Guastalla, e quella cinese a Reggio Emilia.</p> <p>Anche la popolazione straniera, come quella complessiva appare in riduzione per gli stessi motivi indicati in precedenza.</p> <p>La maggior parte degli immigrati è in età lavorativa e mentre nella prima fase del fenomeno migratorio era prevalente la presenza di giovani maschi adulti, nel 2016 il 13,4% della popolazione residente è costituita da femmine a fronte del 12,7% di quella maschile, a causa del grosso aumento di donne provenienti dall'Europa centro-orientale.</p> <p>Il 22,2% dei maschi e il 18% delle femmine di età 0-14 anni è di origine straniera.</p> <p>Nei primi anni i soggetti anziani stranieri erano pochi; nell'ultimo anno di rilevazione rappresentano circa il 9%.</p> <p>Il numero assoluto e la proporzione rispetto agli italiani dei residenti di origine straniera cresce dal 01/01/2005, prima anno di rilevazione al 01/01/2013, per poi calare in tutti gli anni successivi.</p> <p>Questo fenomeno rappresenta quindi, insieme al calo delle nascite, che erano anch'esse sostenute principalmente dalla popolazione immigrata, la causa principale della riduzione complessiva della popolazione residente.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Facilitare e qualificare l'accesso dei cittadini stranieri al sistema integrato dei servizi territoriali (sportelli sociali, centri per l'impiego, servizi socio-sanitari dell'AUSL, sportelli tematici specialistici, anagrafe, ecc.) anche attraverso interventi informativi, di orientamento ed accompagnamento.</p> <p>Supportare i servizi sociali, socio-sanitari ed educativi nonché le equipe multi-professionali previste dalla L.R. 14/2015 nella presa in carico integrata e nella definizione di programmi</p>

	<p>personalizzati di intervento rivolti ai Cittadini di Paesi Terzi, con particolare riferimento ad alcuni profili potenzialmente più fragili e vulnerabili (es: giovani neo-maggiorenni senza reti familiari di riferimento, madri sole con figli, familiari ricongiunti neo-arrivati, titolari di protezione internazionale e umanitaria), anche attraverso attività di mediazione ed interventi educativi.</p> <p>Sostenere i soggetti pubblici e del privato sociale nel lavoro di rete e nell'interconnessione, al fine di consolidare il sistema integrato dei servizi territoriali e migliorarne la capacità di risposta ai bisogni dei cittadini stranieri.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>N. 1960 Cittadini di paesi terzi regolarmente presenti in Italia, ivi compresi i titolari di protezione internazionale con particolare attenzione a persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità quali giovani neo-maggiorenni senza reti familiari di riferimento, madri sole con figli, familiari ricongiunti neo-arrivati, titolari di protezione internazionale e umanitaria, anche sulla base dei profili di fragilità ex. L.R. 14/2015.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>ATTIVITA' DI GOVERNANCE e COORDINAMENTO</p> <p>1.1 costituzione del tavolo di coordinamento del progetto a livello regionale costituito dal capofila e dai partner del progetto</p> <p>1.2 attivazione e/o consolidamento di tavoli tecnici di coordinamento del progetto a livello locale costituiti dai partner di progetto (comuni capoluogo) e dagli ambiti distrettuali del territorio di riferimento</p> <p>1.3 attivazione a consolidamento di tavoli operativi di progetto istituiti dagli ambiti distrettuali che vedano il coinvolgimento delle reti territoriali di intervento (servizi sociali, socio-sanitari ed educativi, CIP, terzo settore, ecc)</p> <p>2. INTERVENTI DI ORIENTAMENTO/SUPPORTO INDIVIDUALE PER PROMUOVERE E FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI E LA PRESA IN CARICO UNITARIA E INTEGRATA DA PARTE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE TRAMITE OPERATORI CON COMPETENZE SPECIALISTICHE INTERCULTURALI:</p> <p>2.1 sostegno alla presa in carico unitaria e integrata da parte dell'equipe multidisciplinare, alla lettura della domanda e del bisogno, alla definizione e implementazione dei programmi personalizzati di intervento in relazione all'utenza straniera</p> <p>2.2 supporto all'orientamento specialistico: interventi di supporto alla persona, attraverso incontri individuali, per l'esplicitazione di esperienze-competenze-bisogni di complessa ricostruzione e di difficile analisi al fine di individuare gli interventi di inclusione e di sostegno più idonei</p> <p>2.3 interventi di mediazione culturale atti a favorire l'integrazione sociale e l'accesso paritario in ambito, sociale, lavorativo e scolastico delle persone straniere immigrate</p> <p>2.4 interventi di sostegno socio-educativo territoriale destinati ai soggetti a rischio di emarginazione ed alle relative famiglie, erogati in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale</p> <p>2.5 Interventi di sostegno alle funzioni genitoriali volte a sostenere e supportare le famiglie immigrate nello svolgimento dei compiti educativi e di cura</p> <p>2.6 Interventi di supporto per l'inserimento abitativo in termini sia di accompagnamento individuale sia di mediazione sociale nei contesti ad alta complessità socio-culturale (inclusi Servizi di prossimità/buon vicinato ex. L.R.14/2015)</p> <p>AZIONI DI SISTEMA REGIONALI PER FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI</p> <p>3.1 azione trasversale di orientamento/supporto per l'utilizzo di strumenti digitali (Fascicolo sanitario elettronico, iscrizioni scuole on line, agenzia delle entrate etc), semplificazione delle informazioni e comunicazioni relative ai servizi attivi sul territorio</p> <p>3.2 azioni di sistema regionale volti alla qualificazione degli interventi e dei percorsi di supporto individuale</p> <p>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE</p> <p>4.1 definizione dei criteri condivisi per l'individuazione dei beneficiari del progetto nell'ambito del target di riferimento e degli strumenti operativi di raccolta dati e di monitoraggio, in raccordo con i sistemi informativi esistenti e in via di realizzazione (es. valutazione del Profilo di Fragilità in attuazione della L.R.14/2015)</p>

	<p>4.2 monitoraggio delle attività e dei risultati raggiunti anche in raccordo con il processo di valutazione e monitoraggio realizzati per l'implementazione della L.R.14/2015 (comprensivo del monitoraggio dei destinatari che hanno partecipato ad interventi complementari finanziati da L.R. 14/2015, FSE, Fondo Sociale Regionale, Risorse proprie comuni )</p> <p>4.3 somministrazione e sistematizzazione dei questionari ai destinatari per valutare indice di gradimento dei servizi integrati erogati (verrà somministrato un questionario ad hoc agli utenti che usufruiscono dei servizi di orientamento/supporto individualizzato)</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).</p> <p>Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Cooperativa Dimora d'Abramo          Unione          Comuni          Ausl          ASBR          CFP          Centro per l'impiego          Scuole          Parrocchie          Associazionismo          MMG          Pediatri di Libera Scelta          Parti sociali</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Responsabili dei servizi sociali comunali          Comune di Boretto Monica Susy Foti          Comune di Brescello Daniela Magnani          Comune di Gualtieri Nadia Mondadori          Comune di Guastalla Paola Berni          Comune di Luzzara Annalisa Gorini          Comune di Novellara</p>

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

---

## Indicatori locali: 3

---

### **1°: 1. N. soggetti in carico**

**in Unione ai programmi di assistenza del progetto regionale CASPER**

**Descrizione:** 1.

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 40

- **Obiettivo 2020:** 40

### **2°: N. Famiglie in carico ai programmi di assistenza del progetto regionale CASPER**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 8

- **Obiettivo 2019:** 32

- **Obiettivo 2020:** 32

### **3°: 1. N. incontri d'èquipe con i comuni in unione**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 8

- **Obiettivo 2019:** 16

- **Obiettivo 2020:** 16



## PROGETTO SPRAR

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

### Riferimento scheda distrettuale: PROGETTO CASPER

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>GUASTALLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>A livello Provinciale il numero di cittadini stranieri iscritti alle Anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 (7,8%) a 65.450 nel 2017 (12,3%).</p> <p>Reggio Emilia è, ovviamente, il distretto con il maggior numero di residenti, seguito da Guastalla e Correggio.</p> <p>Tranne Castelnuovo Monti, dove si osserva un dato sostanzialmente stabile, i residenti crescono fino al 2013 per poi calare successivamente. I motivi sono analoghi a quelli descritti precedentemente e legati soprattutto alla contrazione economica. Calano le nascite, si riduce l'immigrazione e aumenta l'emigrazione in cerca di lavoro.</p> <p>Una peculiarità provinciale è l'aggregazione in aree tra connazionali con la creazione di vere e proprie comunità, come ad esempio quella pakistana e indiana nei distretti di Correggio e Guastalla, e quella cinese a Reggio Emilia.</p> <p>Anche la popolazione straniera, come quella complessiva appare in riduzione per gli stessi motivi indicati in precedenza.</p> <p>La maggior parte degli immigrati è in età lavorativa e mentre nella prima fase del fenomeno migratorio era prevalente la presenza di giovani maschi adulti, nel 2016 il 13,4% della popolazione residente è costituita da femmine a fronte del 12,7% di quella maschile, a causa del grosso aumento di donne provenienti dall'Europa centro-orientale.</p> <p>Il 22,2% dei maschi e il 18% delle femmine di età 0-14 anni è di origine straniera.</p> <p>Nei primi anni i soggetti anziani stranieri erano pochi; nell'ultimo anno di rilevazione rappresentano circa il 9%.</p> <p>Questo fenomeno rappresenta quindi, insieme al calo delle nascite, che erano anch'esse sostenute principalmente dalla popolazione immigrata, la causa principale della riduzione complessiva della popolazione residente.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Oggetto della convenzione SPRAR firmata dal Comune di Guastalla è l'affidamento della gestione del progetto di accoglienza per n. 35 richiedenti o titolari di protezione internazionale.</p> <p>Il progetto costituisce il punto di riferimento per la concreta attuazione dell'intervento. Lo scopo del progetto è partecipare attivamente al Sistema Nazionale di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) favorendo la realizzazione di interventi di accoglienza ordinaria in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale nonché titolari di protezione umanitaria che necessitano di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare specialistica</p>

	e/o prolungata.
<b>Destinatari</b>	richiedenti o titolari di protezione internazionale
<b>Azioni previste</b>	<p>Le attività oggetto della convenzione saranno realizzate tenendo conto delle indicazioni indicate nelle linee guide del Decreto del Ministero dell'Interno del 7 agosto 2015.</p> <p>Il Progetto presenta nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Accoglienza materiale delle persone;</li> <li>b) Mediazione linguistica-culturale;</li> <li>c) Orientamento e accesso ai servizi del territorio;</li> <li>d) Formazione e riqualificazione professionale;</li> <li>e) Orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo;</li> <li>f) Orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo;</li> <li>g) Orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale;</li> <li>h) Orientamento e accompagnamento legale;</li> <li>i) Tutela psico -socio-sanitaria;</li> <li>j) Aggiornamento e gestione della banca dati.</li> </ul> <p>I posti previsti dal progetto sono 35 destinati a persone adulte di sesso maschile, presso appartamenti siti in via Anna Frank e via Peroggio a Guastalla di cui l'ente attuatore cooperativa Dimora d'Abramo è conduttore.</p> <p>Il Comune e la cooperativa si impegnano, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, ad attuare tutte le misure necessarie per portare a buon fine le azioni concordate e ad improntare le proprie azioni ai criteri di professionalità, appropriatezza e trasparenza, rispettando ed ottemperando le prescrizioni contenute nelle normative vigenti.</p> <p>L'Ente attuatore si impegna a garantire tutte le prestazioni necessarie al funzionamento delle attività previste, nel rispetto della legge e della regolamentazione vigente e, in particolare della normativa in merito al progetto SPRAR, attivando le necessarie sinergie con il Comune di Guastalla oltre che con tutti i soggetti del territorio necessari all'azione di rete per il progetto.</p> <p>In particolare si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) gestire i percorsi di accoglienza, integrazione e tutela in forma integrata, con le modalità previste nel progetto finanziato, assicurando tutte le azioni necessarie ivi indicate, salvo quelle espressamente assegnate al Comune;</li> <li>b) garantire gli adempimenti burocratici e di legge connessi (comunicazioni alla Questura e alla Prefettura, iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ecc.);</li> <li>c) tenere i registri e prospetti previsti dalla normativa di rendicontazione SPRAR;</li> <li>d) gestire la banca dati per l'inoltro delle comunicazioni previste al Sistema Centrale.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso</p> <p>imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che</p>

	<p>devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).</p> <p>Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comune di Guastalla                      Cooperativa Dimora D'Abramo                      Associazioni di volontariato                      Società sportive                      Parti sociali                      Centro per l'Impiego                      Centro di Formazione Professionale Bassa reggiana                      Terzo settore</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dott. Paola Berni                      Responsabile servizio alla persona Comune di Guastalla                      Tel 0522 839758                      E mail p.berni@comune.guastalla.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>patrimonio immobiliare di Asp Progetto persona</p>

## Indicatori locali: 1

**1°: n. soggetti che si sono attivati in attività di volontariato/inclusione lavorativa**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 35

- **Obiettivo 2019:** 35

- **Obiettivo 2020:** 35



## PROGETTO TERRA

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

### Riferimento scheda distrettuale: PROGETTO ALI

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

<b>Razionale</b>	<p>A livello Provinciale il numero di cittadini stranieri iscritti alle Anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 (7,8%) a 65.450 nel 2017 (12,3%).</p> <p>Reggio Emilia è, ovviamente, il distretto con il maggior numero di residenti, seguito da Guastalla e Correggio.</p> <p>Tranne Castelnuovo Monti, dove si osserva un dato sostanzialmente stabile, i residenti crescono fino al 2013 per poi calare successivamente. I motivi sono legati soprattutto alla contrazione economica. Calano le nascite, si riduce l'immigrazione e aumenta l'emigrazione in cerca di lavoro.</p> <p>Una peculiarità provinciale è l'aggregazione in aree tra connazionali con la creazione di vere e proprie comunità, come ad esempio quella pakistana e indiana nei distretti di Correggio e Guastalla, e quella cinese a Reggio Emilia.</p> <p>Anche la popolazione straniera, come quella complessiva appare in riduzione per gli stessi motivi indicati in precedenza.</p> <p>La maggior parte degli immigrati è in età lavorativa e mentre nella prima fase del fenomeno migratorio era prevalente la presenza di giovani maschi adulti, nel 2016 il 13,4% della popolazione residente è costituita da femmine a fronte del 12,7% di quella maschile, a causa del grosso aumento di donne provenienti dall'Europa centro-orientale.</p> <p>Il 22,2% dei maschi e il 18% delle femmine di età 0-14 anni è di origine straniera.</p> <p>Nei primi anni i soggetti anziani stranieri erano pochi; nell'ultimo anno di rilevazione rappresentano circa il 9%.</p> <p>Questo fenomeno rappresenta quindi, insieme al calo delle nascite, che erano anch'esse sostenute principalmente dalla popolazione immigrata, la causa principale della riduzione complessiva della popolazione residente</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Dalla fine degli anni '90 in diversi Comuni del Distretto di Guastalla si sono realizzati corsi di lingua italiana (sia per adulti che per studenti delle scuole dell'obbligo), interventi con mediatori linguistico-culturali, progetti di carattere interculturale in ambito scolastico ed extrascolastico.</p> <p>A fronte della repentina crescita dell'immigrazione registrata tra il 2000-2008, i Comuni e gli istituti scolastici hanno messo in campo progettazioni specifiche, potendo contare su consistenti finanziamenti nazionali e regionali finalizzati. In questo periodo nei nostri territori hanno avuto grande impulso le politiche di accoglienza/integrazione, tradotte in ulteriori azioni</p>

	<p>concrete quali la predisposizione di opuscoli informativi, attività di socializzazione per le donne, realizzazione di ricerche e pubblicazioni a livello nazionale.</p> <p>Dal 2010 le politiche locali sul tema dell'integrazione sociale - agite nel frattempo a livello di Unione Bassa Reggiana hanno dovuto confrontarsi con due importanti fattori:</p> <p>1) gli effetti della crisi economica che ha avuto pesanti ricadute anche sulla popolazione immigrata,</p> <p>2) la riduzione dei finanziamenti nazionali e regionali.</p> <p>In questo scenario, l'Unione ha scelto di confermare le azioni di integrazione scolastica nelle scuole dell'obbligo e di mediazione linguistico-culturale, con un maggiore investimento nel coordinamento/monitoraggio degli interventi a livello distrettuale.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Personne appartenenti a Paesi Terzi neo arrivate in Italia, o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), insegnanti</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>1. LABORATORI DI ALFABETIZZAZIONE</p> <p>Una delle azioni del progetto si propone di favorire e facilitare il processo di integrazione dei bambini e ragazzi immigrati nel mondo della scuola e in quello sociale, in un scambio interculturale che punta sul miglioramento della lingua italiana quale veicolo di comunicazione e di studio.</p> <p>Come scelta metodologica, si è scelto di stimolare e supportare la volontà di accoglienza delle scuole, attivando sinergie "dal basso" anziché imporre un modello di integrazione preconfezionato. In questa logica, l'Associazione Pro.Di.Gio. (che ha curato il coordinamento, il monitoraggio e la valutazione, la riprogettazione in itinere e la rendicontazione del progetto) ha promosso incontri in tutti i Comuni con i referenti del COMUNE e della SCUOLA PRIMARIA, con lo scopo di programmare le azioni da realizzare, verificandole in itinere e alla fine dell'anno scolastico.</p> <p>L'Associazione Pro.di.Gio. promuove incontri di coordinamento fra tutti gli insegnanti per l'alfabetizzazione, inteso come momento comune di confronto e scambio di esperienze; permette la conoscenza reciproca tra insegnanti (rispetto ai diversi livelli di esperienza, alle differenti formazioni, ecc.) e uno scambio informativo rispetto alle diverse situazioni comunali. Gli incontri consentono il far emergere gli aspetti più significativi dell'attività quotidiana, le maggiori criticità e le proposte di miglioramento.</p> <p>2. L'ATTIVITÀ DI MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE</p> <p>Si tratta di un'attività finalizzata a facilitare l'accesso e l'utilizzo di alcuni servizi presenti sul territorio da parte delle famiglie straniere.</p> <p>In concreto, alcune figure di mediazione linguistico-culturale, per etnie diverse, vengono impiegate in maniera flessibile sul territorio, in funzione delle comunità prevalenti e delle richieste specifiche dei singoli Comuni. L'attivazione della mediazione avviene in collaborazione con i servizi comunali e con le scuole, assicurando in primo luogo la possibilità di comprensione da parte delle famiglie straniere, con la presenza a colloqui o attraverso la traduzione di testi e comunicazioni.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi</p>

	<p>paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).</p> <p>Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Istituti Comprensivi Comuni Unione Associazioni di volontariato Prodigio</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dott. Lauro Menozzi Associazione Prodigio info@associazioneprodigio.it 349 4035184</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 97.999,00**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **59.507,00 €**
- Unione di comuni: **38.492,00 €**

---

**Indicatori locali: 2**

---

**1°: Beneficiari corsi lingua italiana realizzati nell'ambito del Progetto Terra**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 200 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 250
- **Obiettivo 2019:** 250
- **Obiettivo 2020:** 250

**2°: Monitoraggio ore mediatore culturale**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 350 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 400
- **Obiettivo 2019:** 400

- Obiettivo 2020: 400

## CORSI PRE E DOPO PARTO

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Garantire a tutte le gravide i corsi pre natali di base, in quanto interventi educativi a tutela della maternità; partendo dall'assunto che le informazioni riguardo il percorso nascita e il sostegno alle donne, ai partner e alla loro famiglia che li aiuti nella transizione alla genitorialità siano elementi essenziali dell'assistenza prenatale. Gli interventi in epoca post natale di sostegno ai genitori per promuovere la salute dei bambini sono in grado di influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini con esiti a lungo termine.</p> <p>Dare continuità assistenziale Ospedale - Territorio.</p> <p>Attuare Passo n° 10 UNICEF – OMS per il successo dell'allattamento al seno: favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere...</p> <p>Contribuire alla diffusione di una cultura per la maternità consapevole dove si integrano aspetti psicologici, emozionali, culturali e sociali.</p> <p>Linee guida gravidanza fisiologica ISS; Piano attuazione delibera 533; Progetto "Genitori Più"; Linee Guida ILCA; Raccomandazioni sull'allattamento SIN; WWW.sicurezzadeibambini.it</p>
<b>Descrizione</b>	<p>1) N°6 incontri PRE natali in cui: affrontare i temi della gravidanza, del travaglio, del parto, della cura del neonato, dell'allattamento, del dopo parto. Favorire un percorso di preparazione alla genitorialità; favorire momenti di condivisione e confronto con altri genitori.</p> <p>2) N°6 incontri POST natali in cui: confrontarsi e condividere insieme l'esperienza del parto e dell'allattamento; affrontare i temi del passaggio alla nuova condizione di genitori, dei</p>

	ritmi sonno/veglia del neonato, dello svezzamento, delle nuove dinamiche familiari, dello sviluppo psicomotorio del neonato, del rientro al lavoro della mamma.
<b>Destinatari</b>	Le gravide nel periodo da 28 a 32 settimane e le neo mamme dopo due mesi dal parto. Numero di partecipanti per Corso compreso da 12 a 18.
<b>Azioni previste</b>	Formazione e aggiornamento continuo delle Ostetriche coinvolte. Centralità dell'Ostetrica come referente e conduttrice dei corsi ed eventuale partecipazione di altre figure professionali (PLS...) Collaborazione e continuità integrando le figure professionali Ostetriche dell'Ospedale e del Territorio. Cadenza settimanale per gli incontri PRE parto e quindicinale negli incontri del POST parto.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Le Ostetriche del S.O.S. Salute Donna Guastalla e del Reparto di Ostetricia Ospedale di Guastalla. Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo set
<b>Referenti dell'intervento</b>	Ostetrica Bernini Matilde S.O.S. Salute Donna Guastalla 0522 837640 ; Ostetrica Dallatomasina Barbara Reparto di Ostetricia 0522 837303.
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: Numero assoluto di donne che partecipano ai corsi in un anno.

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 35
- **Obiettivo 2019:** 72
- **Obiettivo 2020:** 72

### 2°: Somministrazione di questionari di gradimento a fine corso.

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 35
- **Obiettivo 2019:** 72
- **Obiettivo 2020:** 72



## SPAZIO LATTE E COCCOLE

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL DISTRETTO DI GUASTALLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Come dimostrato dalle evidenze scientifiche, l'attuazione di interventi precoci, in epoca pre e post natale di sostegno ai genitori, promuovono la salute dei bambini con esiti anche a distanza di anni; in particolare rispetto alla promozione dell'allattamento al seno, in riferimento ai documenti: Linee Guida ILCA; Piano attuazione delibera 533; Guida all'applicazione dei passi BFHI, OMS e UNICEF; Progetto "Genitori Più"; Raccomandazioni sull'allattamento SIN.
<b>Descrizione</b>	Spazio aperto a tutte le neo mamme, dedicato a mamma e a bambino per promuovere e sostenere l'allattamento materno, fornendo suggerimenti precisi e pratici per l'allattamento; utile anche per intercettare, prevenire, gestire eventuali disagi emozionali, e depressione post partum. L'ambulatorio è gestito da Ostetriche e Infermiere con esperienza in ambito neonatale, è aperto 3 gg alla settimana in Guastalla (Lunedì, martedì, giovedì) e 1 gg alla settimana a Brescello presso la Casa della Salute (Venerdì). Accesso diretto o su appuntamento.
<b>Destinatari</b>	Neo mamme, sia nell'immediato dopo parto individuate ed inviate dal reparto di Ostetricia e Pediatria, sia accessi diretti di mamme che spontaneamente sentono la necessità di un confronto con le Professioniste del Servizio.
<b>Azioni previste</b>	Formazione e aggiornamento continuo del personale coinvolto. Sostegno e assistenza all'allattamento, supporto e valorizzazione delle competenze materne. Diffondere la cultura dell'allattamento al seno. Rispondere adeguatamente alle esigenze delle madri nei primi giorni dopo il rientro a casa in un'ottica di continuità tra Ospedale e Territorio.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Allattare al seno - Campagna del Ministero della Salute PRP scheda 3.2 Allat_ER-promozione allattamento al seno
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ostetriche S.O.S Salute Donna ; Ostetriche e Infermiere Reparto di Ostetricia e di Pediatria Ospedale di Guastalla. PLS
<b>Referenti dell'intervento</b>	Ostetrica Bernini Matilde Consultorio di Guastalla 0522 837640 - 837671
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 3

---

### **1°: Numero assoluto accessi annui**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### **2°: Numeri donne che accedono/totale donne che hanno partorito residenti nel distretto**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### **3°: Numeri donne che accedono/totale donne che hanno partorito a Guastalla**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

## HOME VISITING POST NASCITA

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AZIENDA SPECIALE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	Attraverso un'osservazione partecipata, un ascolto attivo e un accompagnamento concreto, operatori specializzati (ostetriche ed educatori domiciliari) possono favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il/i genitore/i ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di pregiudizio per i nuovi nati. Con il servizio di home visiting, sarà possibile inoltre orientare la famiglia alle esperienze territoriali attive che possono offrire sia supporto diretto sia relazioni positive e generative date dall'incontro con le altre famiglie afferenti.
<b>Descrizione</b>	Proporre in via sperimentale interventi di home visiting per neomamme e/o neogenitori in difficoltà nella cura del/la figlio/a appena nato/a, con l'obiettivo di offrire sostegno pratico e di cogliere le fragilità e le risorse della famiglia che affronta il periodo post nascita. Attivare una sinergia tra i servizi sanitari, sociali, ospedalieri ed educativi del territorio.
<b>Destinatari</b>	Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, neomamme e neogenitori in condizioni di vulnerabilità sociale.
<b>Azioni previste</b>	In una prima fase progettuale ci si occuperà dell'avvio di un tavolo di lavoro che coinvolgerà servizi sanitari/ospedalieri (Consultorio Familiare, Servizio Sociale Ospedaliero) e socioeducativi (Servizio Sociale Genitorialità e Tutela Minori, Educativa territoriale) con l'obiettivo di strutturare il servizio di home visiting nelle sue differenti fasi; nella seconda parte verranno attivati gli interventi domiciliari veri e propri, monitorando l'evoluzione dell'esperienza all'interno del tavolo di lavoro.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;</li> <li>- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, SerT, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.</li> </ul>

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Consultorio Familiare, Servizio Sociale Ospedaliero, Servizio Sociale Genitorialità e Tutela Minori, Educativa Territoriale, Pediatria di Libera Scelta, Servizio Infermieristico Domiciliare, Pediatria Ospedaliera, Coordinamento Pedagogico
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alice Vioni cell 335 1415137 e mail a.vioni@asbr.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 5.710,96**

---

- Altri fondi statali/pubblici (*fondo nazionale famiglia*): **5.710,96 €**

---

**Indicatori locali: 9**

---

**1°: progetto integrato**

**Descrizione:** sperimentare

un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie;

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** strutturare un progetto integrato

- **Obiettivo 2019:** monitorare il progetto integrato

- **Obiettivo 2020:** monitorare il progetto integrato

**2°: numero famiglie che hanno usufruito del servizio domiciliare;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 15

- **Obiettivo 2020:** 20

**3°: numero interventi domiciliari/famiglia e totale interventi**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 30

- **Obiettivo 2019:** 45

- **Obiettivo 2020:** 60

**4°: numero e tipologia di invio dai servizi territoriali;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 15

- **Obiettivo 2020:** 20

**5°: numero**

**e tipologia di invii dal servizio di home visiting ai servizi territoriali;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 15

- **Obiettivo 2020:** 20

**6°: numero incontri del tavolo di progettazione;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

**7°: numero incontri tavolo monitoraggio;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

**8°: numero partecipanti ai tavoli di progettazione e monitoraggio**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 10

- **Obiettivo 2020:** 10

**9°: questionari di gradimento e proposta dalle famiglie.**

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

## SOVRAPPESO E OBESITA' – progetto “Bambini molto in forma” (Progetto BMIforma)

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	Prevenzione dell'obesità infantile attraverso la promozione di alimentazione corretta e di sani stili di vita delle famiglie.
<b>Descrizione</b>	<p>Una vastissima letteratura mostra come la promozione della salute passi attraverso interventi precoci, posti in atto nei primi mesi/anni di vita del bambino e sia in grado di condizionare il futuro stato di salute. Questa attenzione verso l'alimentazione infantile e i corretti stili di vita come strumento di prevenzione è ritenuta talmente importante da essere inserita negli accordi sindacali della Pediatria di famiglia (nell'Accordo Collettivo Nazionale, nell'accordo della Regione Emilia Romagna e negli accordi aziendali) in quanto la figura del PLS è ritenuta centrale per la valutazione dei parametri dell'accrescimento e per l'intercettazione precoce del sovrappeso e dell'obesità della popolazione pediatrica. La promozione e il sostegno all'allattamento al seno sono azioni fondamentali ai fini della prevenzione dell'obesità infantile per garantire il benessere futuro del bambino e dell'adulto. I Pediatri di famiglia negli anni hanno fatto formazione presso “Luoghi di Prevenzione” dell'Azienda USL di Reggio Emilia per focalizzare l'attenzione sul problema del sovrappeso/obesità e migliorare l'efficacia degli interventi nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie.</p> <p>In occasione dei bilanci di salute eseguiti in età “filtro” i PLS hanno rilevato e registrato negli anni peso, altezza, circonferenza addominale dei minori visitati, calcolando il BMI e il BMI percentile. I Pediatri di famiglia, attuando gli interventi previsti dal “Counselling motivazionale”, hanno preso in carico i bambini sovrappeso le cui famiglie erano motivate ad iniziare il percorso di miglioramento dell'alimentazione e degli stili di vita. Invece i ragazzi obesi con indagini di laboratorio nella norma sono stati inviati all'ambulatorio di 2° livello gestito da altri PLS, mentre i ragazzi con indagini di laboratorio alterate sono stati inviati all'ambulatorio di Endocrinologia della Pediatria dell'ospedale SMN di Reggio Emilia.</p>
<b>Destinatari</b>	Minori con problemi di sovrappeso e di obesità in carico ai PLS del Distretto di Guastalla
<b>Azioni previste</b>	<p>Nel percorso denominato “Bambini molto in forma (BMIInForma)”, il più recente dei progetti incentrati sul problema del sovrappeso/obesità organizzati nell'USL di Reggio Emilia, i PLS, in occasione del bilancio di salute dei 5 -6 anni, rilevano i dati di peso, altezza, circonferenza addominale e BMI percentile e li registrano sulla scheda on line predisposta da CUP2000.</p> <p>Il PLS effettua l'intervento motivazionale alle bambine in sovrappeso con BMI compreso tra 85° e 97°</p>

	percentile. invia invece i bimbi obesi agli ambulatori di secondo e terzo livello (descritti in precedenza) individuati dal gruppo di lavoro provinciale.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Campagne di sensibilizzazione promosse sulla base di: Documento Regione Emilia Romagna di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso Delibera Giunta Regionale N° 17 del 19/01/2009 (Accordo regionale) PRP scheda 3.1 Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	PLS del Distretto di Guastalla ( e del resto dell'Azienda USL) Ambulatorio di Auxo – endocrinologia pediatrica e Team Nutrizionale Pediatrico dell'ospedale SMN di Reggio Emilia
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott. ssa Dea Pini - Coordinatrice PLS del Distretto di Guastalla - Ambulatorio pediatrico – tel 0522 - 830197
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

**1°: numero di schede on line compilate/ n. bambini in carico con età compresa tra i 4 anni e 9 mesi e i 6 anni e 3 mesi.**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** > 70%

- **Obiettivo 2019:** >70%

- **Obiettivo 2020:** > 70%

**2°: Presa in carico, con percorso della diagnosi motivazionale, di tutte le bambine con percentile tra 85° e 97° percentile che si trovino in fase di determinazione**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%



## DIMISSIONE APPROPRIATA E PROTETTA DEL NEONATO SANO

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Pediatrati di Libera scelta del Distretto di Guastalla</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	

<b>Razionale</b>	Necessità di organizzare nella provincia di Reggio Emilia la presa in carico precoce del neonato da parte del Pediatra di Libera scelta ( PLS) dopo la dimissione dall'Ospedale
<b>Descrizione</b>	La procedura mette in pratica quanto previsto dall'accordo regionale (Del. Giunta Regionale N° 17 del 19/01/2009) e dall'accordo Aziendale tra PLS e Azienda USL relativo al triennio 2009 – 2011. L'obiettivo è di Sostenere e fornire assistenza a madre e neonato nel primo periodo della vita Identificare tempestivamente condizioni di rischio sociale e/o sanitario Promuovere un fisiologico adattamento neonatale e l'allattamento al seno Sostenere il benessere familiare favorendo il reciproco attaccamento madre – bambino.
<b>Destinatari</b>	La procedura si applica ai nati a termine di peso adeguato ( $\geq 2500$ gr e età gestazionale $\geq 37$ settimane) in condizioni cliniche stabili. Il documento riguarda: Neonati con fratelli che hanno già l'assistenza pediatrica ( PLS) Neonati primogeniti che hanno già effettuato la scelta del PLS e/o hanno sottoscritto l'allegato N° 1 (contatto telefonico con il PLS per concordare la data della prima visita di controllo post dimissione in ambulatorio). Sono esclusi i neonati dimessi entro le 48 h e i neonati dimessi prima di un periodo con più giorni festivi consecutivi.
<b>Azioni previste</b>	Il personale medico/ostetrico/infermieristico sollecita i genitori a iscrivere il figlio al Servizio Sanitario e a scegliere il PLS prima della dimissione dall'ospedale. Il genitore contatta telefonicamente il Pediatra per concordare la data e l'ora della visita post dimissione, compila, trascrivendo queste informazioni, il modulo allegato alla procedura e lo riconsegna al personale del reparto che lo conserverà nella cartella del neonato. Il Pediatra si impegna a visitare il neonato entro 72 – 96 ore dalla dimissione. Sono previsti percorsi preferenziali di supporto ai PLS qualora, al momento della visita post dimissione, si evidenzino problematiche cliniche specifiche.
<b>Eventuali interventi/Politiche</b>	PRP scheda 3.2

<b>integrate collegate</b>	Allat-Er-promozione allattamento al seno
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Personale medico e infermieristico della Pediatria Ostetriche e personale infermieristico di Ostetricia e di Nido PLS
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott. ssa Dea Pini - Coordinatrice PLS del Distretto di Guastalla - Ambulatorio pediatrico – tel 0522 - 830197
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: percentuale di di schede compilate per il contatto con il PLS sul Numero dei neonati visitati dai PLS

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** > 90 %

- **Obiettivo 2019:** >95%

- **Obiettivo 2020:** > 95%

### 2°: Numero di neonati visitati dai PLS entro 72-96 ore dalla dimissione /numero di neonati dimessi

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** > 70%

- **Obiettivo 2019:** > 75%

- **Obiettivo 2020:** > 75%

## PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI PREVENZIONE E PER L'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA (Programma nazionale "GenitoriPiù")

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Pediatri di Libera scelta del Distretto di Guastalla</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Necessità di attuare programmi di prevenzione primaria per affrontare quelle che attualmente sono le principali cause di mortalità e morbosità del primo anno di vita (malformazioni congenite, prematurità, SIDS, incidenti, patologie infettive prevenibili) e per favorire, attraverso il rinforzo o la proposta di nuovi modelli comportamentali, l'adozione di corretti stili di vita.</p> <p>Il programma nazionale "Campagna GenitoriPiù" è un programma di sanità pubblica. Gli 8 punti di "GenitoriPiù" sono</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale;</li> <li>2. l'astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;</li> <li>3. l'astensione da bevande alcoliche in gravidanza e allattamento</li> <li>4. l'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;</li> <li>5. la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita;</li> <li>6. la prevenzione degli incidenti attraverso l'utilizzo di mezzi di protezione in auto e la promozione della sicurezza in casa;</li> <li>7. la promozione delle vaccinazioni;</li> <li>8. la promozione della lettura ad alta voce ai bambini già dal primo anno di vita</li> </ol>
<b>Descrizione</b>	<p>L'esecuzione dei 7 bilanci di salute (BS) concordati con la Regione Emilia Romagna, da effettuare in età filtro (per monitorare lo sviluppo psicofisico del bambino) e la contemporanea compilazione del libretto della salute permettono al PLS di confrontarsi con i genitori su problematiche molto importanti. Il programma nazionale "GenitoriPiù" affronta l'argomento del benessere presente e futuro del bambino, suggerendo ai genitori, veri protagonisti del benessere del figlio, 8 azioni semplici ma efficaci per prevenire malattie, malformazioni, traumi, incidenti, obesità, infezioni, ma anche difficoltà cognitive e relazionali future. Gli stessi argomenti del programma "GenitoriPiù" trattati in ambulatorio, possono essere affrontati in incontri dei PLS con le famiglie organizzati dalle scuole (Nidi/ Scuole dell'Infanzia/Primarie), dalle biblioteche, dalle Amministrazioni pubbliche o da associazioni varie.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>I beneficiari sono i neonati/bambini e le loro famiglie .</p> <p>Il progetto "GenitoriPiù"</p> <p>Aiuta ad aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze dei genitori perché le</p>

	<p>scelte di salute siano consapevoli ed effettivamente praticabili con gesti semplici.          Permette ai genitori di sviluppare pienamente la propria genitorialità.          Li rende consapevoli di poter offrire ai figli più protezione, più salute, più sicurezza, cioè di essere genitori protagonisti del benessere del proprio figlio.,</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Programmazione dei periodici bilanci di salute in ambulatorio che rappresentano l'occasione per promuovere e sostenere la consapevolezza della famiglia di agire per la salute del proprio figlio attraverso</p> <p>l'assunzione in gravidanza dell'acido folico per la prevenzione delle malformazioni</p> <p>l'astensione dal fumo in gravidanza e durante l'allattamento, la protezione in ogni fascia di età dal fumo passivo</p> <p>l'astensione dall'assunzione di alcolici in gravidanza e allattamento/allattamento al seno esclusivo nei primi mesi di vita e il mantenimento dello stesso ad integrazione dell'alimentazione complementare nei mesi successivi</p> <p>la posizione supina in culla o nel lettino</p> <p>il trasporto con mezzi adeguati in automobile e la protezione da incidenti domestici la somministrazione di tutte le vaccinazioni di legge</p> <p>la lettura ad alta voce fin dai primissimi momenti della vita del neonato.</p> <p>Partecipazione dei PLS a incontri con i genitori organizzati da scuole, biblioteche, associazioni (CRI, AVIS...), Amministrazioni pubbliche...per affrontare le stesse tematiche.</p> <p>Distribuzione del materiale informativo del progetto "GenitoriPiù"</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Ripetizione della campagna promozionale del progetto "Genitoripiù" attraverso i media.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>PLS          Scuole          Biblioteche          Amministrazioni pubbliche          Associazioni di volontariato e altri luoghi di aggregazione</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dott. ssa Dea Pini - Coordinatrice PLS del Distretto di Guastalla - Ambulatorio pediatrico – tel 0522 - 830197</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: Esecuzione e invio alla Regione (tramite SOLE) dei Bilanci di Salute effettuati

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 100%

- **Obiettivo 2019:** 100%

- **Obiettivo 2020:** 100%

## INCONTRI DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA CON GRAVIDE NEI CORSI DI PREPARAZIONE AL PARTO

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Salute donna e ostetricia ospedale</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La partecipazione dei PLS del Distretto ad alcuni incontri con le gravide all'interno dei corsi organizzati da Salute donna e dal Reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Guastalla è una opportunità per :</p> <p>Migliorare la rete tra i servizi (Ostetricia, Salute donna, Pediatria di famiglia, Pediatri di comunità)</p> <p>Fornire informazioni relative all'organizzazione dei servizi cui accederà la famiglia con il neonato (ambulatorio pediatra di famiglia, Pediatria di Comunità per le vaccinazioni)</p> <p>Fare promozione della salute diffondendo i concetti del Progetto "GenitoriPiù" (astensione dal fumo e dall'alcool durante gravidanza e allattamento, posizione supina a letto, trasporto in sicurezza e prevenzione degli incidenti domestici, promozione dell'allattamento al seno e delle vaccinazioni, Nati per leggere)</p> <p>Confrontarsi sulle pratiche di cure del neonato a domicilio, sui ritmi sonno – veglia, sull'alimentazione e sullo sviluppo psicomotorio.</p> <p>Sostenere la genitorialità e la costruzione di relazioni sicure mamma – bambino</p>
<b>Descrizione</b>	Partecipazione dei PLS del Distretto di Guastalla ad uno dei 6 incontri pre – parto del corso.
<b>Destinatari</b>	Gravide ( 28° – 32° settimana di gestazione) partecipanti ai corsi di preparazione al parto e le loro famiglie;
<b>Azioni previste</b>	Partecipazione dei PLS ai corsi pre parto Distribuzione materiale informativo (vaccinazioni...)

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ostetriche della S.O.S Salute Donna di Guastalla e del Reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Guastalla – PLS del Distretto di Guastalla
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott. ssa Dea Pini - Coordinatrice PLS del Distretto di Guastalla - Ambulatorio pediatrico – tel 0522 - 830197
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 1

---

### **1°: Partecipazione dei pediatri agli incontri**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** >1

- **Obiettivo 2019:** >2

- **Obiettivo 2020:** >2

## SPERIMENTAZIONE DI AZIONI CENTRATE SUL PRIMO E SECONDO ANNO DI VITA DEI BAMBINI E DELLE LORO FAMIGLIE

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Sportelli sociali, Area del disagio adulto e Area genitorialità e Tutela minori, Azienda Servizi Bassa Reggiana</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Sperimentare azioni centrate sul primo e secondo anno di vita dei bambini e delle loro famiglie all'interno di un sistema di collaborazione tra servizi educativi, centri per le famiglie, servizi sanitari e servizi sociali.
<b>Descrizione</b>	<p>Il Centro per le Famiglie è un progetto del Servizio Sociale Integrato Zonale dell'Unione dei Comuni Bassa Reggiana, gestito dall'Azienda Servizi Bassa Reggiana. Costituisce una risposta organica ed organizzata, coordinata ed integrata con il territorio, coerente alla volontà delle Amministrazioni Comunali della Bassa Reggiana per potenziare l'area dedicata alle politiche familiari.</p> <p>E' uno spazio che si configura come punto di riferimento che ascolta, informa, sostiene e valorizza la famiglia.</p> <p>Il Centro per le Famiglie è un servizio dedicato alle famiglie con o senza figli, accessibile e aperto a tutti i cittadini del territorio; si configura come luogo aperto a gruppi, associazioni, aggregazioni familiari, istituzioni pubbliche, organizzazioni private ed a tutti coloro che intendono collaborare per iniziative volte ad attivare progetti legati all'ambito della famiglia.</p> <p>Il Centro per le Famiglie offre spunti di elaborazione, informazione, sostegno ed aiuto per e tra le famiglie.</p> <p>Il servizio nasce per offrire un concreto sostegno alle criticità della vita familiare, alle difficoltà di conciliare impegni e tempi di lavoro con tempi di vita privata, per sostenere le coppie giovani, le famiglie monoparentali, genitori temporaneamente in difficoltà e le famiglie migranti.</p> <p>Il Centro per le Famiglie opera nelle seguenti Aree d'intervento: Area dell'informazione e vita quotidiana</p> <p>Il servizio permette alle famiglie un accesso rapido e amichevole alle informazioni utili alla vita quotidiana e alle opportunità del territorio attraverso il sito web, la comunicazione periodica delle iniziative tramite mailing-list, la promozione/partecipazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione offerte dal Centro per le Famiglie relative alle attività del centro e in connessione con gli sportelli sociali volti a sensibilizzare la comunità sul tema della famiglia e della genitorialità, e l'attivazione di connessioni con le altre agenzie del territorio che accompagnano le famiglie e i loro membri nel percorso di vita. Il Centro per le Famiglie rappresenta un osservatorio privilegiato sul tema più generale della famiglia e delle tematiche sociali ad essa connesse, con funzione di organizzare anche momenti formativi e di</p>

	<p>approfondimento su alcune tematiche “emergenti”, fungendo anche da strumento di rilevazione di dati utili al fine di future progettazioni in ambito di politiche sociali e familiari.</p> <p>Area del sostegno alle competenze genitoriali</p> <p>Il Centro per le Famiglie attiva spazi di ascolto, colloquio e consulenza educativa, genitoriale e familiare, percorsi di mediazione familiare e potrebbe attivare spazi di consulenza in merito al diritto di famiglia.</p> <p>Consulenza educativa: rappresenta lo spazio dedicato a mamme e papà, ma anche ai nonni e a chi nell’ambito familiare si prende cura del percorso educativo dei bambini, nel quale è possibile, attraverso il dialogo con psicologo e/o pedagogo, chiarire dubbi, affrontare difficoltà rispetto al proprio ruolo educativo e genitoriale, vivere con maggiore consapevolezza il proprio stile educativo e migliorare il dialogo con i figli.</p> <p>Consulenza familiare: si intende lo spazio dedicato alla famiglia, alla coppia o alla singola persona che, in un momento di difficoltà, disagio, dubbio, crisi familiare, sente la necessità di un confronto con una persona esperta, esterna al contesto familiare e di vita.</p> <p>Mediazione familiare: nella sua accezione più ampia, con il termine “mediazione” si intende fare riferimento all’utilizzo di una precisa metodologia per affrontare i conflitti. In termini generali, quando tra due o più persone (o sistemi) nasce un conflitto che questi non riescono a superare autonomamente, è possibile prevedere l’intervento di una terza persona, neutrale e formata, per aiutarli a trovare (essi stessi) una soluzione accettabile per entrambe le parti. La mediazione familiare è un’opportunità offerta a coppie separate, divorziate o in corso di separazione, con figli minori, che intendono continuare ad essere genitori nel percorso di crescita e nello sviluppo dei propri figli.</p> <p>Il Centro per le Famiglie si occupa anche di :</p> <p>incontri di scambio e dialogo o laboratori tra/con le famiglie sulle tematiche educative, familiari e comunitarie, in stretta collaborazione con il Coordinamento Pedagogico, con il progetto “Punto d’Ascolto” e con il servizio “Sportelli Sociali”;</p> <p>“Non solo mediazione” – attività di promozione sulla mediazione familiare;</p> <p>sostegno alla neo-genitorialità attraverso percorsi di accompagnamento alla nascita per future mamme, futuri papà e coppie e di sostegno alle famiglie nei primi mesi successivi alla nascita in collaborazione con Consultori Familiari, Pediatria di Comunità e Ospedaliera dell’Azienda USL di Reggio Emilia in tema di “neo – genitorialità” , come suggerito dalla L-R. n° 14 del 2008 Art. 15 comm. 4 “ Al fine di realizzare il sostegno alle famiglie indicato ai commi 2 e 3, il centro attua una programmazione integrata con i consultori familiari ...”;</p> <p>“Questioni d’educazione” – incontri di dialogo e confronto dedicati a genitori delle bambine e dei bambini (ragazze/ragazzi) da 0 – 17 anni;</p> <p>laboratori genitori-bambini, nonni-bambini, laboratori per genitori o nonni.</p> <p>Area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie</p> <p>Il Centro per le famiglie si configura come strumento–risorsa che i cittadini utilizzano per co-costruire in relazione tra loro e con il territorio le risposte alle proprie esigenze, in un percorso che riconosce la persona e la famiglia non solo portatrice di bisogni ma anche di risorse potenzialità. Persone e famiglie come fonti di risposta-risorsa per sé e per gli altri e cittadini portatori del diritto di essere ascoltati dal proprio territorio. Il Centro per le Famiglie è lo spazio in cui partecipare idee e progetti, è il contesto che accoglie famiglie, persone, relazioni e contesti con l’obiettivo di creare sostegno e arricchimento reciproco e dare orientamento ai percorsi di vita individuali, familiari, di gruppo, per favorire la realizzazione dell’individuo stesso e della comunità. All’interno di un panorama che si caratterizza in termini di complessità la costruzione e il sostegno a valori come l’accoglienza e l’incontro sono possibili solo se si è consapevoli del punto di partenza, se si conosce sé stessi, se si rispetta la propria e altrui identità.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Famiglie con minori.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Sperimentare azioni centrate sul primo e secondo anno di vita dei bambini e delle loro famiglie, che vedano una collaborazione tra servizi educativi (nidi, scuole dell’infanzia, etc.), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori familiari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta) e servizi sociali.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi</p>

	sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.); - costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	PLS Salute Donna CSM/SerD servizi sociali ed educativi
<b>Referenti dell'intervento</b>	ASBR Coordinatore Centro per le Famiglie Alice Vioni a.viono@asbr.it cell 3351415137
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: n. attivazione interventi Home Visiting

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 5

### 2°: n. corsi COS attivati

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

## CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI 0/3 ANNI E POTENZIAMENTO DEL RACCORDO CON LE SCUOLE DELL'INFANZIA

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>Consolidare il sistema dei servizi 0/3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia.</p> <p>Cambia il mondo del lavoro, cambiano le famiglie, che chiedono una maggiore flessibilità nei servizi educativi per la prima infanzia.</p> <p>Il sistema dei servizi educativi per la prima infanzia nell'Unione è rappresentato da nidi d'infanzia che possono accogliere bambini in età 3 - 36 mesi, sia a tempo pieno che a tempo parziale, organizzati con modalità diversificate in riferimento sia ai tempi di apertura (tempo pieno e part-time) sia alla loro ricettività; dai servizi integrativi allo Spazio bambini.</p> <p>Per informare la cittadinanza sono attive diverse iniziative sul territorio: open day per visitare i nidi d'infanzia, laboratori per vedere da vicino come si lavora nei nostri nidi e per conoscere pedagogiste, educatrici ed atelieristi.</p> <p>Il passaggio dal nido alla scuola dell'infanzia spesso segna l'uscita da una situazione protetta, familiare, calda e rassicurante, ad un ambiente che pur mantenendo caratteristiche simili al nido, è caratterizzato da aspetti più "scolastici": maggior numero di bambini, meno insegnanti, più regole e in qualche modo simboleggia l'ingresso nella scuola intesa come istituzione.</p> <p>Entrare nella scuola dell'infanzia significa cambiare il gruppo di amici, uscire dalle sicurezze affettive costruite al nido, lasciare l'educatrice o l'insegnante di riferimento, affrontare nuovi sistemi relazionali, incontrare nuove regole e nuove responsabilità e questo passaggio, se realizzato in modo brusco, può causare disagi, difficoltà, provocare rallentamenti nella crescita e nell'apprendimento.</p> <p>Mantenere una continuità tra le due scuole, negli stili educativi e nelle occasioni di apprendimento, negli incontri e nelle relazioni, può facilitare dunque un inserimento più sereno e graduale nella nuova realtà scolastica. Si tratta quindi di curare i momenti di incontro tra bambini di età e di scuole differenti, consapevoli che la continuità è un modo di intendere la scuola come spazio e luogo coerente, nel quale ciascuno possa trovare l'ambiente e le condizioni più favorevoli per realizzare un percorso formativo completo.</p> <p>Tali situazioni di continuità educativa preparate, organizzate, condivise anche con le famiglie, potranno facilitare e anticipare l'immagine del "come sarà", il tragitto fra il già conosciuto e il nuovo, progettando un percorso che aiuti a comprendere il cambiamento, attraverso iniziative che nel loro insieme diventano un modo di prevedere, di fare esperienze di esplorazione e scoperta, in tempi, modi e spazi differenti.</p> <p>La continuità è uno dei valori fondamentali del nostro sistema educativo, che viene messo in atto da pedagogiste, educatrici dei nidi d'infanzia e educatrici delle scuole dell'infanzia statali, comunali e paritarie.</p>
<b>Descrizione</b>	

<b>Destinatari</b>	Famiglie con minori della fascia 0/6 anni frequentanti i nidi d'infanzia e le scuole dell'infanzia statali, comunali e paritarie.
<b>Azioni previste</b>	Consolidamento del sistema dei servizi 0/3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia, per attuare il sistema formativo 0/6 così come previsto dalla L. 107/2015, in particolare promuovendo la sperimentazione di azioni/progettualità/continuità con la scuola dell'infanzia anche statale, anche con il coinvolgimento del coordinamento pedagogico.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;</p> <p>- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Pedagogisti, educatrici dei nidi d'infanzia, delle scuole dell'infanzia comunali, statali e paritarie.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Professionisti diversi in base al Comune di riferimento.
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: Numero bambini iscritti al nido d'infanzia che hanno frequentato/bambini iscritti alla materna

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

## PROMOZIONE DELLA LETTERATURA NELLA PRIMA INFANZIA, DELLA MUSICA E DELLA ATTIVITA' FISICA

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	Sostenere interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali, sviluppati da differenti settori (es. cultura, sport, mobilità, etc).
<b>Descrizione</b>	<p><b>Lettura</b></p> <p>Leggere ad alta voce ai bambini fin dalla più tenera età è una attività molto coinvolgente per il bambino e il genitore, che rafforza la relazione adulto-bambino.</p> <p>Tra le varie attività utili allo sviluppo del bambino, i pediatri indicano che la lettura insieme durante i primi 3 anni di vita è la cosa più importante che i genitori possono fare per preparare il bambino alla scuola. Un bambino che riceve letture quotidiane acquisirà un vocabolario più ricco, avrà più immaginazione, si esprimerà meglio e sarà più curioso di leggere. Ciò gli consentirà una più facile comprensione dei testi scolastici e una minore fatica nello svolgimento dei compiti e dei temi, in tutte le materie. Leggere ad alta voce è piacevole e crea l'abitudine all'ascolto, aumenta molto la capacità di attenzione, e accresce il desiderio di imparare a leggere.</p> <p>Nati per Leggere è un progetto sviluppato assieme all'Associazione Culturale Pediatri, l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino, il programma è presente in tutte le regioni italiane. Propone gratuitamente alle famiglie con bambini fino a 6 anni di età attività di lettura che costituiscono un'esperienza importante per lo sviluppo cognitivo dei bambini e per lo sviluppo delle capacità dei genitori di crescere con i loro figli. Le attività sono realizzate con il contributo economico del Centro per il Libro e la Lettura, delle Regioni, delle Province e dei Comuni partecipanti al programma, e grazie all'attività degli operatori dell'infanzia e dei volontari.</p> <p><b>Psicomotricità</b></p> <p>Da qualche anno le scuole dell'infanzia propongono ai bambini, con ottimi risultati un progetto di Psicomotricità, che si inserisce all'interno dell'offerta formativa proposta al pari di ogni altro laboratorio annuale, quali educazione teatrale e atelier artistico. La psicomotricità relazionale rappresenta uno strumento educativo globale che favorisce lo sviluppo affettivo, relazionale e cognitivo del bambino attraverso l'espressività corporea. Nel gioco lo psicomotricista propone degli oggetti semplici, in uno spazio e con dei tempi adeguati per giocare spontaneamente, offrendo un'ampia disponibilità alla relazione corporea. Ciò favorisce la creazione di situazioni di comunicazioni non verbali con l'importanza di ciò che vive il corpo: il movimento, il tono muscolare e la postura del corpo assumono così un'importanza dal punto di vista della comunicazione e delle relazioni personali e interpersonali, mettendo in questo modo in contatto il bambino con il proprio mondo interno ed esterno, favorendo la socializzazione</p>

	<p>verso i coetanei e il mondo degli adulti.</p> <p>Durante l'attività possono esprimere e rielaborare, in un clima di contenimento affettivo, la loro storia personale. Infatti, il rapporto empatico che si crea tra il bambino e lo psicomotricista si manifesta in un'espressione psicomotoria, un modo di essere unico del bambino unito nella sua sensorialità, nella sua tonicità motoria, nell'affettività, nella vita immaginaria il tutto in una visione di un bambino globale.</p> <p>La relazione psicomotoria sarà un buono strumento di comunicazione corporea e oggettuale per favorire le elaborazioni di eventuali ansie legate alle tappe evolutive che il bambino sta affrontando. Pertanto gli permetterà di conseguire un buon controllo emotivo, un aumento delle sicurezze personali, la padronanza di sé e un rapporto gratificante con l'ambiente</p> <p><b>Musica</b></p> <p>Sin dalla nascita la realtà sonora e la musica diventano parte integrante della vita del bambino. Ancor prima che si stabiliscano i primi contatti con l'ambiente attraverso la vista e il tatto, al bambino giungono i suoni e i rumori della vita quotidiana: la voce di mamma, i rumori di casa, la televisione ecc. A questo sfondo sonoro si aggiungono le prime canzoni e melodie che il bambino ascolta e che costituiscono un punto di partenza per lo sviluppo della sua sensibilità, del suo orecchio e della sua musicalità. Il bambino comincia ad esplorare le potenzialità sonore del corpo e degli oggetti, individuare il rapporto causale fonte sonore-suono codificare e decodificare i suoni attraverso il linguaggio mimico-gestuale colorico-pittorico, grafico, verbale. Il suono come la forma, il colore, il tatto, il sapore, l'odore è una delle fonti primarie del conoscere e ancor prima di essere considerata essenziale allo sviluppo cognitivo, la musica fa parte del vissuto emotivo del bimbo. E' chiaro quindi che una buona educazione musicale gli permetterà di esprimere liberamente la ricchezza multiforme del suo mondo interiore e dare un volto ed una consistenza all'insieme delle stimolazioni acustiche e musicali a cui viene sottoposto ogni giorno. Alla luce di queste premesse e in relazione ai programmi delle scuole dell'infanzia, tale progetto è l'inizio di un percorso (che dovrebbe continuare per tutta la vita) che non vuole solo avviare il bambino al grande universo musicale, bensì contribuire con efficacia alla sua formazione e alla sua crescita globale.</p> <p><b>Educazione teatrale</b></p> <p>Lo scopo principale del laboratorio teatrale è quello di avvicinare i bambini della scuola dell'infanzia alle forme comunicative dei linguaggi teatrali attraverso un percorso che intreccia l'ambito educativo con quello artistico. Si intende proporre attraverso modalità ludiche, diversi stimoli artistici adeguati alle diverse età presenti all'interno della scuola. Il laboratorio di teatro è occasione per scoprire la creatività attraverso il gioco, rafforzare la propria autostima ed avere rispetto per i compagni; imparare a scherzare e prendersi gioco delle situazioni valorizzando la fantasia ed espressività mimica di ognuno.</p> <p><b>Laboratori artistici</b></p> <p>Un'occasione per permettere ai bambini di sperimentare e manipolare materiali, sviluppando la capacità di creare un prodotto servendosi delle abilità in loro possesso, incentivando le scelte personali e sviluppando comportamenti autonomi. Un'esperienza per conoscere tecniche ed artisti che hanno segnato la nostra storia e la nostra cultura. Una modalità nuova e divertente per imparare ad organizzare il proprio lavoro relazionandosi con il gruppo classe, imparando a rispettare gli spazi, il lavoro e il materiale degli altri. Il bambino che disegna, dipinge e modella compie un processo di assimilazione e restituzione esprimendo la propria individualità nell'opera realizzata. La soddisfazione di esprimere artisticamente sentimenti ed emozioni gli permette di sperimentare sensazioni di autostima e fiducia nelle proprie potenzialità. Il processo del fare, il rendersi consapevoli del proprio "sono capace di", il comprendere di come lasciare traccia del proprio intervento, favoriscono nel bambino l'acquisizione di autostima, un senso di armonia che si traduce in benessere.</p>
<b>Destinatari</b>	Minori della fascia 0/6 anni.
<b>Azioni previste</b>	Promuovere la lettura, la musica, il teatro, l'arte e la psicomotricità nella prima infanzia
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;

	- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unione dei Comuni Bassa Reggiana, Comuni, Pediatra di libera scelta, biblioteche, Istituti comprensivi, nidi e scuole dell'infanzia, Azienda Servizi Bassa Reggiana
<b>Referenti dell'intervento</b>	Professionisti diversi in base al Comune di riferimento
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 1

---

### **1°: Numero dei bambini che accedono ai laboratori organizzati nei nidi e nelle scuole dell'infanzia**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

## SICUREZZA STRADALE: GENITORE INFORMATO, BAMBINO ALLACCIATO

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Salute donna Ausl</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Sono oltre 100 i bambini che perdono la vita ogni anno perché non assicurati ai dispositivi di ritenuta e migliaia quelli che rimangono feriti. L'importanza dell'uso dei sistemi di ritenuta per i bambini è tale, che se fosse immediatamente applicata da tutti potrebbe ridurre il grave flagello stradale che si registra ogni anno sulla rete viaria italiana.
<b>Descrizione</b>	Con l'entrata in vigore del decreto Legislativo nr.150 del 13 marzo 2006, è stato modificato l'articolo 172 del Codice della Strada che riguarda: "Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini". Semplificando i cambiamenti introdotti dalla nuova norma, è possibile dire che ogni qualvolta si occupi un posto a sedere su di un veicolo dotato delle cosiddette cinture di sicurezza, è obbligatorio per tutti - conducente e passeggeri - l'utilizzo delle cinture di sicurezza. Analogamente, nel caso di trasporto di neonati e bambini, è obbligatorio adottare i sistemi di ritenuta specificatamente previsti a secondo dell'età e del peso.
<b>Destinatari</b>	Genitori e nonni di tutti i bambini nati c/o il territorio di Guastalla o frequentanti gli asili e le scuole elementari del distretto di Guastalla.
<b>Azioni previste</b>	Formazione durante i corsi post parto. Formazione all'interno degli asili e delle scuole elementari. Verifica da parte degli enti locali dei mezzi di trasporto scolastici di asili e scuole elementari. Coinvolgimento delle forze dell'ordine locali nel progetto di formazione c/o le scuole/asili nonché per appostamenti nei pressi delle scuole dell'infanzia ed elementari per incentivare/monitorare il corretto uso delle cinture di sicurezza. Campagna informativa con opuscoli e poster in collaborazione con l'osservatorio provinciale sicurezza stradale ( <a href="http://www.osservatoriostradale.it">www.osservatoriostradale.it</a> )
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL Ostetriche S.O.S Salute Donna ; Ostetriche e Infermiere Reparto di Ostetricia e di Pediatria Ospedale di Guastalla. Servizi Sociali comunali. Servizio minori. Polizia Municipale

	Bassa Reggiana.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Zanni Marco Distretto di Guastalla 3283607344
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## PRIMI 1000 GIORNI E GENITORIALITA'

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Gli interventi per i primi 1000 giorni comprendono diverse azioni e progetti volti al sostegno della genitorialità, per favorire un equilibrato sviluppo psicofisico del bambino e aiutare i neogenitori a gestire l'esperienza della nascita e della crescita di un figlio.</p> <p>Le ricerche di neuroscienze degli ultimi decenni confermano l'importanza di investire in questo periodo della vita del bambino e dei suoi genitori. L'obiettivo è quello di Individuare eventuali fattori di rischio, prevenire l'insorgenza di problematiche psicosociali, potenziare elementi di protezione presenti nel contesto familiare e nei caregiver.</p> <p>Per raggiungere questi obiettivi occorre intercettare le coppie fin dal periodo di gravidanza, accompagnando i mesi di gravidanza e preparando al parto; dopo la nascita del bambino è necessario sostenere le prime tappe di sviluppo e accompagnare le inevitabili modifiche relazionali e di coppia, individuando le situazioni che richiedono un sostegno specifico e di maggiore intensità.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Gli interventi da mettere in campo sono diversi e tra loro strettamente collegati e sinergici. In gravidanza occorre promuovere corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica, protezione dal fumo e dallo stress); selezionare le donne con condizioni fisiologiche da quelle con patologia e fattori di rischio (anche sociale); promuovendo gli incontri di accompagnamento alla nascita e le informazioni necessarie alla scelta del parto; curando anche gli aspetti emozionali e relazionali della donna e della coppia.</p> <p>La dimissione dal punto nascita deve avvenire garantendo continuità e presa in carico precoce, sia dai servizi consultoriali sia dalla pediatria territoriale. Gli ambulatori a gestione ostetrica dedicati alla promozione e al sostegno dell'allattamento rappresentano i luoghi di primo intervento; a questi si affiancano progetti specifici per sensibilizzare i genitori alla gestione del bambino, rispondendo efficacemente e con responsabilità ai suoi bisogni.</p> <p>In casi selezionati andrà attivato un sostegno domiciliare (home visiting) o l'attivazione del servizio sociale.</p> <p>Oltre alla FAD per il sostegno dell'allattamento, è prevista formazione specifica del personale socio-sanitario coinvolto (format di 2 giorni predisposto dal Centro per la Salute del Bambino-onlus)</p>

<b>Destinatari</b>	Genitori con figli nel primo anno di vita
<b>Azioni previste</b>	Promozione e sostegno dell'allattamento al seno, esclusivo nei primi 6 mesi e complementare nei mesi successivi Alimentazione con cibi complementari in modalità responsiva Promozione delle vaccinazioni raccomandate Protezione dal fumo e dagli incidenti domestici (compresa la sicurezza in auto) Promozione dell'accudimento prossimale e del massaggio infantile Promozione della lettura precoce, dell'esperienza della musica e della voce, del gioco spontaneo condiviso
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Questi interventi sono collegati alle iniziative di sostegno alla genitorialità attivate dagli enti locali e dai gruppi di volontariato presenti sul territorio
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Gli interventi coinvolgono: consultori famigliari, centri nascita, pediatria di comunità, pediatria di famiglia, centri famiglia, servizi sociali territoriali, servizi educativi 0-6, terzo settore e volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore Programma Materno Infantile
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 10.000,00**

- AUSL (formazione (3 edizioni del corso per operatori) e acquisto di materiale didattico): 10.000,00 €

## Indicatori locali: 2

### 1°: Allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** incrementale
- **Obiettivo 2019:** incrementale
- **Obiettivo 2020:** incrementale

### 2°: Attivazione di un progetto di Home Visiting

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** no - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** si
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si



## MEDIAZIONE E CONSULENZA FAMILIARE

Completato

### Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

<b>Razionale</b>	Sostenere il ruolo genitoriale rispetto ad un vissuto di inadeguatezza o ad un desiderio di cambiamento nella relazione con i propri figli. Accompagnare le coppie nel difficile processo di separazione/divorzio in un contesto neutrale con l'aiuto di un mediatore familiare.
<b>Descrizione</b>	Si offre uno spazio di confronto, ascolto e dialogo per sostenere le competenze genitoriali nei diversi momenti di ciclo di vita familiare con l'aiuto di un professionista (psicologo, mediatore familiare). La consulenza genitoriale rappresenta un luogo di riflessione per riconoscere i bambini nei cambiamenti tipici di ogni età e accompagnarli nella loro crescita, incoraggiando i genitori ad esprimere maggiormente le proprie risorse. La mediazione familiare è uno spazio che favorisce i partner nella ricerca di soluzioni che preservino la loro funzione genitoriale sia affettiva che educativa, nei confronti dei figli, nel difficile momento della separazione/divorzio. È possibile accedere al servizio contattando direttamente il professionista. Le consulenze sono gratuite.
<b>Destinatari</b>	La consulenza genitoriale si rivolge ai genitori che si interrogano circa la relazione con i propri figli o che si sentono incerti nello svolgimento del loro ruolo genitoriale e vogliono apportare dei cambiamenti al proprio stile educativo e il dialogo quotidiano con i figli, si rivolge inoltre a tutti coloro che hanno una responsabilità educativa nella cura e nella crescita dei bambini e dei ragazzi. Il percorso di mediazione familiare è limitato nel tempo (5/8 incontri) e si rivolge ai genitori separati/divorziati o in via di separazione/divorzio con figli minorenni offrendo sia consulenze per la coppia genitoriale che a singoli genitori, inoltre possono accedere anche nonni, nuovi partner, zii coinvolti nel processo di trasformazione familiare
<b>Azioni previste</b>	Percorsi di consulenza individuale o di coppia attraverso colloqui di consulenza
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consulenti Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.); - costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	servizi educativi e scolastici PLS servizi sociali

<b>Referenti dell'intervento</b>	ASBR coordinatrice centro per le famiglie Alice Vioni mail a.vioni@asbr.it cell 3351415137
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 3

### 1°: n. consulenze attivate

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 33 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** >30
- **Obiettivo 2019:** >30
- **Obiettivo 2020:** >30

### 2°: n. gruppi per genitori

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

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

### 3°: n.mediazione familiare

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 10 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** =10
- **Obiettivo 2019:** =10
- **Obiettivo 2020:** =10

## P.I.P.P.I.

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>ASBR</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il progetto P.I.P.P.I. nasce dall'esigenza di sostenere alcune famiglie individuate dai Servizi che stanno vivendo una condizione di negligenza, focalizzandosi sulle loro risorse e stimolandone la resilienza, al fine di evitare l'istituzionalizzazione dei figli.</p> <p>Si pone le finalità di ridurre il rischio di maltrattamento (ed il conseguente allontanamento) dei bambini, articolare in modo coerente tra loro gli ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei bambini e tenere in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni.</p> <p>Il progetto P.I.P.P.I. introduce una metodologia di lavoro basata su micro-progettazioni (semplici, misurabili, realistici, temporalizzati, accattivanti) e sul valore delle equipe multidisciplinari</p>
<b>Descrizione</b>	<p>P.I.P.P.I. nasce nel 2001, promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dall'Università di Padova che funge tuttora da riferimento scientifico. Viene proposto un modello di intervento innovativo che ha come obiettivo rispondere e soddisfare i bisogni del/la bambino/a nei suoi vari ambiti di vita, attraverso una co-progettazione che vede i genitori entrare a far parte dell'equipe multidisciplinare che si occupa della famiglia. Partendo dalla conoscenza della famiglia e dei propri bisogni, si attuano quindi micro-progettazioni e dispositivi (famiglia d'appoggio, educativa domiciliare, connessione con la scuola, gruppi genitori e bambini) che vanno a stimolare le risorse già presenti nella famiglia stessa. Lungo il percorso della durata di un anno e mezzo vengono valutati l'incremento dei fattori protettivi e il calo dei fattori di rischio, insieme all'evoluzione delle progettazioni e delle micro-progettazioni</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Famiglie in situazione di negligenza individuate dai Servizi Sociali Comunali che accettano di partecipare al percorso, il cui figlio o la cui figlia abbia dagli 0 agli 11 anni.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Individuazione delle famiglie</p> <p>Presentazione del progetto alle famiglie</p> <p>Raccolta informazioni sulla famiglia e sul bambino attraverso lo strumento del triangolo (Mondo del bambino)</p> <p>Progettazione e micro-progettazioni</p> <p>Attivazione dispositivi</p> <p>Bilancio e chiusura programma</p>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	- collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.); - costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali Comunali, Sportelli Sociali, Punto d'ascolto, Pediatria di comunità, Istituti Comprensivi
<b>Referenti dell'intervento</b>	Anna Avanzi 334 9233145 a.avanzi@asbr.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 15.625,00**

- Altri fondi statali/pubblici (*progetto PIPPI*): **12.500,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE BASSA REGGIANA*): **3.125,00 €**

---

**Indicatori locali: 8**

**1°: Numero**

**famiglie**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**2°: Numero e tipologia operatori in Equipe**

**Multidisciplinare**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**3°: Servizi**

**attivati per famiglia**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**4°: Tipologia  
delle vulnerabilità**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**5°: Fattori  
di rischio e fattori di protezione**

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 00

- **Obiettivo 2019:** 00

- **Obiettivo 2020:** 00

**6°: Qualità  
della relazione famiglia/servizio**

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 00

- **Obiettivo 2019:** 00

- **Obiettivo 2020:** 00

**7°: Dispositivi  
attivati**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**8°: Valutazione complessiva**

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 00

- **Obiettivo 2019:** 00

- **Obiettivo 2020:** 00

## GRUPPI DI PAROLA

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

<b>Razionale</b>	<p>Il gruppo di parola per figli di genitori separati nasce dall'esigenza di offrire uno spazio di ascolto, di espressione e di condivisione ai bambini che vivono questo particolare momento familiare, scoprendo i benefici del poter parlare con altri coetanei di un tema che gli porta dubbi e incertezze.</p> <p>L'obiettivo è di andare a rafforzare la comunicazione tra genitori e bambini, quale elemento fondamentale per il loro benessere in seguito alla separazione.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il gruppo ha una durata di 4 incontri a cadenza settimanale della durata di un paio d'ore per un totale di minimo 5 massimo 8 bambini. I bambini possono essere in età scuola primaria o gruppi di adolescenti. Gli incontri hanno una struttura precisa, tempi e rituali scanditi per dare una base sicura che trasmetta accoglienza e stabilità. Le attività vengono poi proposte in base alle tematiche che fanno emergere i bambini. Al terzo incontro viene costruita dai bambini una lettera che nel quarto e ultimo incontro verrà letta in modo anonimo ai genitori presenti, i quali poi risponderanno ai bambini.</p> <p>Il conduttore ha il ruolo preciso di stimolare la conversazione tra i bambini, senza fornire risposte alle loro domande ma aiutandoli a risponderci a vicenda in base alle loro esperienze. Il gruppo si prende cura del bambino.</p> <p>Il gruppo è gratuito ed è importante frequentare in modo regolare.</p>
<b>Destinatari</b>	Bambini dai 6 agli 11 anni o adolescenti, figli di genitori separati (in qualsiasi fase del processo di separazione) che hanno autorizzato entrambi il percorso di gruppo.
<b>Azioni previste</b>	<p>Diffusione e informazione sul territorio</p> <p>Formazione del conduttore</p> <p>Individuazione delle famiglie</p> <p>Proposta del gruppo di parola</p> <p>Autorizzazione di entrambi i genitori</p> <p>Strutturazione degli incontri</p> <p>Eventuale colloquio di restituzione del percorso se richiesto dai genitori</p> <p>Supervisione .</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Servizio di mediazione familiare
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali Comunali, Istituti comprensivi, Pediatria di Libera Scelta, Punto d'ascolto
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alice Vioni 335 1415137 a.vioni@asbr.it

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

---

## Indicatori locali: 8

---

### 1°: Numero

#### famiglie contattate

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 01/01/2017 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0

### 2°: Numero

#### famiglie che accettano il percorso

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 01/01/2017 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0

### 3°: Numero

#### bambini che frequentano il gruppo

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 01/01/2017 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0

### 4°: Numero

#### presenze per ogni incontro

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 01/01/2017 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0

### 5°: Numero

#### presenze medie

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 01/01/2017 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0

**6°: Numero**

**colloqui di restituzione**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**7°: Numero**

**invii da altri servizi**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

**8°: Numero**

**invii ad altri servizi**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

## UN TEMPO PER NOI

Completato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

<b>Razionale</b>	Gruppo per genitori di bambini e bambine 0-10 anni per scambiare e condividere le esperienze genitoriali in presenza di un operatore del Centro per le Famiglie che gestisce gli incontri. Creare occasione di confronto, dialogo e di creazione di una rete.
<b>Descrizione</b>	<p>“Un tempo per noi” si tiene a Guastalla presso la sede di Progettinanza con cadenza mensile; è possibile parteciparvi contattando gli operatori del Centro per le Famiglie, la frequenza è libera e non vincolante.</p> <p>Il gruppo è sempre aperto, affronta tematiche educative importanti per i partecipanti, tematiche che quindi non sempre sono decise e fissate a priori. Il percorso si propone di realizzare un dialogo tra genitori e tra famiglie, contribuendo a costruire una rete che sia per tutti i partecipanti risorsa stabile e reciproca.</p> <p>Si configura come uno spazio da dedicarsi, speso sul confronto. Un confronto tra persone che hanno un’esperienza comune: la genitorialità, facilitato dalla presenza di esperti. L’obbiettivo è cercare di creare l’occasione per costruire insieme una riflessione che ci permetta di scegliere, distinguere e utilizzare in modo più consapevole il nostro tempo: tempo per la famiglia, tempo dedicato alle relazioni, tempo di consapevolezza rivolto a noi stessi e a ciò che amiamo, tempo speso per i bambini e per la coppia...</p>
<b>Destinatari</b>	Genitori di bambini e bambine 0-10 anni.
<b>Azioni previste</b>	Incontri mensili di gruppo su tematiche definite insieme ai genitori partecipanti, suddivisi in cicli annuali di circa 8/9 incontri della durata di un’ora e mezzo.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.);</li> <li>- costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi educativi, sanitari e culturali per la diffusione del materiale pubblicitario
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alice Vioni 335 1415137 Lisa Grossi 324 6305750
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 4

---

### **1°: Numero di famiglie iscritte**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 8

- **Obiettivo 2019:** 12

- **Obiettivo 2020:** 12

### **2°: Numero di famiglie partecipanti**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 6

- **Obiettivo 2019:** 10

- **Obiettivo 2020:** 10

### **3°: Numero di incontri organizzati**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 8

- **Obiettivo 2020:** 8

### **4°: Questionario di gradimento**

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 00

- **Obiettivo 2020:** 0

## PUNTO DI ASCOLTO DEDICATO A ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>L'adolescenza è un'età complessa, con caratteristiche proprie, e pertanto necessita di un'adeguata e specifica attenzione da parte dei servizi. L'adolescenza si colloca in un'epoca della vita in cui si definisce l'identità sessuale, avviene la trasformazione del corpo che assume le caratteristiche adulte, cambia il rapporto con i genitori, si ricerca e si sperimenta una maggiore autonomia, si verifica l'inserimento nei gruppi dei pari, così come l'avvio di relazioni sentimentali e sessuali. In questo periodo, inoltre, possono comparire i primi segnali, i prodromi, di serie psicopatologie (Disturbi Psicotici e/o Disturbi dell'umore), segnali che possono venir trascurati, per vergogna, per non conoscenza o non consapevolezza dei rischi che il non riconoscimento della diagnosi potrebbe comportare nel prosieguo, nel decorso e nella prognosi, della eventuale patologia. L'adolescenza e la giovane età adulta, pertanto, sono fasi della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che portano con sé, ma anche fasi delicate e di possibile fragilità, che, come tali, hanno bisogno di attenzione e di accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi ai fini, da una parte, di favorire l'empowerment e l'utilizzo delle risorse e dei punti di forza che i ragazzi possiedono, dall'altra di intercettare i precoci segnali di disagio emotivo che potrebbero essere prodromi di serie patologie psichiatriche, di abuso /dipendenza da sostanze o semplicemente rappresentare una crisi adolescenziale, come tale destinata a risolversi con il tempo.</p> <p>La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti.</p> <p>Per tali ragioni si ritiene necessaria una implementazione della rete di servizi territoriali volti all'accoglienza ed intercettazione del disagio giovanile</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Attivazione DI UN PUNTO DI ASCOLTO DEDICATO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI (età di riferimento 14-34) ad accesso libero, in una sede non specificamente connotata, punto di ascolto accessibile a ragazzi, famiglie, genitori, insegnanti, altri adulti di riferimento.</p> <p>Individuazione di un professionista del DSMDP dedicato all'accoglienza di adolescenti /giovani che richiedano un supporto/consulenza, in rete con tutti i servizi territoriali al fine di poter, tale professionista, fungere da filtro, effettuare una valutazione specialistica discreta, delicata e non connotata, di una crisi adolescenziale che, come tale, potrà risolversi in poco tempo, oppure aver bisogno di un supporto psicologico od anche, in qualche caso, di accompagnamento/orientamento verso altri servizi (NPIA, CSM, SER-DP, SS)</p>
<b>Destinatari</b>	Adolescenti (e loro famiglie), giovani adulti, genitori, insegnanti del Distretto e altri adulti di

	riferimento
<b>Azioni previste</b>	<p>Individuazione di luogo non connotato da utilizzare come sede dello Spazio Giovani</p> <p>Avvio del progetto tramite quattro ore settimanali di disponibilità di una psicoterapeuta del DSMDP con comprovata esperienza clinica in ambito adolescenza/età giovanile adulta.</p> <p>Costituzione di una equipe multifunzionale rappresentata dai vari servizi del DSM , educatore di prossimità, servizi sociale ecc..</p> <p>Possibile estensione del progetto tramite la partecipazione di professionisti NPIA, SER-DP, Associazione PRO.di.GIO</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>PRP scheda 3.6 Progetto adolescenza</p> <p>PRP scheda 4.5 Giovani e Pronto soccorso</p> <p>PRP scheda 4.9 Progetto percorsi di prevenzione e di cura di salute mentale per adolescenza e giovani adulti</p> <p>PRP scheda 5.7 Educazione all'affettività e sessualità</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	CSM, SER-DP, NPIA, Nuclei Cure Primarie del Distretto, servizi sociali, educatori
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dott. Marco Trevia, Direttore SSM Area Nord c/o CSM Guastalla Via S. D'Acquisto 7</p> <p>Dott.ssa Lucia Monici. Direttore Distretto di Guastalla. Guastalla Piazza Matteotti 4</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: numero di accoglienze

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 10

- **Obiettivo 2019:** 30

- **Obiettivo 2020:** 40

### 2°: numero di giorni tra il contatto e la prima accoglienza

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** < 10

- **Obiettivo 2019:** <10

- **Obiettivo 2020:** <7



## MINORI A CHI?

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA; ASSOCIAZIONE PRODIGIO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'adolescenza è una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento.</p> <p>L'esperienza della presenza degli psicologi scolastici si è rafforzata negli anni ed è entrata nelle politiche educative e scolastiche a pieno titolo.</p> <p>Non esiste un punto di accesso libero e non connotato nel territorio del Distretto.</p> <p>Da qui l'esigenza di rinforzare la presenza negli istituti scolastici di questo progetto che cerca di offrire a tutti gli adolescenti del territorio una possibilità di ascolto e attenzione coinvolgendo e rinforzando l'alleanza tra gli adulti di riferimento.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Si intende consolidare i punti di forza di un servizio riconosciuto e apprezzato a livello locale, con particolare attenzione alle nuove priorità e criticità evidenziate dalla valutazione di processo e di risultato. Tra queste, ricordiamo come il lavoro con i genitori appaia ad oggi assolutamente prioritario.</p> <p>Il Servizio di Consulenza Psicologica (SCP) è attivo su tutti gli otto comuni dell'Unione Bassa Reggiana.</p> <p>Il lavoro di questi ultimi anni negli Istituti secondari di secondo grado presenti a Guastalla per tutto il territorio dell'Unione Bassa Reggiana, ha reso maggiormente consapevoli scuole ed enti locali rispetto alla necessità di proseguire su una strada di collaborazione per migliorare la propria efficacia in una fase dell'età adolescenziale molto delicata e complessa.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Destinatari diretti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preadolescenti e adolescenti nella fascia 11-17 anni (e le loro famiglie)</li> <li>- Docenti, educatori e personale non docente delle scuole secondarie di 1° e 2° grado presenti nel distretto</li> </ul> <p>Destinatari indiretti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- funzionari e assessori delle amministrazioni comunali del distretto competenti per i settori scolastici, educativi, servizi sociali, politiche giovanili</li> </ul>

	<p>- referenti dei Servizi Socio-Sanitari di Unione dei Comuni Bassa Reggiana e dell'AUSL (Servizio Sociale Integrato, Neuropsichiatria Infantile, Servizio Dipendenze, CSM-Servizio Disturbi del Comportamento Alimentare);</p> <p>- referenti delle realtà dell'extrascuola / tempo libero (attività sportive, ricreative, ecc.) che sono a contatto con preadolescenti e adolescenti</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>AZIONE 1 – Servizio di Consulenza Psicologica nelle Scuole Secondarie di 1° Grado</p> <p>Il progetto prevede la presenza di psicologi all'interno delle scuole secondarie di 1° grado per offrire consulenze a docenti, studenti, genitori, educatori e personale non docente. Ogni professionista si proporrà per creare e/o mantenere i contatti con le realtà dell'extrascuola, i servizi socio-sanitari del territorio, i funzionari/assessori comunali e l'Associazione Pro.Di.Gio. che ha il mandato di curare anche il coordinamento sovracomunale.</p> <p>Il Servizio rappresenta un'esperienza che ha evidenziato come la scuola possa operare per costituire un ambiente attento alle caratteristiche psicologiche degli studenti per facilitare, da un lato, la motivazione indispensabile per l'apprendimento e, dall'altro, la prevenzione del disagio non solo scolastico.</p> <p>AZIONE 2 - Interventi nelle Scuole Secondarie di 2° grado</p> <p>“Punto d’Ascolto”: uno spazio di ascolto psicologico che si è affermato come scelta consapevole e diffusa nelle scuole che offrono una disponibilità di spazio e di tempo ai propri studenti per essere ascoltati da un adulto competente su qualsiasi argomento che crea o possa creare interesse o disagio.</p> <p>Le amministrazioni comunali intendono confermare il loro contributo alle progettualità che si svolgono in questi contesti scolastici, soprattutto in quelli più a rischio di abbandono scolastico, sviluppando ulteriormente l'attività dello psicologo del Punto d'Ascolto e realizzando insieme alle scuole interventi, anche innovativi, finalizzati alla promozione dell'agio.</p> <p>Negli ultimi anni l'Associazione Pro.Di.Gio ha coordinato un tavolo “continuità” con i dirigenti scolastici presenti sul territorio al fine di promuovere maggiori e migliori sinergie sulla comunicazione tra ordini e gradi di scuole e focalizzare l'attenzione su due particolari tematiche ritenute significative: Orientamento e disabilità.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Visto il target di riferimento di questo progetto, importanti connessioni si avranno in primo luogo con:</p> <p>- il Progetto “Giovani in Giro” (cofinanziato dalla Regione fra gli interventi di prossimità) che, anche attraverso l'utilizzo di un'unità mobile nei luoghi di divertimento e di aggregazione dei giovani, sperimenta iniziative informative per adolescenti e giovani, promuovendo una maggiore conoscenza sugli effetti dell'alcol, del tabacco e delle sostanze stupefacenti, per ridurre i rischi di incidenti stradali, i danni derivati dal consumo/abuso di sostanze.</p>

	<p>- il Progetto "Prevenzione" che riguarda tutte le attività rivolte agli studenti degli Istituti secondari di secondo grado sui temi della salute e delle dipendenze</p> <p>- il Progetto "Chance" che riguarda gli studenti degli Istituti secondari di secondo grado, sospesi a seguito di provvedimenti disciplinari con servizi socialmente utili</p> <p>- il Progetto "Terre d'A-ronne" (integrazione per cittadini stranieri immigrati) che prevede interventi per facilitare l'inserimento di bambini e ragazzi immigrati nel mondo scolastico ed extrascolastico. Le azioni realizzate con il presente progetto si integreranno inoltre con le progettazioni della zona rispetto alla fascia d'età 0-10 anni, e in particolare con quelle relative alla genitorialità attivate dall'Asbr dell'Unione dei Comuni Bassa Reggiana.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Tutti i Comuni dell'Unione Bassa Reggiana</p> <p>Associazione Pro.Di.Gio: Progetti di Giovani</p> <p>Ausl Distretto di Guastalla</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Lauro Menozzi – Associazione Pro.Di.Gio: Progetti di Giovani</p> <p>Tel. 0522653560</p> <p>info@associazioneprodigio.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	/

**Totale preventivo 2018: € 52.000,00**

- Unione di comuni (BASSA REGGIANA):52.000,00 €

## Indicatori locali: 1

### 1°: Studenti/docenti/genitori/personale non docente coinvolti

**Descrizione:**

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Relazione

- **Obiettivo 2019:** Relazione

- **Obiettivo 2020:** Relazione



## SALUTE SESSUALE

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'età adolescenziale rappresenta un periodo di rischio di gravidanze indesiderate (con conseguente possibile IVG) e di gestione inadeguata e non serena della sessualità. Occorre predisporre interventi educativi e di sostegno per una procreazione responsabile
<b>Descrizione</b>	In provincia di Reggio Emilia sono da tempo presenti due Spazi Giovani a Reggio e a Castelnuovo Monti; in base agli indirizzi della Regione Emilia-Romagna vengono istituiti spazi giovani (14-19 anni) anche negli altri 4 distretti (Montecchio, Scandiano, Correggio e Guastalla), con presenza di ostetrica, ginecologo e psicologo (al bisogno). Per l'utenza 20-34 anni viene attivato un monitoraggio specifico della casistica
<b>Destinatari</b>	Servizi di Cure Primarie e della medicina convenzionata
<b>Azioni previste</b>	Consulenza ostetrico-ginecologica, gratuita e senza bisogno di prenotazione, a sostegno delle scelte contraccettive, per prevenire IVG e sostenere una procreazione consapevole. Per alcune fasce d'età e precisi fattori di rischio è prevista la distribuzione diretta di presidi contraccettivi.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	La promozione di una sana sessualità e affettività è legata all'azione messa in atto dai servizi scolastici e educativi
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali, servizi educativi e scolastici
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore del Programma Materno Infantile Dott. Volta Alessandro Voltaa@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

## 1°: apertura di uno spazio giovani per Distretto

Descrizione:

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: si

- Obiettivo 2019: si

- Obiettivo 2020: si

## PREVENZIONE GIOCO D'AZZARDO

Completato

## Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti di locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche del gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale</p> <p>Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche del gioco d'azzardo, in coerenza e in ampliamento con quanto previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione (PRP), al fine di sostenere le Scuole aderenti al PRP e di ampliarne il numero</p> <p>Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con il gioco d'azzardo per il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco d'azzardo patologico nelle famiglie, promuovendo una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento.</p> <p>Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono i gruppi di auto aiuto</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Azioni preventive e di sensibilizzazione, di avvicinamento delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo e delle loro famiglie ai servizi sanitari, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinamenti territoriali tra AUSL, Enti Locali, Enti Accreditati del Sistema dei Servizi per le dipendenze ed eventuali Associazioni territoriali.</li> <li>- Promozione della rete territoriale di assistenza e contrasto attraverso la programmazione distrettuale socio-sanitaria, i tavoli dei Piani di Zona o eventuali accordi di programma.</li> <li>- Organizzazione di eventi locali, promozione del marchio SlotFreER, collaborazione con le scuole che sperimentano progetti di prevenzione, coinvolgimento dei Centri per le famiglie, collaborazione con le associazioni del territorio, coinvolgimento delle Associazioni di categoria e dei soggetti gestori</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	tutta la popolazione

<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Potenziamento funzioni di accoglienza e trattamento con formalizzazione di percorsi e di interfaccia e risorse aggiuntive dedicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N. 4 incarichi annuali libero professionali di Psicologo- Psicoterapeuta per le sedi del SerDP di Reggio E , del SerDP Area Nord e del SerDP Area Sud.</li> <li>Le attività previste saranno: <ul style="list-style-type: none"> <li>-accoglienza del paziente e della famiglia di appartenenza;</li> <li>- approfondimento diagnostico;</li> <li>- trattamento integrato individuale e familiare;</li> <li>- attivazione di eventuali consulenze sul versante alcolico, tossicologico, psichiatrico ed economico-legale;</li> <li>- attivazione di percorsi nei gruppi riabilitativi e nelle strutture residenziali.</li> </ul> </li> <li>Attività formativa per n. 25 ore del personale impegnato nell'Equipe GAP dei SerDP. L'obiettivo consiste nella formazione, nell'aggiornamento e nella costruzione di un momento di confronto/condivisione/supervisione per gli operatori dei SerDP, dei CSM e dei gruppi/strutture residenziali della provincia.</li> <li>- Programmazione PDTA sulla tutela della salute e del gioco d'azzardo. Acquisire la metodologia per la realizzazione di un PDTA da applicare alla presa in carico del giocatore d'azzardo patologico.</li> </ul> <p>Copertura costi delle rette per Comunità residenziale per giocatori:Definizione di progetti individuali intensivi brevi per giocatori patologici</p> <p>Previsione d'ingressi in Comunità residenziale per giocatori ( progetto PLUTO) per n. 250 gg nell'anno 2018</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Il Distretto sanitario-Zona sociale è il luogo privilegiato per la programmazione territoriale. Negli ultimi anni sono state avviate numerose attività a livello locale, con il contributo di tavoli cui partecipano tutti i portatori di interessi (Istituzioni ma anche terzo settore, società civile, gruppi di autoaiuto ecc..).</p> <p>Sulla base di questa positiva esperienza, dopo una consultazione con gli Enti locali avvenuta nella Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, gli obiettivi e le azioni riferibili agli obiettivi generali 1 e 2 saranno programmati dai Comitati di distretto, attuati dagli attori che i Comitati individueranno e rendicontati per motivi amministrativi dalle Ausl.</p> <p>L'obiettivo 4, che riguarda il potenziamento delle attività di accoglienza, trattamento, riabilitazione, sarà programmato a livello distrettuale, attuato e rendicontato dalle AUSL con la collaborazione degli Enti accreditati per il trattamento delle dipendenze.</p> <p>Gli obiettivi specifici (studio epidemiologico), (formazione docenti), (formazione sociosanitaria) (formazione esercenti) saranno programmati dalla Regione, gestiti e rendicontati dalle AUSL.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>scuola ausl comunità</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Dipartimento di salute mentale SerD</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

**Totale preventivo 2018: € 133.095,00**

- Programma gioco d'azzardo patologico: 133.095,00 €

---

## Indicatori locali: 3

---

**1°: .**

**incarichi annuali libero professionali di Psicologo-  
Psicoterapeuta per le sedi del SerDP di Reggio E , del SerDP Area Nord e del  
SerDP Area Sud.**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

**2°: Attività formativa per n. 25 ore del personale impegnato nell'Equipe GAP dei SerDP.**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 10 ore

- **Obiettivo 2019:** 10 ore

- **Obiettivo 2020:** 5 ore

**3°: Previsione d'ingressi**

**in Comunità residenziale per giocatori ( progetto PLUTO) per n. 250 gg nell'anno 2018**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 250

- **Obiettivo 2019:** 200

- **Obiettivo 2020:** 200

## PREVENZIONE GIOCO D'AZZARDO

Completato

## Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Unione Bassa reggiana</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti di locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche del gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale</p> <p>Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche del gioco d'azzardo, in coerenza e in ampliamento con quanto previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione (PRP), al fine di sostenere le Scuole aderenti al PRP e di ampliarne il numero</p> <p>Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con il gioco d'azzardo per il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco d'azzardo patologico nelle famiglie, promuovendo una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento.</p> <p>Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono i gruppi di auto aiuto</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Ci sembra opportuno sostenere ed attivare percorsi di consulenza sul problema del sovraindebitamento famiglie (sportello, convenzioni con centri antiusura)</p> <p>Sperimentare interventi di supporto ai familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura.</p> <p>Attivare laboratori con le scuole</p>
<b>Destinatari</b>	Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo.
<b>Azioni previste</b>	<p>A) spettacolo teatrale:</p> <p>spettacolo costruito su storie di giocatori che sono stati nella comunità Pluto. Lo spettacolo permette di parlare "alla pancia" e alla "testa" degli spettatori emozionandoli. Alla fine dello spettacolo un esperto di patologia GAP è disponibile per rispondere alle domande del pubblico. Fino ad ora i risultati di pubblico (sia partecipazione che interesse) sono sempre stati molto positivi.</p> <p>I partecipanti sono 4 persone: 2 attori professionisti (Antonietta Centoducati e Gianni Binelli), 1 musicista e 1 professionista della Papa Giovanni esperto di gioco d'azzardo</p>

	<p>Evento Pubblico Comune di Reggiolo</p> <p>Si prevede la costruzione di eventi (1/2) pubblici c/o il Comune di Reggiolo essendo sede di Bingo</p> <p>B) Consulenza e formazione sul tema</p> <p>a) Formazioni per operatori Sert e Assistenti Sociali dei Comuni da parte di personale esperto.</p> <p>b) Consulenze sui casi specifici:</p> <p>la Cooperativa Papa Giovanni (insieme alla Fondazione Antiusura di Bologna) ha attivato questo servizio già dal maggio 2015 e attualmente è rivolto ai privati che chiedono aiuto.</p> <p>C) Servizi a rilievo provinciale:</p> <p>a) Gruppo settimanale per familiari di giocatori patologici già in carico o che non accedono ai servizi</p> <p>b) attivazione servizio telefonico di supporto per familiari di giocatori patologici</p> <p>Progetti a rilievo provinciale con ricadute distrettuali:</p> <p>a) Percorsi informativi di gruppo, di durata ridotta (3 incontri a famiglia) per familiari di giocatori patologici su: consigli concreti nella gestione del denaro, della tutela del patrimonio e della situazione domestica generale; personale indagine dei vissuti dei familiari e la risonanza di questi sul giocatore e/o sul clima familiare intero e come potere affrontare il problema da un punto di vista emotivo e psicologico.</p> <p>D) Progetto "L'Azzardo non è un gioco".</p> <p>Il progetto, riconosciuto come valido e finanziato nel 2016 dal Ministero dell'Istruzione, è un percorso per scuole secondarie di primo e secondo grado.</p> <p>Il percorso è costituito da tre incontri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nel primo incontro viene spiegato cos'è il gioco d'azzardo, quali sono i principali rischi e soprattutto si punta sul rendere consapevoli i ragazzi delle false percezioni sul gioco d'azzardo a cui pubblicità e mass media li hanno abituati (si utilizzano soprattutto slide, filmati e giochi con gli studenti);</li> <li>- nel secondo incontro si chiede ai ragazzi di rappresentare quello che hanno imparato attraverso delle brevi "scenette" (che vengono riprese) costruite da noi sul tema delle percezioni erranee. I video prodotti saranno poi utilizzati da loro per una diffusione "peer to peer". Fra il secondo e il terzo incontro viene fatto un montaggio dei video.</li> <li>- nel terzo incontro si visiona il materiale video, si commenta il percorso e si sottolineano i concetti base. I video vengono poi resi fruibili tramite whatsapp e youtube in modo da facilitare il passaggio di informazioni alla rete amicale sul modello peer to peer.</li> </ul> <p>All'inizio e a conclusione del percorso si fanno due questionari specifici i cui risultati vengono poi messi a disposizione degli insegnanti tramite file excel</p> <p>Progetto sostegno alla psicologia scolastica</p> <p>Trasporti studenti e adolescenti non frequentati le scuole al centro "luoghi di Prevenzione"</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Il Distretto sanitario-Zona sociale è il luogo privilegiato per la programmazione territoriale. Negli ultimi anni sono state avviate numerose attività a livello locale, con il contributo di tavoli cui partecipano tutti i portatori di interessi (Istituzioni ma anche terzo settore, società civile, gruppi di autoaiuto ecc..).</p> <p>Sulla base di questa positiva esperienza, dopo una consultazione con gli Enti locali avvenuta nella Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, gli obiettivi e le azioni riferibili agli obiettivi generali 1 e 2 saranno programmati dai Comitati di distretto, attuati dagli attori che i Comitati individueranno e rendicontati per motivi amministrativi dalle Ausl.</p> <p>L'obiettivo 4, che riguarda il potenziamento delle attività di accoglienza, trattamento, riabilitazione, sarà programmato a livello distrettuale, attuato e rendicontato dalle AUSL con la collaborazione degli Enti accreditati per il trattamento delle dipendenze.</p> <p>Gli obiettivi specifici (studio epidemiologico), (formazione docenti), (formazione sociosanitaria)</p>

	(formazione esercenti) saranno programmati dalla Regione, gestiti e rendicontati dalle AUSL.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Scuole AUSL Terzo settore Unione Comuni attività commerciali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Responsabile SSIZ Dott. Luisa Sironi
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 40.162,00**

- Programma gioco d'azzardo patologico: **40.162,00 €**

## Indicatori locali: 3

### 1°: incontro di coordinamento

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

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

### 2°: attivazione atelier

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

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

### 3°: incontri con famiglie/n. famiglie

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 3
- **Obiettivo 2019:** 4
- **Obiettivo 2020:** 4



## GIOVANI IN GIRO

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

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

<b>Razionale</b>	<p>L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio regionale esistono numerose e spesso eccellenti esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza. Tali esperienze sono spesso frammentarie sia per la molteplicità di fattori (e di servizi) che intervengono nella fascia d'età 11-19 anni, che per la difficoltà degli adolescenti ad accedere in modo spontaneo ai servizi e, soprattutto, per la non completa condivisione delle strategie e integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario a livello regionale. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale sia a livello regionale che territoriale. La programmazione degli interventi ha come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio, definita sulla base di dati, ricerche e ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Gig è un progetto itinerante che rientra nell'ambito della promozione della salute e che mira a costruire percorsi e relazioni significative con i giovani del territorio, agendo interventi nei luoghi del divertimento e di aggregazione. Il fondamentale e costante obiettivo di Gig resta quello di orientarsi e "andare verso" le giovani generazioni portando loro informazioni attraverso interventi di prevenzione pensati e costruiti appositamente per il target di riferimento. Il progetto nasce con obiettivi definiti e pensati sulla base delle risorse disponibili: il lavoro notturno è stato il punto di partenza di Gig, il modo più efficace per farsi conoscere e per agire interventi di prevenzione, così come l'attività davanti alle scuole o all'interno dei Centri Giovani. Dopo anni, l'obiettivo della prevenzione e della promozione del benessere rimangono prioritari e indiscutibili, ma cambiano senza dubbio le condizioni, i contesti in cui agire e le strategie adottate per raggiungerli. A tal proposito l'esperienza e la crescita del Progetto richiedono non soltanto un'attenta analisi dei territori volta all'individuazione di strategie sempre più sinergiche e strutturate, ma anche di costruire interventi diversi in rete con le altre agenzie del territorio, al fine di trasformare quegli interventi definiti "a spot" nel passato, in interventi ben inseriti in una progettazione più ampia, sia nei territori che dentro ai contesti scolastici.</p> <p>Il tema principale resta i "comportamenti a rischio", nel quale rientrano le dipendenze, le sostanze psicoattive, la sessualità, e tutto ciò che viene percepito come "rischioso": si rivela</p>

	<p>fondamentale parlarne, non solo per le condizioni storiche in cui ci troviamo, ma anche e soprattutto per la notevole ignoranza rispetto a questi argomenti e allo stesso tempo per la grande e confusa quantità di notizie che si possono reperire in merito. Per parlarne efficacemente, però, è necessario cercare costantemente nuove condizioni e modalità, che siano in linea con i linguaggi che i giovani conoscono e prediligono: i cambiamenti nei mezzi di comunicazione chiedono un aggiornamento costante e continuo e la capacità di riconoscere che spesso le modalità degli adulti sono obsolete o che hanno bisogno di essere rinnovate per riuscire a passare informazioni e conoscenze relative ai comportamenti a rischio, tenendo presente il fatto che il mondo giovanile si evolve talmente rapidamente che gli adulti rimangono spesso disorientati e forse spaventati da mutamenti che stentano a comprendere. All'interno di questo profondo gap generazionale, al fine di riuscire a mantenere una comunicazione efficace e costruttiva in un'ottica di sviluppo della conoscenza e aumento della consapevolezza circa le proprie azioni, l'adulto deve fare lo sforzo di rimanere vigile e di osservare i cambiamenti del contesto e del proprio interlocutore, accogliendoli e rendendosi egli stesso disponibile a modificare le proprie convinzioni e credenze all'interno del confronto in essere. Un progetto di strada ha tra i suoi obiettivi quello di porsi come punto di riferimento per le giovani generazioni, ma anche per cogliere quei segnali che solo "sulla strada" è facile cogliere; un progetto di strada può al tempo stesso diventare lo strumento per aprire dialoghi tra adulti e giovani, come una sorta di ponte tra mondi differenti che spesso trovano difficoltà a comunicare tra loro.</p> <p>Il progetto Gig è spesso stato percepito come "marginale" rispetto a progetti più strutturati, rischiando in questo modo di apparire fumoso e poco definito. In realtà, come tutti i progetti di strada, potenzialmente può permettersi non solo di essere elastico e innovativo, ma anche di strutturarsi e costruire interventi estremamente efficaci, adattandosi alle circostanze incontrate: questo è il vero punto di forza dei progetti di strada che hanno la possibilità di muoversi trasversalmente sul territorio per creare collaborazioni e progettazioni con chi sul territorio è presente stabilmente, con uno sguardo intermedio che si pone al centro delle diverse realtà.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>l'intercettare ragazzi che sono utenti sia del Progetto Giovani che del Progetto Gig, permette di agire su più fronti e monitorare in questo modo la realtà giovanile non soltanto in contesti diversi, ma in momenti diversi della loro vita</p> <p>Si è già accennato a quanto la trasversalità di un progetto come Gig permetta al progetto stesso di essere contenitore/collante tra le progettazioni di prossimità rivolte ai giovani presenti sul suo territorio di competenza, questo per la possibilità che ha di muoversi sul territorio essendo itinerante.</p> <p>PRESENZA ALL'INTERNO DEL MONDO VIRTUALE DI INTERNET. Questo aspetto sempre più fondamentale, ma anche molto impegnativo, è stato tralasciato rispetto al resto nel corso del 2014. Nel 2015 il progetto avrà cura, in fase di programmazione, di destinare il tempo necessario per curare maggiormente l'aspetto virtuale. Per ora il mezzo più impiegato è il profilo facebook e la mail, da sempre strumenti utilizzati dall'equipe.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p><b>INTERVENTI NEI LUOGHI DEL LOISIR:</b></p> <p>Presenza a eventi "straordinari" che richiamano un numero consistente di ragazzi (es: Plasmaphobia, Love Party in tour, notti bianche, notti rosa). In queste situazioni si ritiene necessaria la presenza del progetto, dove viene organizzato e gestito uno spazio informativo sui temi attuali che riguardano i comportamenti a rischio tra i giovani (sessualità, sostanze psicoattive, ma anche altro, come gioco d'azzardo, doping, consumo eccessivo di internet...). Parallelamente si offre un adeguato spazio di accoglienza e di supporto, finalizzato sia alla riduzione del danno che alla promozione di consapevolezza circa i propri comportamenti a rischio, che può dirigersi verso forme di prevenzione mediante la disponibilità degli operatori a instaurare relazioni di counseling educativo con i ragazzi interessati. In queste occasioni si tenta sempre di attivare la collaborazione con gli operatori giovanili appartenenti ai progetti giovani che fanno capo all'area nord della più ampia "area di strada" della Papa Giovanni e che fanno parte dell'equipe allargata unitamente agli operatori di Gig: i ragazzi incontrati nei luoghi del loisir sono spesso intercettati anche dagli operatori giovanili.</p> <p>Interventi nei locali del divertimento, finalizzati in particolare alla sensibilizzazione dei</p>

	<p>gestori dei locali riguardo le tematiche alcol e sostanze psicoattive, e al creare spazi informativi a libero accesso per i clienti dei locali sulle tematiche dei comportamenti a rischio (sostanze psicoattive, sessualità e altri comportamenti a rischio). Questo è un aspetto più delicato e che richiede la costruzione di una relazione con i gestori: nel corso del 2014, però, il percorso è iniziato partendo dai gestori conosciuti ormai da tempo. Rimane l'intenzione di negoziare con i gestori uno spazio in cui poter affiggere bacheche informative tarate sulla base della particolare utenza del locale, e mantenute aggiornate dagli operatori del Progetto.</p> <p>☒☒INTERVENTI NEGLI ISTITUTI SCOLASTICI del territorio (in particolare le scuole medie superiori). Anche nel corso del 2014 gli interventi all'interno della scuola sono proseguiti, sulla base di richieste specifiche della scuola stessa e su progettazioni costruite nel corso del tempo. Questo ha permesso di avere continuità e di incontrare nuovamente e in modo costante la realtà scolastica. Inoltre permette agli operatori di conoscere ragazzi che provengono dall'intero territorio e portare avanti in questo modo progettualità anche all'esterno del contesto scolastico.</p> <p>☒☒COLLABORAZIONI CON LE ALTRE REALTÀ EDUCATIVE PROGETTUALI (più o meno formali) presenti sul territorio di competenza di Gig, relativamente a progettazioni mirate al proprio target di riferimento e ai propri ambiti di intervento. La collaborazione con i Progetti Giovani dei diversi Comuni si rivela sempre più indispensabile per diversi motivi:</p> <p>☒☒per coinvolgere in modo diretto gli operatori territoriali nella partecipazione agli interventi che Gig attua sul più vasto territorio e che possono riguardare anche l'utenza dei singoli progetti giovani (laddove sia consentito dal loro mandato).</p> <p>☒☒co-progettare interventi all'interno degli spazi gestiti dai progetti giovani presenti sul territorio che siano sempre più sinergici e concertati. Nel corso del 2014 sono state diverse le possibilità di collaborazione e attivazione di percorsi comuni.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale che si occupano di adolescenti.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ Educatori associazione ProDiGio</li> <li>☒ Responsabili Servizi Educativi-sociali-politiche giovanili-sport</li> <li>☒ Amministratori</li> <li>☒ Volontariato</li> <li>☒ Associazionismo</li> <li>☒ Parrocchie</li> <li>☒ Scuole</li> </ul>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Associazione Intercomunale Pro.di.gio                  Lauro Menozzi                  Direttore associazione Pro.di gio.                  Tel:0522-653560                  a.prodigio@libero.it</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

**Totale preventivo 2018: € 31.783,00**

- AUSL (fondo unità di strada): 31.783,00 €

## Indicatori locali: 1

### 1°: n. giovani intercettati durante gli eventi

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 150

- **Obiettivo 2019:** 150

- **Obiettivo 2020:** 150

## INVECCHIAMENTO ATTIVO IN SALUTE E IN MOVIMENTO

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>DISTRETTO DI GUASTALLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	L'iniziativa si caratterizza come una azione di marketing sanitario per la promozione dell'attività fisica e vede la collaborazione dell'AUSL con UISP con il coinvolgimento intersettoriale delle risorse della comunità e hanno lo scopo di promuovere anche la socializzazione e l'arricchimento delle reti sociali dei partecipanti in un contesto attento alle tematiche di salute, possono dare un contributo ad affrontare trasversalmente più fattori di rischio comportamentali.
<b>Descrizione</b>	Le iniziative previste sono di tre tipologie : 1 ) Gruppi di cammino, gruppi omogenei di cammino ed ogni altra forma di attività che abbia le caratteristiche di svolgersi su base regolare, durare nel tempo ed agire trasversalmente sui fattori di rischio favorendo il senso di comunità e l'arricchimento delle reti sociali dei partecipanti. 2) Attività Fisica Adattata (AFA) che è indicata per patologie stabilizzate neuromuscolari e articolari con l'obiettivo di evitare medicalizzazioni inappropriate, migliorare lo stile di vita del soggetto raggiungendo attraverso una attivazione-riattivazione neuromuscolare e metabolica, un miglioramento delle condizioni di salute del soggetto; ad oggi questa attività viene svolta nei Comuni di Guastalla e di Boretto 3) Esercizio Fisico Adattato (EFA) in A-GYM è una palestra inclusiva sita a Novellara località San Giovanni dove sono previsti percorsi di attività funzionali e individuali che permettono a persone con disabilità di conseguire competenze motorie e relazionali in un contesto fruibile

	accogliente e socializzante
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione del Distretto e non solo
<b>Azioni previste</b>	L'Azienda USL , in collaborazione con i Comuni , promuoveranno l'estensione a tutto il Distretto delle iniziative gratuite di attività fisica in gruppo, aperte a tutte la popolazione e avviate attraverso l'attivazione delle risorse della comunità. Saranno implementate le iniziative di AFA presso palestre etiche in altri Comuni del Distretto Verrà ulteriormente promossa l'attività presso la palestra inclusiva di Novellara Novella A-GYM.....
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia punto 2.8 - Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia punto 6.7 - Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche Piano della prevenzione AUSL di Reggio Emilia 2.5 - ComunicAZione per la salute
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni Unione Ausl Associazionismo/ volontariato UISP
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore Distretto Ausl di Guastalla Lucia Monici e mail: lucia.monici@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

**1°: % di Comuni del Distretto in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 30%

- **Obiettivo 2019:** 60%

- **Obiettivo 2020:** 90%



## PROGETTI DI INNOVATIVI PER NON AUTOSUFFICIENZA

Completato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA  
 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Servizio Sociale Integrato Zonale Area anziani</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili.</p> <p>In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.</p> <p>Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, anche per raggiungere una maggiore omogeneità nell'erogazione dei servizi in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela. Il Fondo Regionale ha operato, in questi anni, in anticipazione rispetto ad una legge nazionale, che riteniamo necessaria, per rendere esigibili i diritti sociali attraverso la definizione dei LEPS, in tutto il Paese</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'innalzamento dell'aspettativa di vita e l'aumento delle patologie croniche tra la popolazione anziana pongono il sistema di fronte ad una richiesta di miglior gestione dei servizi e presa in carico delle persone. L'Italia garantisce una copertura del 95 % almeno alla popolazione non autosufficiente, questo perché ad ognuno viene garantito un minimo spesso non così incisivo sulla tipologia di assistenza necessaria.</p> <p>Prevale ancora oggi un orientamento di tipo riparatorio. ovvero si interviene quando vi è emersione dei problemi anziché operare in una logica di iniziativa con finalità preventive o promozionali.</p> <p>Per tale motivo occorre rivedere l'utilizzo di una parte dei servizi, in quest'ottica.</p>
<b>Destinatari</b>	anziani e loro famiglie
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Applicazione nuovi LEA SAD ( doc Patty)</li> <li>2. Vedi scheda promozione caregiver</li> <li>3.Protocollo operativo di rete tra SID SAD e assistenti sociali, per la presa in carico degli utenti a domicilio.</li> <li>4.Monitorare il gradimento del servizio SAD erogato tramite questionario, successivamente</li> </ol>

	<p>attivare la riorganizzazione degli stessi in base ai bisogni rilevati e ritenuti prioritari</p> <p>5.Predisposizione di un cruscotto distrettuale di monitoraggio delle 8 CRA del territorio che descriva la situazione delle graduatorie (ad oggi comunali) delle case residenziali per anziani</p> <p>6.Predisposizione di un monitoraggio costante per l'erogazione degli assegni di cura. Attivazione di una commissione di valutazione multi professionale</p> <p>7.riorganizzazione dell'ufficio CAAD e integrazione tra i servizi socio-sanitari</p> <p>8.Riorganizzazione servizio professionale area anziani dal comune all'unione</p> <p>9.Progetto formativo per il caregiver durante il ricovero di sollievo</p> <p>10.Mantenere e implementare momenti di confronto e monitoraggio permanente sull'utilizzo dell' FRNA/FNA</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Integrazione dei servizi socio sanitari</p> <p>Ruolo centrale del distretto</p> <p>PRP scheda 4.2 Azioni situate di promozione della salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Unione</p> <p>Ausl</p> <p>Associazionismo/ volontariato</p> <p>Cooperazione</p> <p>CFPBR</p> <p>Organizzazioni Sindacali</p> <p>Parrocchie</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Coordinatore SAA e Coordinatore Area Disabilità</p> <p>Patrizia Tegani tel e mail: patrizia.tegani@auls.re.it</p> <p>Paolo Berni te 0522 655109 e mail:p.berni@bassareggiana.it</p> <p>Direttore di Distretto AUSL</p> <p>Lucia Monici 0522 837502</p> <p>Responsabile Ufficio di Pi</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

### 1°: cruscotto distrettuale di monitoraggio delle 8 CRA

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

### 2°: evidenza incontri monitoraggio sull'utilizzo dell' FRNA/FNA

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- Obiettivo 2018: >4
- Obiettivo 2019: >5
- Obiettivo 2020: >6

## STRATEGIE INTEGRATE DI SOSTEGNO AI NEOGENITORI NELL'ACCESSO AL MERCATO DEL LAVORO, DI SOSTEGNO AL REDDITO E NELL'ACCESSO AI SERVIZI ESSENZIALI PER LA SALUTE E LO SVILUPPO DEI BAMBINI

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Impoverimento: affrontare la crisi e contrastare povertà ed esclusione sociale
<b>Descrizione</b>	<p>L'operatore di sportello sociale valuta la situazione socio economica della famiglia che si rivolge al servizio e insieme al servizio sociale comunale di riferimento, valuta l'eventuale tipo di contributo economico da erogare. Ogni Comune può erogare contributi economici straordinari con fondi comunali oppure attivare fondi sociali statali, come:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la carta SIA, che dal 2018 è diventata carta REI, il reddito di inclusione sociale, che prevede per un massimo di 18 mesi al fine di ottenere fino a 534 euro mensili di bonus povertà con la sottoscrizione obbligatoria da parte dei beneficiari REI, di un progetto personalizzato che preveda la partecipazione attiva di tutta la famiglia beneficiaria al percorso programmato dal servizio di assistenza sociale;</li> <li>2. l'assegno di maternità dello Stato, che consiste in un assegno mensile di € 338,89 per i 5 mesi del periodo di maternità obbligatoria, destinato alle madri non lavoratrici con un'ISEE inferiore a € 16.954,95;</li> <li>3. l'assegno di nucleo familiare, che consiste in un assegno mensile di € 141,30 per 12 mesi, destinato a chi, nel nucleo familiare, ha almeno 3 figli minori a carico e ha un ISEE inferiore a € 8.555,99;</li> <li>4. Bonus bebè, che consiste in un assegno mensile destinato alle famiglie con un figlio nato, adottato o in affidato preadottivo tra il 1° gennaio 2015 e il 31 dicembre 2017 e con un ISEE non superiore a 25.000 euro; l'assegno è annuale e viene corrisposto ogni mese fino al terzo anno di vita del bambino o al terzo anno dall'ingresso in famiglia del figlio adottato;</li> </ol>

	<p>5. Bonus luce, gas e acqua, consistenti in riduzioni che l'ente erogatore del servizio applica direttamente in bolletta;</p> <p>6. Dentista sociale 2018: è un'agevolazione che spetta a chi ha un basso reddito ISEE, inferiore a 8.000 euro, a chi ha l'esenzione dal ticket sanitario e alle donne in gravidanza; tale iniziativa consente di accedere a 5 prestazioni odontoiatriche, tra cui l'otturazione, la protesi e l'estrazione, a prezzi molto più bassi rispetto alle tariffe;</p> <p>7. Nuovo congedo parentale: il CdM dell'11 luglio 2015 ha provveduto ad approvare i decreti definitivi del Jobs Act in merito alla conciliazione lavoro famiglia, estendendo il congedo parentale non retribuito dagli attuali 8 anni del figlio a 12 anni, e quello parzialmente retribuito al 30% da 0 a 3 anni fino ai 6 anni del figlio e a 8 anni per le famiglie a basso reddito;</p> <p>8. Congedo papà dal 2018, il congedo papà sale a 4 giorni;</p> <p>9. Fondo sostegno natalità 2018: è il nuovo fondo atto a garantire l'accesso al credito da parte delle famiglie che hanno o avranno un nuovo nato o adottato. Il fondo, consente di accedere a prestiti agevolati fino a 10.000 euro da restituire in 7 anni con la GARANZIA dello Stato.</p> <p>Qualora se ne valutasse la necessità, il Comune di residenza può prevedere esenzioni o riduzioni della retta per i servizi educativi 0/3 anni.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone in disagio socio-economico in carico al Servizio sociale adulti del Comune di residenza che abbiano, all'interno del proprio nucleo familiare, minori a carico.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Potenziare, articolare e differenziare gli interventi di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, sia sul piano delle risposte al disagio abitativo e dei bisogni di accoglienza a bassa soglia che sul versante dell'inserimento lavorativo, nonché attraverso la rivisitazione delle forme di assistenza economica e di sostegno al reddito</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;</p> <p>- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Operatori degli sportelli sociali dei Comuni e assistenti sociali dell'area del disagio in collaborazione con l'Area genitorialità e tutela minori</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Operatori diversi in base al Comune di riferimento.</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: Numero di bonus e contributi erogati

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0



## DALL'ASSITENZIALISMO ALL'AUTONOMIA

Completato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La progettazione di interventi finalizzati alla promozione dell'autonomia delle persone fragili e vulnerabili, considerato l'inevitabile e forte intreccio tra situazione di povertà e distanza dal lavoro, non può non considerare il contesto socio-economico che fa da sfondo a questo progetto.</p> <p>L'Emilia-Romagna si conferma una regione attrattiva relativamente agli altri livelli territoriali: nel terzo trimestre 2017, a distanza di nove anni, la regione sperimenta un aumento della popolazione (+4,3%) superiore al livello nazionale (+3,1%), grazie in particolare ad un saldo migratorio ampiamente positivo. La difficile congiuntura economica di questi anni ha reso difficoltoso l'assorbimento nel mercato del lavoro regionale della nuova forza lavoro disponibile. Se da un lato l'occupazione ha mostrato segni di resilienza, il numero delle persone in cerca di occupazione ha conosciuto un incremento esponenziale, raggiungendo livelli inediti rispetto agli standard di tipo "fisiologico" tipici dell'Emilia-Romagna. Rispetto al terzo trimestre del 2008, agli albori della crisi economica internazionale, l'Emilia-Romagna è passata infatti da 54,8 mila a 133 mila disoccupati, facendo segnare un incremento (+143,0%), superiore sia rispetto al Nord-Est (+116,7%) che all'Italia (+81,9%), pur se in evidente calo negli ultimi anni (Fonte: Occupazione, disoccupazione e ammortizzatori sociali in Emilia-Romagna – III trimestre 2017).</p> <p>A Reggio Emilia e provincia, nel biennio 2015-2016, si è assistito a una crescita straordinaria delle posizioni lavorative dipendenti, da ascrivere in gran parte ai contratti a tempo indeterminato a tutele crescenti introdotti dal Jobs Act, favoriti in maniera determinante dalla decontribuzione inscritta nelle Leggi di stabilità 2015 e 2016. A sostenere la crescita del lavoro dipendente nel mercato del lavoro reggiano, anche nel 2016, è stato il cospicuo incremento delle posizioni lavorative nei servizi (1.764 unità) e nel commercio, alberghi e ristoranti (1.280 unità), col sempre importante contributo, nel particolare tessuto produttivo locale, dell'industria in senso stretto (754 unità). L'agricoltura è sostanzialmente stazionaria (44 unità), mentre permane la grande criticità delle costruzioni (-82 unità). E' tuttavia ancora lontana la situazione di virtuale piena occupazione che caratterizzava Reggio Emilia e le province limitrofe prima della crisi e resta qualche particolare criticità sul fronte dell'occupazione femminile: per le donne si creano nuove posizioni lavorative (3.764 nel biennio) ma il tasso di disoccupazione non scende (5,2% nel 2016, 4,8% nel 2015). Nel 2016 il monte ore autorizzate di cassa integrazione guadagni è aumentato a 8.072.308 ore, il 37% in più rispetto al 2015: causa ne è, soprattutto, la crisi delle grandi cooperative delle costruzioni che ha lasciato un forte segno nell'economia reggiana dell'ultimo anno, sebbene nel primo trimestre 2017 si colgono segnali positivi con un calo del 39,9% di ore di cassa integrazione autorizzate. Per quel che riguarda le tipologie contrattuali nel 2016, con la riduzione degli sgravi contributivi e l'ulteriore</p>
------------------	--

	<p>incentivazione dell'apprendistato, si è assistito alla relativa forte ripresa del lavoro a termine, sia determinato che somministrato e alla relativa riduzione delle trasformazioni.          Di fatto, nella stessa misura in cui diminuisce l'incentivazione del tempo indeterminato aumenta la misura del ricorso a contratti meno vincolanti, sia subordinati sia somministrati da agenzie per il lavoro (Fonte: Il mercato del lavoro a Reggio Emilia – Rapporto annuale 2016e aggiornamenti congiunturali al I trimestre 2017).          In base al monitoraggio delle attività del Centro per l'Impiego e del Servizio di Collocamento Mirato di Guastalla (RE), nel 2017 la situazione è stata la seguente:</p> <table border="1" data-bbox="470 369 1085 571"> <thead> <tr> <th></th> <th>Servizi ordinari</th> <th>Servizi di collocamento mirato</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>Distretto di Reggio Emilia</th> <th>Flusso DID</th> <th>N° Patti di servizio stipulati</th> <th>Flusso iscrizioni/reiscriz.ni</th> <th>N° Patti di servizio stipulati</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Guastalla</td> <td>1609</td> <td>2989</td> <td>93</td> <td>188</td> </tr> </tbody> </table> <p>I cambiamenti strutturali del mercato del lavoro e le problematiche connesse all'impatto della crisi, come l'aumento della povertà e dell'emarginazione sociale, richiedono uno sforzo maggiore per fronteggiare le esigenze e le domande di chi rischia di rimanere completamente tagliato fuori dal mercato del lavoro e dalla società attiva.          Nel contesto del Distretto di Guastalla sono identificabili condizioni individuali e familiari molto differenti di fragilità, e quindi bisogni diversi di sostegni per l'autonomia: dalle limitazioni fisiche e/o psichiche, allo stato di povertà, alla vulnerabilità per la presenza contemporanea di condizioni precarie socio-economiche e di salute, fino a situazioni di marginalità estrema.</p>		Servizi ordinari	Servizi di collocamento mirato			Distretto di Reggio Emilia	Flusso DID	N° Patti di servizio stipulati	Flusso iscrizioni/reiscriz.ni	N° Patti di servizio stipulati	Guastalla	1609	2989	93	188
	Servizi ordinari	Servizi di collocamento mirato														
Distretto di Reggio Emilia	Flusso DID	N° Patti di servizio stipulati	Flusso iscrizioni/reiscriz.ni	N° Patti di servizio stipulati												
Guastalla	1609	2989	93	188												
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>Per far fronte a tali problematiche è necessario potenziare e sperimentare strumenti innovativi a disposizione delle istituzioni, degli operatori, delle organizzazioni per integrare le politiche sociali e sanitarie con le politiche educative, della formazione, del lavoro ed abitative al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie in situazione di fragilità. In particolare, risulta fondamentale elevare i livelli di qualità operativa per dare attuazione in modo coordinato e sinergico a 3 misure differenti, ma strettamente interconnesse, che oggi si trovano a step attuativi diversi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) la L.R. 14/2015 “Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari” che definisce la fragilità come condizione, potenzialmente temporanea, caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti la dimensione lavorativa e sociale o sanitaria;</li> <li>2) il Sostegno all'inclusione attiva (SIA) introdotto dal DM Lavoro e politiche sociali 26 maggio 2016, “misura ponte” che anticipa alcuni elementi essenziali del Reddito di inclusione (REI);</li> <li>3) il Reddito di solidarietà (RES) istituito con L.R. 24/2016 “Misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito” come misura di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito della Regione Emilia-Romagna, finalizzata a superare le condizioni di difficoltà del richiedente e del relativo nucleo familiare.</li> </ol> <p>Pur avendo differenziazioni specifiche, queste 3 misure si basano su presupposti comuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aumentare la capacità di leggere i bisogni e le risorse personali e dei contesti di vita, attraverso gli strumenti della valutazione multidimensionale ed il lavoro in équipe multiprofessionali, facendo leva sull'integrazione tra servizi sociali e del lavoro ma anche con tutti gli altri servizi/attori necessari a realizzare i percorsi programmati;</li> <li>• sostenere con azioni innovative di empowerment e strumenti adeguati (strumenti di inserimento al lavoro, forme di sostegno economico, condivisione e sottoscrizione di patti/progetti tra cittadini e servizi, percorsi di accompagnamento/impegno e verifica congiunta) lo sviluppo dell'autodeterminazione, cioè la possibilità/capacità di scelta e la gestione di percorsi di autonomizzazione;</li> <li>• realizzare la condizionalità delle misure: se i beneficiari non sottoscrivono i progetti/patti o non rispettano gli impegni in essi previsti, si possono revocare le misure ed interrompere le erogazioni.</li> </ul> <p>1) L.R. 14/2015 nel Distretto di Guastalla: da dicembre 2017 all' 28/02/2018 le persone a cui sono state accertate condizioni di fragilità e che hanno già sottoscritto un programma integrato personalizzato sono n. 8.</p> <p>Il Sostegno all'inclusione attiva (SIA) prevede l'erogazione di un beneficio economico alle</p>															

famiglie in condizioni disagiate (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nelle quali almeno un componente sia minorenni oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Dal mese di settembre 2016 i servizi sociali dei comuni hanno iniziato a raccogliere le domande di cittadini in possesso dei requisiti per accedere al SIA e sono attualmente impegnati nella presa in carico integrata. Formalizzazione sistema informativo SIA: 44 su 93

2) L'approvazione della LR 24/2016 che istituisce il Reddito di Solidarietà (RES) per la Regione Emilia-Romagna permetterà l'allargamento della platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro.

L'attuazione della misura regionale RES si configura in maniera strettamente integrata con l'attuazione del SIA/REI in quanto prevede le medesime modalità di accesso e di presa in carico integrata.

Realizzazione percorso formativo regionale di accompagnamento all'attuazione del RES/REI: 8 operatori

n° domande presentate e n° domande accolte per il SIA:

	PRESENTATE	ACCOLTE
BORETTO	10	7
BRESCELLO	8	6
GUALTIERI	16	8
GUASTALLA	21	19
LUZZARA	20	11
NOVELLARA	36	19
POVIGLIO	26	14
REGGIOLO	18	9
	155	93

n° domande presentate per il REI:

	PRESENTATE 2017	PRESENTATE 1° BIMESTRE 2018
BORETTO	3	5
BRESCELLO	4	4
GUALTIERI	6	8
GUASTALLA	10	12
LUZZARA	18	14
NOVELLARA	17	16
POVIGLIO	9	6
REGGIOLO	6	6
	73	71

n° domande presentate per il RES:

	PRESENTATE 2017	PRESENTATE 1° BIMESTRE 2018
BORETTO	8	7
BRESCELLO	5	1
GUALTIERI	9	0
GUASTALLA	10	4
LUZZARA	8	2
NOVELLARA	12	2

	<p>POVIGLIO      3      3                  REGGIOLO      9      1</p> <p style="text-align: center;">64      18</p> <p>Il percorso che porta alla definizione delle “regole dell’integrazione” deve essere concertato, condiviso e partecipato tra tutti i soggetti che entrano e/o possono entrare in gioco per favorire l’inserimento lavorativo e l’inclusione sociale di persone in condizione di disagio, svantaggio, fragilità e vulnerabilità. L’occupazione diviene il punto di riferimento per promuovere l’autonomia di tale utenza e la condivisione e la circolarità delle informazioni tra gli attori coinvolti in tutte le fasi di intervento rappresenta la condizione fondamentale per dar corpo a tale strategia</p> <p>Ad oggi, sono numerose le collaborazioni avviate con il territorio, ma si rileva la necessità di implementare e diversificare le risorse promuovendo ed estendendo attività informative e di partecipazione/condivisione del progetto al territorio e alla cittadinanza. Occorre perciò attivare una serie di azioni che abbiano come finalità quella di sollecitare il territorio, promuovendo una cultura della fragilità. Le connessioni con il territorio sono fondamentali in fase di progettazione in quanto la presenza di una rete allargata pubblica e privata consente di definire obiettivi più mirati, azioni più efficaci e di moltiplicare le risorse. I cittadini devono potersi sentire partecipi del progetto e non solo destinatari.</p> <p>C’è da dire che tutte le misure attivabili (sopra descritte), vanno oltre la mera erogazione di un contributo economico in quanto prevedono che il singolo/nucleo familiare beneficiario dell’assegno, aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa finalizzato a ritrovare l’autonomia e a reinserirsi nella società, definito dai Servizi Sociali in collaborazione con gli altri attori del territorio.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Destinatari</b></p>	<p>Per il SIA i beneficiari sono i nuclei familiari (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nei quali almeno un componente sia minorenni oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata;</p> <p>LR 24/2016 il Reddito di Solidarietà (RES) istituito dalla LR 24/2016 allarga la platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro.</p> <p>la L.R. 14/2015 definisce la fragilità come condizione, potenzialmente temporanea, caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti la dimensione lavorativa e sociale o sanitaria.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Azioni previste</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sviluppare maggiormente le sinergie con tutti i servizi ed i soggetti del territorio per potenziare i percorsi di integrazione e accompagnamento al lavoro, attraverso:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>-valutazione multidimensionale del bisogno;fondamentale sarà la capacità progettuale degli operatori adeguatamente formati al lavoro sociale che cambia.</li> <li>-presa in carico integrata</li> <li>-interventi personalizzati</li> <li>-contratto sociale:la formalizzazione del progetto avviene tramite la stipula di un patto tra servizi e famiglie che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni.</li> </ul> </li> <li>• Per favorire l’acquisizione di maggiori autonomie personali e di orientamento al lavoro,riteniamo possa essere utile e funzionale la creazione di uno sportello “INFORMALAVORO” con sede distrettuale, finalizzato ad accogliere e indirizzare al meglio gli utenti,con apertura al pubblico di almeno 20 ore settimanali, che sia in grado di fornire informazioni semplici ed aggiornate sulle seguenti tematiche:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Per lavorare</li> <li>Iscrizione al Centro Impiego</li> <li>Chiamata pubblica</li> <li>Concorsi</li> <li>Offerte di lavoro</li> </ul> </li> </ul>

	<p>Tirocini                  Borse di studio e stage                  Formazione professionale                  Professioni                  Approfondimenti                  Normativa mercato del lavoro                  Come cercare lavoro                  Mettersi in proprio                  Azioni di propaganda degli incontri territoriali con gli utenti                  Costruzione di un "Libretto delle istruzioni" che raccolga tutte le informazioni utili relative a enti preposti alla mediazione al lavoro, risorse attivabili da ciascun ente, riferimenti, ecc.                  Promozione di informazioni tramite social (face book, instagram, ecc)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per promuovere iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alle imprese e ai datori di lavoro e coinvolgerli in maniera attiva rispetto ai progetti promossi dalla regione e dai Servizi, si pensa di istituire un tavolo distrettuale dell'inclusione con rappresentanti dei servizi, dell'associazionismo e mondo del lavoro profit e non profit per la mappatura e l'attivazione di risorse comunitarie. Particolarmente importante sarà la presenza a questi tavoli dei Centri per l'impiego e dei Centri di Formazione che potranno portare elementi utili per individuare e valutare i fabbisogni professionali di breve e di medio periodo del sistema produttivo.</li> </ul> <p>L'obiettivo di questi incontri è quello di individuare una rete di persone, che a vario titolo sono interessate ad attivare collaborazioni con i servizi, che condividano il progetto e si rendano disponibili a comparteciparvi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risultati attesi e monitoraggio: il principale risultato atteso, attraverso gli interventi previsti dal progetto, è quello di operare una rottura nel circolo vizioso in cui le persone più deboli e vulnerabili si trovano per gli effetti prodotti nel tessuto economico e produttivo dalla crisi economica: attraverso le azioni di empowerment individuale e sociale, la formazione, l'acquisizione di competenze spendibili nel mercato del lavoro, le misure di accompagnamento delle persone prese in carico s'intende renderle abili e capaci di affrontare con fiducia il proprio inserimento lavorativo e contestualmente favorirne, anche attraverso l'esperienza del tirocinio, l'ingresso/il rientro nel mondo del lavoro.</li> <li>• stabilire con tutti gli attori coinvolti modalità di raccordo e coordinamento efficaci per l'individuazione, la presa in carico, il monitoraggio e la valutazione degli esiti del percorso degli utenti.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, politiche del lavoro, politiche sanitarie, politiche formative, politiche di promozione del volontariato
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Associazioni datoriali, sindacali, volontariato, Unione dei Comuni, Agenzia Regionale del lavoro, Enti di formazione (C.F.P. Bassa Reggiana), Ausl, Cooperazione
<b>Referenti dell'intervento</b>	TAVOLO PIT (SSIZ-CENTRO PER L'IMPIEGO SERT-CSM) COMUNI SERVIZI SOCIALI
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 167.966,00**

- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **167.966,00 €**

## PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE 2018 DEL PIANO INTEGRATO TERRITORIALE 2018-2020

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

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

<b>Razionale</b>	La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine non ha fatto altro che aumentare il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto
------------------	--

	<p>veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.</p> <p>La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."</p> <p>Questa legge scommette su alcuni punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza;</li> <li>- la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata;</li> <li>- il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.</li> </ul> <p>Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;</li> <li>2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.</li> </ol>
<p><b>Descrizione</b></p>	<p>Vista l'esperienza pregressa dell'attività dei Nuclei territoriali si riconosce il tirocinio come la misura di intervento prioritaria, tenendo presente il target di riferimento ovvero la vulnerabilità/fragilità.</p> <p>Le diverse misure che insistono sull'intervento tirocinio (promozione, indennità di partecipazione, formazione per la sicurezza e formalizzazione degli esiti/competenze) rappresentano buona parte del budget totale assegnato per le misure di politica attiva del lavoro; contemporaneamente, oltre alla priorità accordata allo strumento del tirocinio, si ritiene opportuno attivare un ampio ventaglio delle misure disponibili contemperandole al volume di budget residuo dell'anno 2017 non completamente utilizzato essendo noi partiti nel mese di dicembre all'erogazione della misura LR14/15.</p> <p>Riteniamo importante inserire nel piano un congruo numero di ore per l'orientamento specialistico per la forte trasversalità e flessibilità a tutte le altre misure di politica attiva previste dal PIT.</p> <p>Per quanto concerne l'attività di formazione professionale si è privilegiata la formazione permanente caratterizzata da una maggiore flessibilità e da una più ampia sostenibilità da parte degli utenti.</p> <p>Si è ritenuto di destinare poche risorse economiche al piano allo strumento dell'accompagnamento al lavoro, vista la spiccata sperimentale dello stesso, dal momento che è strutturato come intervento a risultato che prevede necessariamente l'attivazione e la permanenza di un contratto di lavoro di durata superiore a 6 mesi.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti, che possono accedere indifferentemente da qualunque servizio sociale, sociosanitario o del lavoro</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p><b>FORMAZIONE</b> :Per quanto concerne la Formazione si privilegia l'utilizzo della formazione permanente, rispetto alla formazione di cui al sistema regionale delle qualifiche, in quanto è caratterizzata da una maggiore flessibilità e da una più ampia sostenibilità da parte degli utenti. In particolare oltre ai percorsi formativi sulla sicurezza, obbligatori prima dell'inserimento in azienda, si privilegiano i percorsi formativi per l'acquisizione di competenze tecniche e professionali</p> <p><b>TIROCINI</b>:Vista l'esperienza pregressa dell'attività dei Nuclei territoriali si riconosce che il tirocinio è la misura di intervento prioritaria, tenendo presente il target di riferimento. Pertanto le diverse misure che insistono sull'intervento tirocinio (promozione, indennità di partecipazione, formazione per la sicurezza e formalizzazione degli esiti/competenze) rappresentano buona parte del budget totale assegnato per le misure di politica attiva del lavoro.</p> <p><b>SUPPORTO AL LAVORO</b>: Si prevede di finanziare prioritariamente, attraverso un congruo numero di ore, l'orientamento specialistico per la forte trasversalità e flessibilità a tutte le altre misure di politica attiva previste dal PIT. Si ritiene di destinare risorse residuali allo strumento dell'accompagnamento al lavoro, vista la spiccata sperimentale dello stesso, dal momento che è strutturato come intervento a risultato che prevede necessariamente l'attivazione e la permanenza di un contratto di lavoro di durata superiore a 6 mesi.</p>

	<p>INTERVENTI DI NATURA SOCIALE: Verranno attivati servizi e attività professionali erogate dal servizio Sociale ai fini dell’inserimento sociale della persona e del nucleo e le attività di sostegno, tramite promozione e accompagnamento svolte dal terzo settore in accordo con i servizi sociali.</p> <p>A titolo esemplificativo vengono enunciati alcune azioni:  interventi di sostegno alla genitorialità,  sostegno socio educativo,  corsi di lingua italiana e mediazione culturale,  servizi di assistenza domiciliare, prossimità e auto aiuto,  interventi conciliativi</p> <p>TRASFERIMENTI IN DENARO: Contributi economici di varia natura di competenza dei comuni</p> <p>METODOLOGIA DI LAVORO:  L’équipe multidimensionale distrettuale si incontra a settimane alterne (almeno 2 vl al mese) c/o il Centro per l’impiego. Per facilitare l’organizzazione si è attivato lo strumento di “google calendar” il quale viene regolarmente implementato dalle assistenti sociali e dal centro per l’impiego.</p> <p>Una volta al mese circa vengono convocati al tavolo multidimensionale gli operatori del gestore per la legge 14/15 Centro di Formazione Bassa reggiana, i quali rendicontano alle assistenti sociali l’andamento delle progettazioni in essere.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Considerato l’inevitabile intreccio tra situazione di povertà e distanza dal lavoro il modello integrato disegnato da questa legge e la sua attuazione non potranno essere disgiunti dall’attuazione del Reddito di solidarietà, misura di contrasto alla povertà introdotta in Regione Emilia-Romagna con la LR 24/16 e la misura nazionale di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l’inclusione attiva, introdotta con decreto legge il 26 maggio 2016 modificato dal Decreto ministeriale del 16 marzo 2017 e dall’introduzione del reddito d’inclusione REI approvato con Legge 15 marzo 2017, n. 33.</p> <p>Importanti per l’attuazione saranno le connessioni con gli attori del Patto per il lavoro, in particolare con le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili ai percorsi di inserimento lavorativo con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>SERVIZI SANITARI CSM - SERT  SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI  AGENZIA PER IL LAVORO – CENTRO PER L’IMPIEGO -  ASSOCIAZIONISMO  TERZO SETTORE  SINDACATI  ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Sabrina Bondavalli Centro per l'Impiego  Nicoletta Benevelli SSIZ Unione Bassa Reggiana  Cesarina Bertolotti SerTd Ausl Distretto di Guastalla  Maria Cristina Franzini CSN Ausl Distretto di Guastalla  Enza Malaguti UDP Unione Bassa Reggiana  Marco Trevia CSM A</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

**Totale preventivo 2018: € 333.758,00**

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **303.416,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **30.342,00 €**

---

## Indicatori locali: 5

---

### **1°: pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/07/2018 - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >5
- **Obiettivo 2019:** >7
- **Obiettivo 2020:** >7

### **2°: percorsi di attivazione Completati /Avviti**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/07/2018 - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >60%
- **Obiettivo 2019:** >60%
- **Obiettivo 2020:** >60%

### **3°: persone per le quali viene utilizzato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/07/2018 - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 60
- **Obiettivo 2019:** 150
- **Obiettivo 2020:** 150

### **4°: persone occupate a seguito dei percorsi di inserimento lavorativo;**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/07/2018 - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** >10%
- **Obiettivo 2019:** >10%
- **Obiettivo 2020:** >10%

### **5°: Monitoraggio dei Piani Integrati Territoriali ai sensi della L.R. 14/2015.**

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** 01/07/2018 - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** si
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si



## LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 4 Budget di salute
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.</p> <p>La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.</p> <p>Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona. L'intervento pubblico, da questo punto di vista, non può che configurarsi come "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Con la legge del 2001 la proprietà degli alloggi è stata trasferita ai Comuni, mentre gli ACER si occupano della gestione.</p> <p>Questo modifica il rapporto con le Amministrazioni locali: ACER diventa così un partner delle amministrazioni, un'azienda al loro servizio che oltre ad amministrare il patrimonio residenziale pubblico deve fornire anche una serie di servizi. ACER svolge anche un importante ruolo sociale in una realtà dove, nonostante il notevole intervento pubblico, la domanda di case a canone moderato tende a crescere.</p> <p>Grazie alla nuova organizzazione, infatti, ACER oltre a realizzare e gestire gli alloggi ERP si propone come protagonista e contribuisce fattivamente all'elaborazione delle politiche abitative nel loro insieme, si propone come punto di raccordo e di riferimento per tutti coloro che si occupano del tema casa. Per questo ACER, mentre partecipa al tavolo di concertazione sulle politiche abitative, sta attivando un profondo processo di riorganizzazione e riqualificazione.</p> <p>Gli 8 comuni dell'Unione bassa Reggiana hanno un patrimonio notevole di alloggi di varie dimensioni (n.582) così suddivisi: BORETTO 53 BRESCELLO 59</p>

	<p>GUALTIERI 78          GUASTALLA 173          LUZZARA 78          NOVELLARA 95          POVIGLIO 36          REGGIOLO 10</p> <p>Le SFIDE dei comuni sul tema della casa potremmo sintetizzarle in:          ECONOMICA , obiettivo è quello di ridurre il costo casa attraverso una maggior offerta di alloggi a canone moderato e a bassi costi di gestione, in particolar modo per ciò che riguarda le spese energetiche          SOCIALE, soddisfare le esigenze degli utenti esclusi dal mercato delle case di proprietà e dell'affitto ed offrire a loro residenze temporanee fin quando la loro situazione sociale si è elevata economicamente in attesa di una situazione economica più vantaggiosa</p> <p>582</p> <p>Le SFIDE dei comuni sul tema della casa potremmo sintetizzarle in:          ECONOMICA , obiettivo è quello di ridurre il costo casa attraverso una maggior offerta di alloggi a canone moderato e a bassi costi di gestione, in particolar modo per ciò che riguarda le spese energetiche          SOCIALE, soddisfare le esigenze degli utenti esclusi dal mercato delle case di proprietà e dell'affitto ed offrire a loro residenze temporanee fin quando la loro situazione sociale si è elevata economicamente in attesa di una situazione economica più vantaggiosa</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, ovvero senza una abitazione e non in grado di reperirne una a canoni di mercato, ma anche i cosiddetti nuclei della "zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp. Per quanto riguarda le azioni relative all'Erp, ne sono beneficiari in primis gli inquilini, ma anche potenzialmente i nuclei iscritti nelle graduatorie.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>CONDIVIDERE CON LA COMUNITA' IL TEMA DELL'EMERGENZA CASA INCONTRANDO I DIVERSI ATTORI PUBBLICI E PRIVATI INTERESSATI AL TEMA</p> <p>OBTV:</p> <p>Condominio solidale sperimentazione/portierato solidale</p> <p>Sostegno dell'abitare per persone con problematiche diverse nella logica del budget di salute</p> <p>IMPLEMENTARE Co abitazioni per cittadini anche con diverse difficoltà affiancati con assistenti famigliari (APPARTAMENTI EMANCIPATI)</p> <p>Co-housing per donne con minori (CO-HOUSING)</p> <p>SKILL TRAINING RINFORZO CAPACITA' DELL'ABITARE</p> <p>VILLA CATERINA (co-housing)</p> <p>COMMUNITY LAB (la domiciliarità è un diritto per tutti)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>SERVIZI SANITARI CSM          SERVIZI SOCIALI          ASSOCIAZIONISMO</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>responsabile ufficio di piano          Enza Malaguti</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: Predisposizione tavolo di condivisione interistituzionale**

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** no - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

### **2°: monitoraggio situazione sfratti unionale**

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** no - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

## CO-HOUSING NELLA SALUTE MENTALE “Villa Caterina”

Completato

## Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>DISTRETTO DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	Modello di intervento per il contrasto alla grave marginalità basato sul modello dell'housing first per il contrasto alla grave marginalità di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazione di disagio socio-abitativo allo scopo di favorirne percorsi di benessere e integrazione sociale. In quest'ottica si ritiene che la disponibilità di una casa, il supporto dell'équipe per ridefinire il proprio ruolo sociale, l'integrazione sociale e il ritorno alla vita di comunità diano il riconoscimento all'individuo delle capacità necessarie a ri-acquisire uno stato di benessere psicop-fisico, pur in presenza di vulnerabilità sociale o problemi di salute mentale.
<b>Descrizione</b>	Villetta di proprietà dell'AUSL riqualificata per l'inserimento di persone con disturbi psichiatrici in Guastalla <ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-housing per donne con minori (CO-HOUSING)</li> <li>• Co-housing per persone con problemi di salute mentale</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Persone con problemi di salute mentale; persone che presentano gravi problemi di vulnerabilità sociale
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-housing all'interno della struttura Ausl “Villa Caterina”, appartamenti in co-abitazione con servizio di una persona con funzioni di supporto organizzativo;</li> <li>• Skill-training di gruppo sulle autonomie di base per la vita in appartamento,</li> <li>• Progetto personalizzato per il re-inserimento.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	SERVIZI SANITARI CSM SERVIZI SOCIALI ASSOCIAZIONISMO
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott. Trevia Marco Direttore CSM Area Nord treviam@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 1

---

**1°: N° di**

**progetti sperimentati/N° di beneficiari individuati**

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** >70% - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** > 75%

- **Obiettivo 2019:** >80%

- **Obiettivo 2020:** > 85%

## CONVIVERE, COABITARE, CONDIVIDERE

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
 16 Sostegno alla genitorialità  
 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE BASSA REGGIANA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;C;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.</p> <p>La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.</p> <p>Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona. L'intervento pubblico, da questo punto di vista, non può che configurarsi come "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui.</p>
<b>Descrizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-housing per donne con minori (CO-HOUSING) "Convivere, Coabitare, Condividere"</li> </ul> <p>I dati dimostrano come sia in costante aumento il fenomeno di violenza intra-familiare. Sempre più spesso si presentano ai nostri servizi donne con bimbi molto piccoli maltrattate dal proprio marito e costrette ad abbandonare la casa, il territorio, il proprio progetto di vita, per essere protette insieme ai loro figli.</p> <p>La maggior parte delle esperienze seguite ha messo in evidenza la buona tenuta genitoriale delle mamme, la necessità da parte del Servizio di mettere a disposizione percorsi di sostegno in emergenza, con le necessità di evitare periodi prolungati in comunità in quanto possono rappresentare un rischio di eccessiva protezione per il nucleo, mettendolo in una posizione "non naturale" ed eccessivamente istituzionalizzato, replicando il modello familiare di gruppo "chiuso", molto protetto e dipendente.</p> <p>Per questo motivo il servizio intende riattivare il progetto di Co-housing sociale, per promuovere una convivenza attiva fra donne con o senza figli, volta ad aumentare le competenze sociali delle stesse e sostenerle in un percorso di autonomia economica, sociale e abitativa attraverso un percorso individualizzato e concordato.</p> <p>Con tale progetto si intende superare la logica dell'erogazione di singole prestazioni e sperimentare percorsi che, facendo perno sulle risorse e potenzialità residue delle persone, consentano l'uscita dai circuiti assistenziali.</p> <p>Obiettivo del Co-housing sociale è l'attuare azioni di sostegno alle famiglie ospiti, al fine di realizzare un'efficace prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale, con l'offerta</p>

	<p>di accoglienza e servizi di supporto all'integrazione.</p> <p>In particolare si prevede l'accompagnamento delle famiglie accolte, verso la consapevolezza dell'interdipendenza nei confronti del contesto socio-affettivo e verso l'autonomia economica, sociale e abitativa attraverso un percorso individualizzato e concordato.</p> <p>Si intende coniugare la disponibilità di alloggi con un accompagnamento socio-educativo e con la costruzione di percorsi di empowerment personale e sociale.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Il progetto è destinato ad accogliere donne sole o con figli minori, residenti nel territorio della Bassa Reggiana che, a causa di problemi connessi a separazione / divorzio / maltrattamenti / disagio socio-economico, necessitano di essere temporaneamente sostenute ed accompagnate in un percorso individuale e di gruppo, per il superamento delle loro difficoltà, attraverso un progetto concordato con i Servizi competenti.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>A sostegno della progettazione individuale e di gruppo sono previste le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• supporto e accompagnamento educativo con la presenza di operatori qualificati, al progetto individualizzato del nucleo familiare (genitorialità ed autonomie);</li> <li>• sviluppo di competenze sociali e facilitazione delle relazioni;</li> <li>• facilitazione acquisizione strumenti: apprendimento linguistico, patente di guida, corsi di formazione, ecc.</li> <li>• accompagnamento e supervisione disbrigo pratiche: percorsi sanitari, permessi di soggiorno e documenti, autorizzazioni, pagamenti bancari e postali;</li> <li>• sostegno e supporto nella ricerca di un lavoro (sportello Informalavoro) e di un alloggio successivo;</li> <li>• affiancamento nella gestione economica: controllo gestione settimanale, accantonamento quota per spese ordinarie, accantonamento quota mensile per uscita in autonomia (a fronte di un minimo reddito della donna);</li> <li>• promozione e sostegno di progetti e collaborazioni con associazioni e/o soggetti privati che nel territorio zonale possano favorire l'inserimento lavorativo delle persone inserite negli appartamenti e più in generale di persone seguite dai servizi sociali, anche mediante l'affidamento in economia di servizi come ad esempio lavori di pulizia, cura di aree verdi ecc...;</li> <li>• individuazione di alcune famiglie accoglienti che s'impegnino ad accompagnare e sostenere il percorso di autonomia delle famiglie ospiti. L'intervento della famiglia accogliente si pone come elemento di accompagnamento, al sostegno e/o apprendimento di funzioni genitoriali, così come va anche a costituire, almeno in parte, quegli elementi di rete parentale, amicale e sociale di cui, le madri che entrano nelle strutture d'accoglienza sono generalmente molto povere.</li> <li>• Predisposizione procedure per l'attivazione delle diverse misure a contrasto della povertà (LR 14/15, REI/RES)</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Con riferimento al livello di integrazione di una persona o di un nucleo familiare, si evidenzia una specifica e stringente correlazione tra i seguenti tre assi o ambiti, e le corrispondenti politiche di supporto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. integrazione sociale;</li> <li>2. integrazione lavorativa;</li> <li>3. integrazione abitativa.</li> </ol> <p>Si è visto, ad esempio, in questi anni di crisi economica come la perdita anche solo temporanea del lavoro, e quindi del reddito, abbia innescato dirette ripercussioni sulle possibili soluzioni abitative e sul livello delle relazioni sociali, e viceversa. È fondamentale pertanto che ogni intervento a sostegno dell'autonomia venga progettato, realizzato e monitorato alla luce delle connessioni e sinergie fra i diversi ambiti, tenendo conto del lavoro di approfondimento dei gruppi tecnici del Tavolo regionale di concertazione sulle politiche abitative.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	SERVIZI SANITARI

	SERVIZI SOCIALI UNIONE/COMUNI/ASBR ASSOCIAZIONISMO
<b>Referenti dell'intervento</b>	COORDINATORE AREA TUTELA DOTTORESSA ANNA AVANZI a.avanzi@asbr.it 334 9233145
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 1

### 1°: apertura appartamento di co-housing

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

## CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Completato

### Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

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

<b>Razionale</b>	<p>Sostenere le donne nel percorso di uscita dalla violenza di genere attraverso l'attuazione a livello distrettuale delle linee guida regionali rielaborate dal tavolo provinciale. Promuovere l'approfondimento culturale e l'educazione rispetto alla violenza di genere già a partire dai primi anni di vita dei bambini e dai contesti educativi e sociali che intercettano. Sostenere gli operatori dei servizi sociali e sanitari, attraverso la formazione tematica e attraverso la dotazione di strumenti di lavoro e di gestione adeguati ed attuali, nell'affrontare con competenza il fenomeno della violenza di genere, soprattutto durante l'emergenza e nelle fasi immediatamente successive.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Tavolo interistituzionale per il Contrasto Violenza di Genere: riprendere il lavoro già intrapreso qualche anno fa e poi sospeso relativo alla creazione di un tavolo interistituzionale per contrasto alla Violenza di genere che possa arrivare alla definizione di un protocollo integrato di accoglienza e gestione delle situazioni di emergenza in presenza di donne con o senza figli vittime di violenza di genere. Il tavolo avrà anche funzione di mantenere sul territorio un raccordo rispetto alle attività, progettazioni promosse dal territorio, a diversi livelli, relative al contrasto alla violenza di genere.</p> <p>_ Formazione Regionale sul tema Violenza di Genere per operatori di ambito sociale e sanitario anno 2018. Diffusione delle attraverso la creazione di gruppi di confronto multidisciplinari dei contenuti e dei metodi appresi in formazione (parteciperanno gli operatori: Serena Pietralunga e Cepelli Ester per Ausl, e Maura Copelli per Unione Bassa Reggiana)</p> <p>_ Formazione congiunta Scuola e Servizi sul tema violenza di genere: sensibilizzare al tema della violenza di genere il contesto scolastico, attraverso percorsi formativi con gli educatori/insegnanti e con le ragazze ed i ragazzi delle scuole medie, al fine di prevenire la violenza di genere, sostenere un approccio educativo volto alla valorizzazione delle differenze, anche di genere e per fornire strumenti che permettano di individuare precocemente situazioni di rischio.</p> <p>_ Attivazione di convenzione H24 per la gestione delle emergenze in presenza di violenza di genere di donne con o senza figli: definizione di percorsi chiari e condivisi di gestione delle emergenze in caso di violenza di genere, con l'individuazione di strutture di accoglienza delle donne che decidono di non fare rientro a casa dopo l'accesso al P.S./Servizi Sanitari, o in caso di intervento delle FF.OO. o in caso di richiesta di aiuto ai Servizi Territoriali e/o Specialistici per una prima valutazione della situazione e consulenze psicosociali al fine di sostenere la donna nel percorso che decide di intraprendere in seguito alla violenza subita.</p>
<b>Destinatari</b>	Donne e ragazze con o senza figli.

<b>Azioni previste</b>	<p>__ Tavolo interistituzionale per il Contrasto Violenza di Genere:  anno 2018: 2 incontri del tavolo interistituzionale  anno 2019: 4 incontri del tavolo interistituzionale e redazione del protocollo operativo  anno 2020: 3 incontri di monitoraggio della sperimentazione del protocollo operativo</p> <p>_ Formazione Regionale sul tema Violenza di Genere per operatori di ambito sociale e sanitario anno 2018.  Anno 2018: partecipazione alla formazione sul tema violenza di genere da parte di due operatori del distretto (1 sanitario e 1 sociale) e implementazione dei gruppi formativi locali  Anno 2019: diffusione della formazione a livello locale e formazione ai nuovi operatori in servizio  Anno 2020: formazione ai nuovi operatori in servizio</p> <p>_ Formazione congiunta Scuola e Servizi sul tema violenza di genere:  Anno 2018: raccolta delle esperienze progettuali già attivate dagli Istituti Comprensivi e Superiori in merito al tema del Contrasto alla violenza di Genere  Anno 2019: Raccordo con gli Istituti per la promozione di iniziative comuni e realizzazione delle iniziative formative in almeno 3 istituti del territorio  Anno 2020: Raccordo con gli Istituti per la promozione di iniziative comuni e realizzazione delle iniziative formative in almeno 3 istituti del territorio</p> <p>_ Attivazione di convenzione H24 per la gestione delle emergenze in presenza di violenza di genere di donne con o senza figli:  Anno 2018: confronto con i distretti rispetto alle attuali modalità di gestione dell'accoglienza H24 e contatto con le strutture/enti che sul territorio si occupano di gestione e accoglienza di donne che hanno subito violenza di genere. Elaborazione di una proposta di convenzione da approvare in ...  Anno 2019: sperimentazione della gestione H24 e 3 incontri "ad hoc" di monitoraggio all'interno del tavolo interistituzionale. Numero minimo di 5 situazioni gestite in H24  Anno 2020: Adeguamento della convenzione alle esigenze del territorio</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Intervento del Servizio Genitorialità e Tutela Minori in caso di donne con i figli PRP scheda 4.3 PRP scheda 4.7
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio Sociale Comunale, Sportelli Sociali, Centro per le Famiglie, Area Genitorialità e Tutela Minori, Servizio Sociale Ospedaliero, Pronto Soccorso, Medicina di Base, Pediatria di Libera Scelta, Ginecologia, Carabinieri, Polizia Municipale, Sert, Csm,
<b>Referenti dell'intervento</b>	Anna Avanzi 3349233145 a.avanzi@asbr.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 4

### 1°: FORMAZIONE LOCALE

Descrizione:

Tipo: S | N

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

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

### 2°: COSTITUZIONE TAVOLO INTERISTITUZIONALE

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**3°: PROTOCOLLO INTERISTITUZIONALE CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE**

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**4°: CONVENZIONE GESTIONE H 24 DONNE VITTIME DI VIOLENZA**

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

## CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE – Progetto regionale Health Literacy

Completato

### Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	Il livello medio delle competenze alfabetiche, numeriche e di problem solving degli italiani adulti, secondo una recente indagine OCSE, è insufficiente a capire correttamente diagnosi, terapie e le comunicazioni, scritte e verbali, da parte dei professionisti sanitari.
<b>Descrizione</b>	Il servizio sanitario regionale si impegna, con un'azione di sistema, a migliorare le competenze comunicative dei professionisti, con particolare attenzione alla verifica della comprensione da parte del paziente. L'azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è capofila di questo progetto regionale.
<b>Destinatari</b>	Professionisti sanitari e personale amministrativo
<b>Azioni previste</b>	Formazione tra pari, sia in ambito medico che amministrativo, revisione del materiale informativo in modalità partecipata, wayfinding in Ospedale.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Federica Gazzotti, direttore Staff Comunicazione Azienda UsI di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 50.000,00**

- AUSL (finanziamento regionale Delibera di Giunta Regionale n.856 del 16/06/2017): 50.000,00 €

## GRUPPO C.O.S. - P / CIRCLE OF SECURITY PARENTING

Completato

## Riferimento scheda regionale

- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi  
 16 Sostegno alla genitorialità  
 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

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

<b>Razionale</b>	Con la proposta del gruppo C.o.s. -p (Circle of Security Parenting) si vuole offrire ai genitori un contesto in cui poter conoscere e approfondire il valore dell'attaccamento genitori-figli nel percorso di crescita, individuabile già nei primi mesi di vita. Il percorso si propone così di sostenere le funzioni genitoriali, attraverso il rinforzo delle capacità di osservazione dei genitori e di un dialogo riflessivo per cogliere adeguatamente ed empaticamente i bisogni dei figli. Il modello teorico a cui si riferisce il percorso si basa sull'importanza della relazione tra i bambini e le figure di attaccamento che può veicolare non solo senso di accudimento ma anche protezione, sicurezza, senso affettivo e sostegno o al contrario insicurezza, dipendenza, senso di rifiuto o inadeguatezza.
<b>Descrizione</b>	Viene proposto un ciclo di 8 incontri sia teorici che pratici tenuti da un operatore formato che verteranno sul tema dell'attaccamento genitori/figli con riferimento al modello teorico Circle Of Security Parenting. Il ciclo di incontri è rivolto a genitori che intendono indagare le tipologie di attaccamento, e i comportamenti ad esso connessi, che possono favorire o meno la sicurezza della relazione tra genitori e figli. Attraverso la visione di filmati che portano esempi di interazioni reali genitore/figlio sia funzionali che disfunzionali, si potranno identificare alcuni schemi volti all'accudimento attento e sensibile. La dimensione grupppale in cui vengono affrontate le tematiche inerenti la genitorialità e le modalità di conduzione degli incontri, favoriranno la condivisione tra i partecipanti e lo sviluppo di una relazione di scambio tra genitori. Gli incontri sono gratuiti e per poter partecipare è necessario prendere contatti con gli operatori per iscriversi.
<b>Destinatari</b>	Genitori di bambini 0-3 anni del territorio
<b>Azioni previste</b>	Divulgazione sul territorio Strutturazione degli incontri seguendo il protocollo Circle of Security Parenting Favorire lo sviluppo della dimensione di gruppo come valore aggiunto al percorso
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Fondo regionale Intesa Famiglia 2017 – Progetti di sostegno alla natalità

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Consultorio Familiare, Servizio Sociale Ospedaliero, Servizio Sociale Genitorialità e Tutela Minori, Pediatria di Libera Scelta, Biblioteche e Servizi Culturali per la diffusione delle informazioni.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alice Vioni 335 1415137 a.vioni@asbr.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

## Indicatori locali: 6

### 1°: numero di famiglie iscritte

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 2°: numero incontri medio

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 3°: numero e tipologia di invio da parte dei servizi

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 4°: numero e tipologia di invio dai servizi territoriali

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 5°: numero di richieste in lista d'attesa

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 01/01/2017 - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 0

### 6°: questionario di gradimento e proposte

**Descrizione:**

**Tipo:** Numerico

Situazione di partenza: 01/01/2017 - Riferita al:

- Obiettivo 2018: 0
- Obiettivo 2019: 0
- Obiettivo 2020: 0

## RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE E AUMENTARE LA SICUREZZA PER I CITTADINI/PER I PROFESSIONISTI

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>Il tema della riorganizzazione della assistenza perinatale e delle prospettive dei punti nascita a bassi volumi di attività è molto dibattuto sia a livello nazionale che regionale.</p> <p>Nonostante lo straordinario progresso della medicina perinatale, ogni parto conserva inevitabilmente una quota di rischio ed eventi imprevedibili sono sempre possibili: un certo numero di gravidanze inaspettatamente possono complicarsi, e taluni neonati, in maniera del tutto imprevedibile, possono richiedere una qualche forma di rianimazione alla nascita. Per questo motivo, ad ogni parto deve essere presente personale esperto, in grado di affrontare le emergenze ostetriche e quelle neonatali attraverso interventi tempestivi ed appropriati.</p> <p>Non a caso le società scientifiche da sempre si sono impegnate nel promuovere la centralizzazione delle gravidanze in pochi punti nascita, dotati di personale esperto e di apparecchiature tecnologicamente avanzate. Tutta la letteratura internazionale ribadisce che l'eccessiva frammentazione delle nascite e la conseguente dispersione delle competenze, ostacola la possibilità di mantenere standard assistenziali ottimali.</p> <p>Del resto, già l'accordo "Stato-Regioni" del 16 dicembre 2010 identificava in 1000 parti/anno il numero minimo per mantenere in attività un punto nascita con la possibilità di deroghe a tali parametri solo in particolari condizioni, e comunque mai al di sotto dei 500 parti annui.</p> <p>Nel 2015 altri documenti ugualmente importanti (DM 70/2015, DM 11.11.2015, protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di deroga, e la DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione della rete ospedaliera sul territorio regionale) hanno ribadito la necessità di disporre di punti nascita ad elevati volumi di utenza (&gt; 1000parti annui), ma hanno previsto anche i criteri per poter attivare richieste di pdi deroga anche per punti nascita con volumi inferiori ai 500 parti all'anno.</p>
------------------	--

<p><b>Descrizione</b></p>	<p>L'assistenza perinatale in provincia di Reggio Emilia, presenta alcune peculiarità: attualmente, dopo la chiusura del punto nascita di Castelnovo né Monti, sono attivi 4 Punti Nascita: il centro HUB ubicato presso l'ASMN, in grado di assistere anche le situazioni ostetriche e neonatologiche più gravi e complesse e 3 "Spoke" (punti nascita periferici) presenti nei presidi ospedalieri di Guastalla, Montecchio e Scandiano.</p> <p>Il livello qualitativo dell'assistenza erogata può essere considerato di primissimo piano, come testimoniato dall'ottima centralizzazione delle gravidanze a rischio, il ridotto numero di trasferimenti neonatali dalla periferia alla terapia intensiva neonatale (TIN), la riduzione marcata della mortalità neonatale (1,08‰ vs 1,61‰ della regione ER nel 2015).</p> <p>Recentemente il contesto socio-sanitario provinciale è radicalmente cambiato e due fenomeni sembrano avervi maggiormente contribuito:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calo demografico provinciale molto rilevante, con importante riduzione del tasso di natalità. L'andamento è simile a quello registrato a livello regionale e nazionale, ma in termini di valori assoluti il calo è particolarmente significativo nella nostra provincia con 1500 parti in meno nel decennio 2008-2017</li> <li>2. Elevato numero di punti nascita sia in rapporto alla popolazione che ai nati: nel panorama regionale (tab 2), in provincia di Reggio Emilia esiste il più elevato numero di punti nascita sia rispetto alla popolazione generale (1 punto nascita ogni 106.000 abitanti vs Bologna 1/252.000, Parma 1/150.000, Romagna 1/186.000), sia rispetto al numero di nati (1/810 nati vs Bologna 1/1961, Parma 1/1200 e Romagna 1/1400); ciò consente di asserire che il numero dei punti nascita provinciale sia verosimilmente sovradimensionato rispetto alle esigenze. Per mantenere una "clinicalcompetence" adeguata, i 3823 nati del 2017 dovrebbero essere assistiti in non più di 2-3 stabilimenti ospedalieri</li> <li>3. TAB2(In tabella si fa riferimento all'anno 2016, per non inficiare il dato essendo stato il 2017 un anno del tutto peculiare con la sospensione di attività di 3 punti nascita per un mese durante il periodo estivo e con la chiusura definitiva poi del punto nascita di Castelnovo né Monti)</li> </ol> <p>Infatti i volumi di attività risultano insufficienti a garantire la "clinicalcompetence" in tutti i punti nascita provinciali.</p> <p>Tutti gli spoke effettuano meno di 1000 parti all'anno.</p> <p>Conseguentemente, risulta evidente che, in ottemperanza all'accordo Stato-Regioni del 2010 ed al DM 70 del 2015, oltre che a tutte le raccomandazioni delle società scientifiche di settore, che indicano in 1000 parti/anno i volumi di attività minimi ed appropriati, in provincia di RE dovremmo procedere ad una riorganizzazione dei punti nascita provinciale con un loro accorpamento.</p> <p>Alla luce dei dati epidemiologici e dei trend demografici, il Dipartimento Materno Infantile della provincia di Reggio Emilia (Position Statement del Febbraio 2017- Prot. 2017 N. 8595-, comunicato stampa del giugno 2017, e dell'ottobre 2017, ...), così come la Commissione percorso nascita regionale (delibera N. 1112 del 24/07/2017) aveva proposto la chiusura oltre che del Punto nascita di Castelnovo Monti, anche quello di Scandiano, ma la Commissione sul Percorso Nascita Nazionale (CPNn) e il Ministero della Salute, analizzati tutti i dati aveva rigettato la richiesta di deroga per i Punti nascita montani della Regione Emilia Romagna (Borgo Val di Taro, Castelnovo né Monti e Pavullo) (Prot. N. 2017/0092913 del 05.10.2017), e raccomandato invece per Scandiano, Mirandola e Cento uno stretto monitoraggio per ulteriori due anni prima di pervenire ad una decisione conclusiva, chiedendo però per tali presidi l'acquisizione dei requisiti di sicurezza e di efficacia.</p> <p>A parte l'ASMN che costituisce il centro HUB provinciale e quindi presenta tutti i requisiti idonei a garantire tale funzione con presenza, oltre a tutte le dotazioni tecnologiche e strutturali, di una guardia H24 ginecologica, anestesiologicala e neonatologica, attualmente l'organizzazione perinatale in provincia di Reggio Emilia è così strutturata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guastalla: H 24 ginecologica, anestesiologicala e pediatrica</li> <li>- Montecchio : H24 ginecologica ed anestesiologicala; il pediatra è presente all'interno del presidio nelle fasce orarie diurne feriali, mentre nelle fasce notturne e festive è prontamente reperibile. In attesa dell'arrivo del pediatra l'anestesista si occupa dell'assistenza al neonato</li> <li>- Scandiano: H24 ginecologica ed anestesiologicala; fino al 15 febbraio 2018 il pediatra è stato presente all'interno del presidio nelle fasce orarie diurne feriali, mentre nelle fasce notturne e festive era prontamente reperibile. In attesa dell'arrivo del pediatra l'anestesista si occupava dell'assistenza al neonato</li> </ul> <p>Nell'intero territorio provinciale sono inoltre attivi lo STAM (Protocollo n° 2013/0069072 del</p>
---------------------------	---

	10/07/2013 con revisione Protocollo n. 2015/0029664 del 28/12/2015) e lo STEN (Protocollo n. 2013/0018511 del 10/07/2013 con revisione Protocollo n. 2015/0029664 del 28/12/2015)
<b>Destinatari</b>	tutta la popolazione
<b>Azioni previste</b>	<p>In particolare presso il PN di Scandiano, a fronte della deroga concessa dal ministero della salute e dalla regione, si è quindi proceduto ad una ricognizione dei requisiti strutturali, assistenziali e tecnologici presenti per verificarne il rispetto.</p> <p>Non sono state rilevate carenze strutturali e/o tecnologiche mentre, come noto, era presente una carenza di personale medico.</p> <p>I pediatri presenti erano 3, di cui una unità a servizio ridotto per "allattamento" ed esonerato dal turno notturno. Tali pediatri effettuano anche attività di pediatria di comunità per il distretto di Scandiano svolgendo le vaccinazioni e tutta le attività correlate alla medicina scolastica.</p> <p>E' stata quindi attivata la procedura per un bando di concorso per tutta la provincia di Reggio Emilia in area pediatrica (preceduta da regolare bando di trasferimento). Il bando è stato utilizzato anche per la copertura e stabilizzazione di altre figure pediatriche su tutto il territorio provinciale.</p> <p>In attesa dell'espletamento del concorso, i neonatologi dell'ASMN hanno accettato la proposta di effettuare turni di guardia notturna in "aggiuntiva", oltre ai turni ordinari effettuati presso l'ASMN. La necessità però di coprire i turni di guardia e di reperibilità presso la neonatologia, oltre che tutte le attività ordinarie del reparto, e la necessità al contempo di rispettare la legge 161 del 2014 sul rispetto dell'orario di lavoro, non ha permesso di coprire tutti i turni e garantire così l'H24 completo 7 giorni su 7. Con le forze disponibili è stato quindi possibile garantire la copertura dell'H24 per 5 giorni a settimana. Nei weekend è stata quindi mantenuta la presenza del pediatra per alcune ore al mattino ed in reperibilità nelle fasce pomeridiane e notturne.</p> <p>Dal 15 febbraio 2018 quindi l'attività pediatrica H24 è coperta per 5 giorni a settimana.</p> <p>Una unità pediatrica per Scandiano è stata acquisita prima del concorso, attraverso un trasferimento extra-provinciale. Purtroppo dopo la fine delle procedure concorsuali, ad oggi gli altri 2 posti in organico su Scandiano non sono stati coperti in quanto non ci sono stati candidati idonei disponibili in tal senso. Diversi candidati hanno infatti rifiutato il posto di ruolo, preferendo prospettive lavorative alternative sopraggiunte da altre province.</p> <p>Dal 18 giugno pv, in assenza di sviluppi ulteriori, e con la necessità di consentire l'effettuazione anche delle ferie al personale presente, nell'impossibilità di garantire i turni lavorativi, si tornerà alla pronta reperibilità negli orari notturni e festivi.</p> <p>Contemporaneamente in provincia sono state messe in atto numerose strategie volte al miglioramento globale dell'assistenza perinatale.</p> <p>Sono stati realizzati audit provinciali specifici in ambito ostetrico volti al contenimento dei tassi di cesarizzazione e di induzione con risultati soddisfacenti (riduzione dei TC in ASMN dal 32,0% del 2016 al 27,1% nel 2017)</p> <p>Si è implementata l'assistenza ostetrica in autonomia alla gravidanza fisiologica passata sempre in ASMN dal 27,3 del 2016 al 28,5% del 2017.</p> <p>Le procedure STEN e STAM proseguono regolarmente ed anzi sono stati implementate le attività di monitoraggio ed audit delle stesse.</p> <p>La centralizzazione delle gravidanze a rischio, è procedura ormai consolidata e sono stati realizzati percorsi facilitanti per agevolare l'utenza oltre che i professionisti. L'obiettivo di tali percorsi è quella di assicurare l'assistenza ottimale a ciascuna coppia madre/bambino riducendo i rischi connessi alla nascita, ma anche il disagio che comporta il trasferimento lontano da casa per intere famiglie</p> <p>In particolare è proseguita l'integrazione tra ospedale e territorio con la turnazione di ginecologi ospedalieri sui consultori provinciali per l'effettuazione degli screening gravidici ed in particolare del Bitest.</p> <p>Per il distretto montano, che ha visto la recente chiusura del punto nascita di CnM, si è proceduto ad elaborare un programma ad hoc volto a garantire una assistenza ottimale nel percorso nascita e che prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istituzione del registro gravidanze distrettuale con mappatura e monitoraggio attivo</li> </ol>

	<p>delle gravidanze presenti sul territorio seguite sia dal Servizio Salute donna che da eventuali studi privati;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. potenziamento dell'attività del consultorio familiare;</li> <li>3. riorganizzazione e potenziamento dell'attività dell'ambulatorio della gravidanza a termine;</li> <li>4. potenziamento dell'attività di emergenza territoriale con una ambulanza aggiuntiva infermieristica;</li> <li>5. attivazione del trasporto assistito con ostetrica h24;</li> <li>6. mantenimento percorso STEN;</li> <li>7. istituzione di un percorso di accoglienza dedicato nella struttura Hub;</li> <li>8. Progetto di "home visiting" alle donne durante i primi giorni dopo la dimissione ospedaliera per una individualizzazione della cura della puerpera e del neonato</li> <li>9. piano di formazione permanente:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. del personale ostetrico presso il centro hub per il mantenimento delle competenze necessarie per la gestione delle emergenze ostetriche;</li> <li>b. del personale del DEU sul parto precipitoso;</li> <li>c. dei pediatri e degli anestesisti per il mantenimento delle competenze necessarie in caso di attivazione del percorso STEN.</li> </ol> </li> </ol> <p>E' proseguita la condivisione di protocolli e procedure tra Hub e Spoke all'interno della rete del PIAMI, sia in ambito ostetrico che pediatrico/neonatologico.</p> <p>Gli ambulatori di "latte e coccole" sono attivi in tutti i distretti provinciali, a sostegno dell'allattamento al seno. I risultati non soddisfacenti in questo ambito hanno portato ad un processo di audit con revisione di tutte le procedure in atto nella intera provincia, attraverso un progetto che ha coinvolto il Dipartimento materno Infantile e le Cure Primarie.</p> <p>Sono stati calcolati i tassi di allattamento alla dimissione dei punti nascita (ved. grafico) e valutato il calo marcato nei primi mesi di vita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allattamento esclusivo a 3 mesi: 45%</li> <li>- allattamento esclusivo a 5 mesi: 23%</li> </ul> <p>Alla luce di queste verifiche sono state messe in atto strategie idonee per l'implementazione con una formazione specifica (20 ore UNICEF) ed una FAD realizzata per tutti i professionisti coinvolti (ostetriche, pediatri, ginecologi, neonatologi, psicologhe, PIS,...)</p> <p>Infine a causa dell'incremento delle gravidanze patologiche ed in particolare di quelle multiproblematiche è stato creato un PDTA specifico con il coinvolgimento dell'ospedale ma anche del territorio con i sanitari dei consultori, dell'assistenza sanitaria e sociale provinciale, del SID, dei PIS con l'obiettivo di creare percorsi facilitanti ed una presa in carico globale delle situazioni di disagio psico-fisico e sociale .</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	



## PROMOZIONE E EQUITA' D'ACCESSO

Completato

## Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Le azioni previste sono coerenti con le indicazioni regionali e Nuovi Lea
<b>Descrizione</b>	Gli ambiti di lavoro sono suddivisi in due contenitori :Tempi di attesa(strettamente legata agli obiettivi regionali) e Specialistica ambulatoriale che fa riferimento all'ambito di attività della struttura complessa
<b>Destinatari</b>	Cittadini e operatori interni all'organizzazione o strutture private accreditate con contratto di fornitura
<b>Azioni previste</b>	<p>TEMPI DI ATTESA</p> <p>In concordanza con quanto indicato nella DGR N 1735/2014, della DGR 1056/2015 e nella Circolare regionale 21/2014, si proseguirà nell'applicazione del Programma Interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa con particolare riferimento alle scadenze definite nello stesso programma e alle azioni di sistema.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azione costante di monitoraggio e verifica e attraverso il TEAM interaziendale/multi professionale coordinato dal RUA (Responsabile unico dell'accesso per la specialistica ambulatoriale per il coordinamento degli uffici risorse e governo delle agende in prenotazione). In seguito all'unificazione aziendale si è creata la necessità di una revisione della composizione del TEAM multiprofessionale per il governo dei tempi di attesa della specialistica.</li> <li>• Ridefinizione degli strumenti aziendali di monitoraggio quotidiano dei tempi di attesa (ora allargato anche al controllo alle prestazioni con codice di priorità "B"), allo scopo di migliorare l'IP provinciale e mantenerlo a un valore <math>\geq 90\%</math> sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle urgenti differibili. Il monitoraggio ha visto coinvolti anche le strutture private accreditate alle quale è stato fornito lo stesso strumento software di controllo dei tempi di attesa "CupidoAlert". L'obiettivo aziendale è il mantenimento dell'I.P. relativo alle prestazioni monitorate <math>\geq 90\%</math>.</li> <li>• Applicazione del protocollo operativo aziendale sull'elaborazione delle sanzioni per " le mancate o tardive disdette" in conformità con la del. RER 377/2016 relativa all'applicazione della sanzione amministrativa per mancata disdetta della prestazione da parte del cittadino. Per l'anno 2018-2019 ci aspettiamo 40.000 sanzioni/anno che dovranno essere elaborate e gestite. L'azienda ha come obiettivo un significativo aumento delle disdette da parte del cittadino e contestuale riduzione delle mancate presentazioni del cittadino in sede di erogazione con conseguente riduzione dei tempi di attesa. Continuerà, inoltre, la campagna informativa aziendale attraverso i più diffusi canali di comunicazione (stampa e televisione) e la distribuzione di materiale cartaceo (brochure, locandine, ecc.) da consegnare nei luoghi di accesso all'azienda di maggiore affluenza.</li> </ul>

## SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le principali novità che riguarderanno il biennio 2018-2020 sono di seguito riportate. Nuovo CUP:

la necessità di rendere il sistema prenotante più moderno, flessibile e coerente con le esigenze, è alla base del progetto di sostituzione dell'attuale applicativo CUP con un nuovo sistema. Nell'anno 2016 è iniziato un intervento di evoluzione del sistema di prenotazione CUP che a conclusione dei lavori vedrà il passaggio dall'attuale software AS400 al nuovo Software CUP Arianna. Questo passaggio è costituito da cinque fasi che si concluderanno entro il 2018 e che coinvolgeranno non solo gli sportelli CUP dell'Azienda ma anche le 130 farmacie del territorio provinciale e gli sportelli delle strutture private accreditate. Contemporaneamente allo sviluppo del nuovo CUP Arianna, su proposta regionale, è stata avviata l'implementazione delle prestazioni prenotabili anche attraverso Cupweb, portale interno regionale; tale operazione proseguirà per tutto l'anno 2018.

## NUOVI LEA (DPCM 29/11/01):

Nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè quelle prestazioni che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), sono stati messi in atto tutti gli adeguamenti richiesti dal DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza". Il decreto sostituisce integralmente il DPCM del 29/11/2001 e individua le condizioni di erogabilità e detta indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN.

In particolare sono:

- Aggiornati gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
- Offerti nuovi vaccini e individuati nuovi destinatari, in accordo con il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale;
- Aggiornata la lista delle prestazioni che il SSN offre gratuitamente (senza ticket) a coppie e donne in epoca pre-concezionale, in gravidanza e in puerperio, in pieno accordo con le Linee guida sulla gravidanza;
- Introdotto lo screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita già attivo in Regione Emilia -romagna ;
- Inserita l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, negli stadi clinici moderato e grave. Di conseguenza, si riconosce alle pazienti il diritto a usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo;
- Trasferita la celiachia dall'elenco delle malattie rare all'elenco delle malattie croniche.
- Recepita la legge n° 134 del 2015 sui disturbi dello spettro autistico;
- Inserite nella specialistica ambulatoriale tutte le prestazioni necessarie per la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa, fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero;
  - Aggiornato il nomenclatore relativo alla fornitura di protesi, cioè il documento che stabilisce la tipologia e le modalità di fornitura di ausili e presidi per disabili a carico del SSN rispetto al quale si prevede la definizione di un albo dei prescrittori e la richiesta con ricetta dematerializzata;
- Innovato il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che risaliva al 1996, escludendo prestazioni obsolete e introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ma siamo in attesa del nuovo Tariffario

## Reti Cliniche per l'integrazione ospedali-territorio

Le reti sono state pensate al fine di garantire l'omogeneità dei processi di cura, l'integrazione trasversale tra le strutture organizzative, favorire l'equità di accesso, interazione professionale e, condivisione dei processi di cura e miglioramento dell'appropriatezza.

## Convenzionati interni

È previsto un ulteriore potenziamento dei medici convenzionati interni per rispondere alla domanda di specialistica ambulatoriale e ridurre i tempi di attesa. Nel presidio ospedaliero, prevalentemente per il superamento di contratti libero-professionali e prestazioni aggiuntive, sono attivi ad oggi 17 contratti.

## Contratti con le strutture private accreditate

Il programma Specialistica ambulatoriale governa i contratti per la fornitura delle prestazioni

	<p>di specialistica ambulatoriale da parte dei privati accreditati con un impegno economico annuo di circa 9 mln €. La programmazione dell'offerta dei privati s'inserisce nella complessiva offerta provinciale di specialistica che ogni anno è rideterminata sulla base dei tempi di attesa.</p> <p>Progetto "Punti prelievo"</p> <p>Su mandato della Direzione generale, si ritiene opportuno rivedere nell'anno 2018 l'intera rete provinciale dell'offerta dei laboratori, ovvero quella dei privati accreditati e quelli a gestione AUSL, così come la Rete dei prelievi ematici e attuare una riorganizzazione trasversale. Questa riorganizzazione deve prevedere una riconversione, in percentuale da definire (tra il 50-80%) del budget annuale (circa € 389.000 con una media di circa 1500 prelievi/mese), utilizzato per analisi ematochimiche e refertazione, in budget destinato alla costituzione di nuovi Punti prelievo da affidare ai privati accreditati, lasciando all'AUSL il compito di processazione e refertazione dei campioni. A tal proposito è stata istituita una commissione aziendale ad hoc che si occuperà di definire le varie fasi.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	DIRETTORE DEL PROGRAMMA SPECIALISTICA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 19.000.000,00**

---

- AUSL : 19.000.000,00 €

# CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI: PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE AREA ADULTI ALL'UNIONE DEI COMUNI BASSA REGGIANA

Completato

## Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

<b>Razionale</b>	<p>Il territorio della Bassa Reggiana si qualifica per un'organizzazione dei servizi non ancora del tutto omogenea, all'interno dell'Unione dei Comuni, a gestione diretta, è collocata l'area della disabilità adulta, mentre le aree degli anziani (eccetto il Coordinamento SAA, funzione ad integrazione socio sanitaria distrettuale) e degli adulti fragili, sono in capo ai singoli Comuni. Da aprile 2017 l'area Genitorialità e tutela minori è passata gestionalmente all'Azienda Speciale Bassa Reggiana, in azienda è da tempo presente anche il servizio di educativa territoriale e il Centro per le Famiglie. Si è così andato costituendo un polo di servizi significativo, rivolto alle famiglie del territorio, principalmente con figli minorenni, che presentano differenti difficoltà. Una funzione trasversale del Servizio sociale Integrato è anche quella di tenere le connessioni con gli snodi del sistema dei servizi: comuni, Asl (Sert, Csm in primis), Azienda Speciale, scuole, soggetti del terzo settore, famiglie.</p> <p>In quest'ottica il passaggio dell'area genitorialità e tutela minori all'interno dell'azienda speciale ha consentito di avviare un processo di semplificazione ed integrazione in grado di produrre maggiore efficienza.</p> <p>In un'ideale riprogrammazione dei servizi si potrebbero pertanto individuare 2 macro sistemi: Famiglie con minori e adulti fragili affiancate da famiglie risorsa (si pensi alle attività di prevenzione del centro per le famiglie ma anche alla psicologia scolastica, al lavoro di supporto alla genitorialità ...)</p> <p>Famiglie con anziani non autosufficienti o parzialmente sufficienti e con disabili adulti. A quest'ultimo sistema andrà dedicato uno studio approfondito, analogo a quello dell'area famiglie, che occorrerà realizzare entro i prossimi tre anni</p> <p>La costituzione di un sistema gestionale omogeneo e unitario del territorio è prioritario obiettivo anche dell'attuale accordo di programma, le cui finalità d'integrazione socio sanitaria hanno dato vita al servizio sociale integrato dell'Unione dei Comuni della Bassa Reggiana e ne sostengono il processo di consolidamento e sviluppo</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Area Famiglie fragili</p> <p>All'interno di quest'area va collocata l'attuale area genitorialità e tutela minori che, come si è detto, lavora in stretta sinergia con l'educativa territoriale e con il Centro per le famiglie, (servizio pensato per sostenere famiglie "normali", immerse in fisiologici momenti di cambiamento: crisi di coppia, nascita di figli, perdita di familiari ...), il quale, attivando un efficace lavoro di comunità, così come percorsi a supporto della neo genitorialità (p.e. home visiting), può favorire virtuosi percorsi di prevenzione al disagio, di sensibilizzazione verso i problemi delle famiglie del territorio, sino ad articolarsi in veri e propri percorsi di accoglienza e di affidamento.</p> <p>Mediante l'educativa territoriale si sta cercando di incentivare il lavoro di connessione con i</p>

	<p>genitori in difficoltà, favorendo il potenziamento delle competenze nella logica della prevenzione all'istituzionalizzazione (vedi progetto PIPPI).</p> <p>Poiché quando si parla di bambini non bisogna mai dimenticare che si parla anche dei loro genitori, riteniamo vada anche accolta, in una logica d'intervento sui nuclei famigliari in difficoltà, una parte di lavoro di cura connesso prioritariamente a problemi di natura più sociale, collegata anche ai macro fenomeni globali che il territorio dell'unione sta impattando, come per esempio: il possesso e/o mantenimento di un'abitazione, la presenza di un lavoro e/o di un reddito, la vita di relazione, l'integrazione culturale di nuclei immigrati ...</p> <p>In altre parole prendersi cura di bambini in difficoltà significa anche prendersi cura della loro famiglia, garantendo che i bambini non vivano in condizioni di pregiudizio sia da un punto di vista intra familiare (maltrattamenti e trascuratezze di varia natura) che extrafamiliare (condizioni di sussistenza di base : casa, nutrimento, scolarizzazione, socialità, salute psicofisica).</p> <p>Pertanto condizioni di povertà delle famiglie se in assoluto non costituiscono un pregiudizio per i bambini, nelle situazioni specifiche possono inficiare una crescita sana e sufficientemente adeguata che deve interrogare l'intera comunità. L'intervento sulle famiglie deve essere pensato organicamente, immaginando un unico servizio che intervenga a 360 gradi sui nuclei, favorendo integrazione di sguardi, di competenze e di interventi.</p> <p>La costituzione dell'area delle famiglie fragili vuole dare concretezza a questa riorganizzazione. Creare una sinergia operativa tra servizi che vada verso il superamento dei target specialistici e che punti al reinserimento sociale di individui e famiglie, viene altresì sostenuto dai recenti strumenti pensati dal Governo e dalle Regioni, finalizzati a sostenere l'inclusione sociale di nuclei che, per diversi motivi, gravitano nell'area della marginalità: legge 14, RES, REI, PON</p> <p>L'attivazione concreta di questi strumenti prevede la realizzazione di dispositivi organizzativi ad hoc, che, in modo integrato, programmino e gestiscano azioni con le famiglie beneficiarie.</p> <p>Il disegno ideale del sistema dei servizi sociali territoriali vedrebbe la loro completa confluenza in un unico ente locale sovraordinato, così come chiede la Regione, ed invita a fare anche nel nuovo Piano Socio Sanitario.</p> <p>Seguendo tuttavia una gradualità d'interventi ad oggi la priorità consiste nel portare a termine il processo di costituzione di una nuova area di lavoro, che veda confluire in un unico sistema organizzativo l'area della genitorialità tutela minori e l'area adulti , (va incluso in questo sistema anche lo sportello sociale come porta d'accesso dei bisogni dei cittadini) appunto l'area delle famiglie fragili.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Cittadini e famiglie con problematiche di fragilità sociale (economica, abitativa, lavorativa, educativa, sanitaria, giudiziaria), sia in carico al servizio sociale sia accolti da sportello sociale</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Definizione delle linee di indirizzo per lo studio di fattibilità della riorganizzazione Area Adulti.</p> <p>Mappatura ed analisi dei modelli organizzativi vigenti nei singoli comuni : analisi delle funzioni e responsabilità, delle risorse economiche (contributi per i cittadini ma anche costo di personale), delle eventuali innovazioni in essere, della regolazione dei processi decisionali.</p> <p>Proposta di riorganizzazione</p> <p>Individuazione delle principali criticità inerenti la riorganizzazione e trasferimento della funzione/area adulti a Unione e approntamento degli strumenti volti ad un loro superamento</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>la riorganizzazione dell'area adulti va a ricadere sull'organizzazione dell'intero sistema dei servizi socio sanitari distrettuali e di tutte le istituzioni che hanno connessioni con esse: la scuola, ma anche le forze dell'ordine, la magistratura e tutto il sistema di privato sociale presente sul territorio</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Comuni Unione Azienda Speciale Bassa Reggiana Asl Tavolo Welfare Giunta Unione – comitato di distretto</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Dott.ssa Luisa Sironi</p>

	Responsabile del Servizio Sociale Integrato Zonale l.sironi@bassareggiana.it tel 0522655101
--	---

## BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI: LE ATTIVAZIONI TERRITORIALI PER UNA RISPOSTA QUALIFICATA ALL'ACCOGLIENZA E ALLA CURA DI BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 16 Sostegno alla genitorialità
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI BASSA REGGIANA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DI GUASTALLA; AREA DEL DISAGIO ADULTO; AREA GENITORIALITA' E TUTELA MINORI</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Sulla base delle linee di indirizzo regionali, qualificare e regolamentare la tematica, rafforzando le attivazioni territoriali già presenti in termini di accordi interistituzionali e distrettuali tra sociale e sanitario. Promuovere il monitoraggio e l'analisi dei dati raccolti dai flussi informativi, affinché si possano prevedere e valutare procedure ed interventi appropriati, nel rispetto dei dispositivi normativi vigenti. Garantire un sistema di accoglienza e di cura dei bisogni socio-sanitari complessi di minori e neomaggiorenni attraverso una presa in carico integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali territoriali e di tutela, i servizi educativi ed i servizi sanitari, mettendo a punto strumenti di collaborazione con il terzo settore e le organizzazioni di volontariato.
<b>Descrizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei dati per lo studio dei casi complessi attraverso l'applicativo regionale SISAM</li> <li>- Valutazioni multidimensionali e prese in carico integrate tra i servizi sociali, educativi e sanitari presenti nel Distretto.</li> <li>- Monitoraggio dell'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali per minori</li> <li>- Formazione di base congiunta tra i diversi professionisti</li> <li>- Nuovi approcci sperimentali per il lavoro con le "famiglie negligenti"</li> <li>- Supporto ai bisogni di autonomia dei neomaggiorenni</li> <li>- Minori Stranieri non accompagnati: applicazione della normativa vigente</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Bambini e adolescenti che vivono in contesti familiari multiproblematici e che li espongono al rischio evolutivo Neomaggiorenni in uscita da percorsi di tutela e di protezione.

	Genitori/adulti in difficoltà nell'esercizio delle competenze di cura. Servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela
<b>Azioni previste</b>	<p>- Analisi dei dati per lo studio dei casi complessi attraverso l'applicativo regionale SISAM: servirsi del sistema informativo regionale per la raccolta dei dati e la conseguente analisi per una valutazione quantitativa dei casi complessi, prevedendo una condivisione con i servizi territoriali ( vedi ad es. schede ai Comuni..)</p> <p>-Valutazioni multidimensionali e prese in carico integrate tra i servizi sociali, educativi e sanitari presenti nel Distretto: predisposizione/ costruzione di diagrammi di flusso per mostrare l'attività integrata tra servizi sociali di tutela e Neuropsichiatria Infantile. Focus su due aspetti importanti riguardanti l'organizzazione di questo territorio:</p> <p>-&gt;presenza di due psicologi della NPIA a tempo pieno sull'Area della genitorialità</p> <p>-&gt;protocollo distrettuale riguardante la compartecipazione economica dell'ASUL nei progetti di inserimento in comunità di minori e in casi particolari ( es. grave disabilità, educativa individuale intensiva oltre le 6 ore settimanali).</p> <p>- Monitoraggio dell'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali per minori: individuare indicatori che permettono una valutazione oggettiva delle comunità e dei centri semiresidenziali per minori per creare un elenco ordinato sulla base di alcune priorità condivise tra servizi.</p> <p>Dare la possibilità alle comunità per minori di potersi iscrivere all'Albo costituito dall'Ufficio appalti dell'Unione dei Comuni della Bassa Reggiana.</p> <p>Tenere conto delle strutture accreditate con autorizzazione sanitaria per l'accoglienza di minori con psicopatologie gravi, finalizzare al recupero psichiatrico.</p> <p>- Formazione di base congiunta tra i diversi professionisti: promuovere percorsi formativi congiunti tra professionisti su tematiche comuni come ad es. maltrattamento/abuso sui minori , violenza di genere, affidamento familiare ... Si veda la formazione promossa nel nostro territorio con il Centro studi Hansel e Gretel Onlus e rivolta a psicologi e assistenti sociali.</p> <p>- Nuovi approcci sperimentali per il lavoro con le "famiglie negligenti" : sperimentazione ancora in atto nel nostro territorio del programma P.I.P.P.I.</p> <p>Il gruppo territoriale di P.I.P.P.I. si incontra periodicamente.</p> <p>- Supporto ai bisogni di autonomia dei neomaggiorenni: iniziare a sondare nel territorio se è possibile cogliere la disponibilità del privato sociale o delle organizzazioni di volontariato di percorsi a sostegno dell'autonomia di neomaggiorenni in uscita dalle comunità o da progetti di tutela.</p> <p>- Minori Stranieri non accompagnati: applicazione della normativa vigente. Ad oggi, nel nostro territorio si è verificato soltanto un caso.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Intervento di servizi sociali comunali e di servizi sanitari specializzati: CSM, SERT,NPI
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio Sociale Comunale, Sportelli Sociali, Centro per le Famiglie, Area Genitorialità e Tutela Minori, , Medicina di Base, Pediatria di Libera Scelta e Medici di Medicina Generale.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Anna Avanzi 3349233145 a.avanzi@asbr.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	/

**Totale preventivo 2018: € 890.738,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **178.522,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE BASSA REGGIANA*):**712.216,00 €**

## Indicatori locali: 1

### 1°: Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

## VACCINAZIONI INFANTILI

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	La vaccinazione è uno dei principali determinanti di salute per tutta l'età evolutiva. Numerose malattie invalidanti o minacciose per la vita possono essere evitate attraverso un presidio medico che presenta elevati indici di sicurezza ed efficacia. Per evitare epidemie e i pericolosi effetti collaterali conseguenti occorre raggiungere e mantenere tassi di copertura nella popolazione adeguati (obiettivo OMS è il 95%, anche se questo indicatore non è uguale per tutti i vaccini). Negli ultimi anni è cresciuta l'obiezione vaccinale e i tassi di copertura si sono sensibilmente ridotti; l'obbligo vaccinale esteso nel 2017 a 10 principi attivi ha visto già una significativa inversione del trend.
<b>Descrizione</b>	Attuazione del Piano Nazionale Vaccini 2017-2019 e indirizzi della Regione Emilia-Romagna. Attuazione della L.119/2017 sull'obbligo vaccinale
<b>Destinatari</b>	Popolazione minorenni residente in provincia di Reggio Emilia
<b>Azioni previste</b>	Il servizio di pediatria di comunità promuove le vaccinazioni raccomandate attraverso azioni di informazione e gestione attivo delle prestazioni. La vaccinazione è promossa fin dalla gravidanza e dal punto nascita attraverso materiale cartaceo informativo e dialogo attivo con gli operatori; sono offerti colloqui personalizzati e di approfondimento in tutti i casi che manifestano paure, dubbi, ansie. La pediatria di comunità registra le vaccinazioni, segnalando eventuali esoneri, monitorando i tassi di copertura e segnalando gli eventi avversi Sono programmati interventi di informazione alla popolazione attraverso i media locali e eventi aperti alla cittadinanza

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Le strategie vaccinali per l'età pediatrica è collegata alla frequenza scolastica e ai servizi educativi PRP scheda 6.10
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi di Cure Primarie del programma Materno infantile Enti locali, servizi educativi e scolastici
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore del Programma Materno Infantile
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

## Indicatori locali: 1

---

### 1°: Coperture vaccinazioni obbligatorie entro 24 mesi

**Descrizione:**

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** incremento
- **Obiettivo 2019:** incremento
- **Obiettivo 2020:** incremento

## Sezione dedicata al tema povertà

L'Unione Bassa Reggiana congiuntamente ai comuni l'INPS, Centri per l'Impiego e l'Ausl costituiscono l'insieme dei soggetti attuatori del ReI, del ReS e applicazione L.R.14/15.

I comuni in Unione, coordinandosi a livello di ambito territoriale, svolgono inoltre le seguenti funzioni:

a) favoriscono con la propria attività istituzionale la conoscenza delle misure a contrasto della povertà tra i potenziali beneficiari, anche mediante campagne informative nell'ambito dell'attività di comunicazione istituzionale;

b) assicurano il coinvolgimento degli enti del Terzo settore, di cui alla legge n. 106 del 2016, delle parti sociali, delle forze produttive del territorio e della comunità territoriale, nelle attività di promozione degli interventi di lotta alla povertà;

c) effettuano le verifiche di competenza sul possesso dei requisiti per la concessione del ReI e ReS da parte dei nuclei familiari, ai sensi dell'articolo 9, comma 3, nonché ogni altro controllo di competenza, in particolare con riguardo all'effettiva composizione del nucleo familiare rispetto a quanto dichiarato in sede ISEE, atto a verificare l'effettiva situazione di bisogno;

d) favoriscono la più ampia partecipazione dei nuclei familiari beneficiari del ReI e ReS nell'adozione degli interventi che li riguardano, secondo i principi di cui all'articolo 6, comma 8;

e) operano in stretto raccordo con gli enti del Terzo settore, secondo le modalità di cui all'articolo 6, comma 6, nell'attuazione degli interventi, favorendo la co-progettazione, avendo cura di evitare conflitti di interesse e assicurando il rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e concorrenza;

f) facilitano e semplificano l'accesso dei beneficiari del ReI e ReS alle altre prestazioni sociali di cui il comune ha la titolarità ove ricorrano le condizioni stabilite dalla relativa disciplina.

Il Decreto Legislativo precisa che:

Gli ambiti territoriali/Unioni adottano atti di programmazione, ordinariamente nella forma di una sezione specificamente dedicata alla povertà nel piano di zona di cui all'articolo 19 della legge n. 328 del 2000, e comunque, in sede di prima applicazione, specificamente in attuazione dell'atto di programmazione o del Piano regionale per la lotta alla povertà, entro sessanta giorni dall'adozione del medesimo, in cui a livello di ambito territoriale si definiscono gli specifici rafforzamenti su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà di cui all'articolo 7, comma 1, finanziabili a valere sulla quota del Fondo Povertà di cui al comma 2 del medesimo articolo 7, integrando la programmazione con le risorse disponibili a legislazione vigente e le risorse afferenti ai Programmi operativi nazionali (PON) e regionali (POR) riferite all'obiettivo tematico della lotta alla povertà e della promozione dell'inclusione sociale.

Piano Triennale 2018-2020 rafforzamenti del sistema:

	<b>intervento</b>	<b>Anno 2018</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>
1	segretariato sociale, inclusi i servizi per	x	x	x

	l'informazione e l'accesso al REI/RES (punti per l'accesso/sportelli sociali)			
2	servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale,		x	x
3	tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione	x	x	x
4	sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare,	x	x	x
5	assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità			
6	sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare			
7	servizio di mediazione culturale			
8	servizio di pronto intervento sociale			

Organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate (n° assistenti sociali e n° sportelli sociali/punti di accesso)

### **Sportelli sociali/Punti di accesso**

Sono presenti nell'Unione Bassa Reggiana 8 sportelli sociali, uno in ogni comune con minimo 3 giornate di apertura front office fino ad un massimo di 5 giornate.

Lo sportello sociale è gestito dall'Azienda Bassa Reggiana che, oltre alla presenza di figure ad alta professionalità (6 operatori con lauree socio educative) ha individuato un coordinatore che monitora, verifica e si confronta con il tavolo welfare composto dagli assessori alle politiche sociali, la responsabile dell'ufficio di piano, le responsabili dei servizi sociali dei comuni e la responsabile del servizio sociale integrato zonale.

Per l'anno 2018 è stata programmata, in via sperimentale, la presenza dello sportello sociale in una casa della salute, per questo motivo si chiederà una implementazione economica del contratto in essere.

### **Assistenti sociali**

Sono presenti in unione n.18 +1/2 Assistenti sociali così distribuite in base alle aree target:

<b>sede</b>	<b>Area target</b>	<b>n. assistenti sociali</b>
Servizio sociale Integrato Zonale	Area genitorialità e minori	7 assistenti sociali
Servizio sociale Integrato Zonale	Area disabilità	2 assistenti sociali
Comuni	Area anziani	6+1/2 assistenti sociali
Unione Bassa reggiana	Area adulti	2 assistenti sociali
Comuni	Area adulti	1 assistente sociali
<b>Totale</b>		<b>18-1/2 assistenti sociali</b>

Si ritiene soddisfatto il requisito posto dalle Linee guida regionali ( DGR 1012/2014) che auspica la presenza di almeno 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti; il rapporto

nell'Unione Bassa Reggiana abitanti/assistenti sociali è di 1 assistente sociale ogni 3.880 abitanti (ab.71803/18,50 ass.soc).

E' tuttavia opportuno evidenziare che solo il 15% del personale dipendente si occupa di area adulta, la frammentazione organizzativa (personale incardinato funzionalmente nei diversi enti) evidenzia una sofferenza nella presa in carico delle persone adulte.

La fase di analisi preliminare viene realizzata dagli operatori dello sportello sociale che, in collaborazione con l'assistente sociale area adulti predispongono tutta l'istruttoria per la presa in carico.

La seconda fase, per le situazioni multiproblematiche avviene con la metodologia della valutazione multidimensionale, i servizi socio-sanitari ed educativi si incontrano e costruiscono con la persona/famiglia un percorso finalizzato al raggiungimento delle autonomie individuali.

Per questo motivo parte della quota del fondo povertà verrà utilizzata anche per la fase di pre assessment e assessment, sportelli sociali e assistente sociale logicamente in un sistema organizzativo associato in Unione.

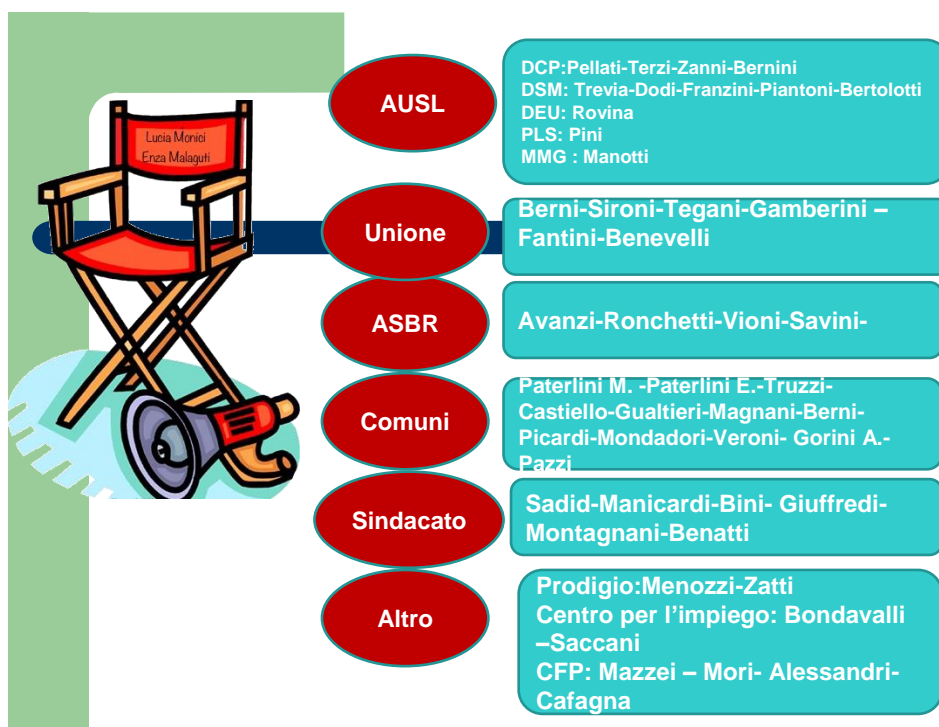
## Processo per la realizzazione del Piano

A fronte di una situazione caratterizzata da difficoltà della comunità di rispondere ai propri problemi collettivamente, è necessario attivare percorsi che permettano di rifondare legami di fiducia, di condivisione, di assunzione di un'ottica che vada oltre l'interesse individuale, verso la possibilità di ricreare quello "spazio pubblico" troppo a lungo lasciato vuoto.

Con questa premessa si è cercato di Uscire dai perimetri standard e provare a Deperimetrare.

Deperimetrare vuol dire questo: facilitare lo scambio tra reti ristrette cercando di far loro assumere un'ottica consapevole di conoscenza delle alterità di appartenenza a processi sociali e politici più vasti.

Per lavorare sulla stesura e condivisione del Piano Sociale e Sanitario 2018-2020 si è costituita una Cabina di regia con il compito di mappare e acquisire conoscenza del proprio contesto di riferimento, garantire la regia del processo di programmazione partecipata, di supportare i tavoli o gruppi di lavoro territoriali, di promuovere la buona riuscita degli incontri e di esaminare/supportare le proposte progettuali che provengono dai tavoli.



Sono stati coinvolti circa 50 persone afferenti a vari ambiti: Ausl, Unione Bassa Reggiana, Azienda Speciale Bassa Reggiana, Comuni, Sindacati, Centro per l'impiego, Centro di Formazione Bassa Reggiana, Associazione Prodigio ecc.; con gli operatori è stata condivisa la filosofia del Piano Socio e Sanitario, gli obiettivi e la strategia di intervento.

Le aree tematiche proposte dalla Regione, area domiciliarietà e prossimità, prevenzione delle disuguaglianze e promozione della salute, promozione dell'autonomia, partecipazione e responsabilizzazione e qualificazione dei servizi, ci stavano "un po' strette" e, anche in questo caso abbiamo deperimetrato il processo nominando i gruppi di lavoro con i colori; è così che nasce il tavolo V-erde, il tavolo B-lu, il tavolo M-arrone, il tavolo F-uksia, il tavolo R-osso e il tavolo A-rancione.

Nei tavoli, coordinati da un operatore, hanno lavorato simultaneamente dai 5 ai 6 professionisti, mai individualmente, tanto che anche solo questo processo ha creato un nuovo modo di stare insieme.

## Metodologia

Sono stati costruiti 6 gruppi di lavoro

- ❖ A-rancione
- ❖ B-lu
- ❖ F-uksia
- ❖ M-arrone
- ❖ V-erde
- ❖ R-osso



Come sopra descritto sono stati creati tavoli di lavoro a cui sono stati assegnati dei codici colore per individuare rapidamente l'appartenenza al gruppo di lavoro dei partecipanti. Ogni tavolo ha lavorato su temi delle schede regionali creando le schede distrettuali.

Il Direttore di Distretto e la Responsabile dell'Ufficio di Piano hanno presidiato costantemente i gruppi di lavoro condividendo con loro metodologia e strumenti.

Obiettivo prioritario era la descrizione dei servizi/progetti presenti nel distretto ma anche quello di formulare nuove ipotesi di progetti tenendo in considerazione il tema della sostenibilità economica degli enti.

***Si sono ritrovati almeno 3 volte per gruppo....***

**....e hanno prodotto circa 50 schede intervento .....**



ad ogni tavolo è stata data l'indicazione di consultare, oltre la scheda regionale il piano della prevenzione e, per facilitare il lavoro abbiamo distinto in ogni tavolo il numero del piano di prevenzione dedicato

## Tavolo A-rancione

Scheda PSS	Area trasversale	Piano della Prevenzione/ o altro	Partecipanti
4. Budget di salute A/B	Domiciliarità e prossimità		Berni P. Tegani P. Dodi A.
5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari		4.2 Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver	Trevia M. Fantini S. Paterlini E. Truzzi L. Gualtieri P.
6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi			Malaguti E. Monici L. Bini F. Giuffredi M.

## Tavolo B-lu

Scheda PSS	Area trasversale	Piano della Prevenzione/ o altro	Partecipanti
15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi	Prevenzione disuguaglianze e promozione della salute	3.1 Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie 3.2 Allat-ER-promozione allattamento al seno 5.2 Infanzia a colori 6.6 Prevenzione presa in carico bambino cronico	Vioni A. Bernini M Zanni M. Pini D. Avanzi A. Rovina L. Monici L. Paterlini M. Gorini A. Sadid A. Mauro
16. Sostegno alla genitorialità B4. Budget di salute A/B		3.4 Implementazione monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali	
25. Contrasto alla violenza di genere	Promozione autonomia		

## Tavolo M-arrone

Scheda PSS	Area trasversale	Piano della Prevenzione/ o altro	Partecipanti
1. Case della salute e Medicina d'iniziativa	Domiciliarità e prossimità	6.2 La lettura del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute 6.4 Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito 6.5 Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari 6.7 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche	Pellati M.- Terzi E. Tegani P. Malaguti E. Monici L. Zanni M. Magnani D. Virgili M. Castiello M. Manicardi V.
20. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità -	Prevenzione disuguaglianze e promozione della salute	6.3 Organizzare e realizzare interventi di iniziativa per cittadini identificati come "Fragili"	
21. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA			

## Tavolo R-osso

Scheda PSS	Area trasversale	Piano della Prevenzione/ o altro	Partecipanti
17. Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Prevenzione disuguaglianze e promozione della salute	3.6 Progetto adolescenza 3.7 Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione accoglienza e cura 4.4 Educazione all'affettività e sessualità 4.5 Giovani e Pronto soccorso 4.9 Progetto percorsi di prevenzione e di cura di salute mentale per adolescenza e giovani adulti 5.6 Fra rischio e piacere 5.7 Educazione all'affettività e sessualità	Dodi A. Piantoni A. Menozzi L. Avanzi A. Nizzoli R. Trevia M. Picardi E. Mondadori N.
19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico			
28. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Partecipazione e responsabilizzazione		
37. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Qualificazioni e dei servizi		

## Tavolo V-erde

Scheda PSS	Area trasversale	Piano della Prevenzione/ o altro	Partecipanti
10. Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	Prevenzione disuguaglianze e promozione della salute	Programma triennale per l'integrazione dei cittadini stranieri ( L.R. 5/2004)	Malaguti E. Savini I. Franzini M.C. Benevelli N. Bertolotti C. Pazzi V. Veroni G. Mazzei V. Mori S. Alessandri E. Cafagna Bondavalli S. Saccani R. Sindacato
12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate			
22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	Promozione autonomia	Linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari ( L.R.14/2015)	
23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) Famiglie e persone in condizione di fragilità secondo i criteri stabiliti dalle norme			
24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale			

## Tavolo F-ukxia

Scheda PSS	Area trasversale	Piano della Prevenzione/ o altro	Partecipanti
36. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Qualificazione dei servizi		Sironi L. Ronchetti S. Malaguti E. Gamberini E. Monici L.

I tavoli hanno prodotto circa 50 schede che sono state condivise in un momento di confronto tra tutti i partecipanti e con la parte politica.

Il Tavolo A-rancione, oltre che predisporre le schede intervento del PSS sarà impegnato nella realizzazione del Community Lab che partirà a settembre 2018 sul tema del vivere in autonomia nella nostra comunità



### COMUNITY LAB...

- o Individuare i quartieri/frazioni/luoghi... ( anno 2018 almeno 2 luoghi nell'unione)
- o Individuare 2/3 referenti/nodo per quartiere
- o Incontro collettivo unionale con i referenti/nodo dei quartieri e i responsabili dei comuni o loro delegati per la comunicazione dell'avvio del progetto
- o Predisposizione di una mappatura fisica e politica dei luoghi destinati alla partecipazione con i nodi del quartiere
- o Restituzione della mappatura collettiva ed individuazione delle strategie per favorire la salute e benessere delle persone che vivono in quel luogo
- o Invito allargato alla comunità individuata ed avvio del processo

Per iniziare condividere in modo partecipato gli obiettivi del Piano si sono realizzati tre incontri con le associazioni di volontariato e terzo settore distribuiti sul territorio : a Boretto per i Comuni di Brescello-Poviglio e Boretto a Guastalla per i comuni di Guastalla Gualtieri e Luzzara e a Reggiolo per i Comuni di Reggiolo e Novellara

I partecipanti, circa 50 persone afferenti a varie associazioni, sono stati stimolati a lavorare a piccoli gruppi per rispondere a due domande ....

Guastalla-Boretto-Reggiolo

### **3 INCONTRI CON VOLONTARIATO = 52 persone**

#### **LE DUE DOMANDE :**

**1. cosa non dovrebbe mancare in un territorio in relazione alla vita quotidiana delle persone per far si che si possa stare meglio?**  
**(scrivetelo sul fogliettino rosa)**

**2. che cosa posso fare io e/o la mia associazione?**  
**(fogliettino giallo)**



Alcune risposte in sintesi....



### **Valutazione e monitoraggio del Piano**

Il Piano sarà attuato tramite la definizione di specifici interventi da realizzare nel triennio da parte del sistema socio-sanitario locale.

Tali interventi sono descritti attraverso schede che definiscono le azioni da prevedersi nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, e dettagliano destinatari e indicatori per la misurazione del risultato.

Le schede saranno approvate con atto di Comitato di Distretto e successivamente il Consiglio dell'Unione dei Comuni Bassa Reggiana e nel periodo di vigenza del Piano potranno essere integrate con altre schede che aggiornino la realizzazione delle politiche ivi previste.

Verranno mantenuti incontri periodici dei tavoli colore che hanno lavorato sulla stesura dei progetti al fine di consolidare un lavoro in rete finalizzato al miglioramento continuo delle procedure/prestazioni .

Verrà inoltre approvata la costituzione di un tavolo permanente di monitoraggio e valutazione del Piano che periodicamente verifichi lo stato di attuazione degli interventi complessivamente, anche attraverso la misura degli indicatori previsti, e concorra a verificare nel complesso il raggiungimento degli obiettivi e l'impatto delle politiche sui destinatari.

Tale gruppo dovrà essere costituito da referenti dei tavoli colore, rappresentanti AUSL, Unione dei Comuni , del Terzo Settore, delle Organizzazioni sindacali e da altri soggetti che si riterrà di coinvolgere in quanto attori significativi del sistema di welfare e per l'espletamento del suo mandato potrà valersi di metodi di confronto partecipativi.

Sulla base degli elementi di monitoraggio e valutazione acquisiti sullo stato di attuazione del Piano, il responsabile dell'Ufficio di Piano relazionerà al Comitato di Distretto trascorsi 18 mesi dalla data di approvazione del Piano e al termine del periodo di vigenza.

<b>Distretto</b>	<b>Interventi</b>	<b>Risorse fondo povertà nazionale</b>	<b>Risorse fondo povertà regionale</b>
Guastalla	A. Rafforzamento Sportelli/Punti di accesso	0	0
Guastalla	B. Rafforzamento Servizio Sociale Professionale	0	0
Guastalla	B2. Rafforzamento Servizio Sociale Territoriale attraverso altre figure professionali		0
Guastalla	C. Interventi e servizi Inclusione Sociale e Lavorativa	184362	72765
Guastalla	C2. Interventi e servizi per povertà estrema e senza dimora degli ambiti non destinatari di risorse dedicate di cui alla Tabella D	0	0
<b>Totale</b>		<b>184362</b>	<b>72765</b>

# Programmazione attuativa della sezione povertà approvata nell'ambito dei Piani di Zona triennali 2018-2020 (di cui all'art. 13 del Dlgs 147/2017)

Modalità gestionale dei servizi

## **SCelta TEMATICA**

L'Unione Bassa Reggiana ha individuato a sostegno del contrasto alla povertà l'istituzione di un Servizio Educativo e di accompagnamento multidisciplinare individuale e territoriale volto al recupero di autonomie nell'area dell'abitare, della gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita

## **CRITICITA' E BISOGNI**

Alla luce dell'analisi contestuale del territorio dell'Unione Bassa Reggiana, rispetto agli adulti che si collocano nella fascia di povertà/fragilità, sono emerse due specificità/criticità relative ai bisogni degli stessi:

### **Scarse risorse monetarie per far fronte alle necessità primarie.**

- E' importante attivare aiuti economici. Nonostante risultino utili per soddisfare specifici bisogni ad esempio il pagamento di utenze, è raro che gli stessi promuovano una successiva emancipazione, loro e/o della famiglia. La Contribuzione risulta essere una immediata soddisfazione del problema creando a volte assistenzialismo fine a sé stesso.

### **Scarse risorse personali a livello di abilità, conoscenze e di inserimento nel territorio.**

- Questa seconda criticità apre molteplici bisogni concreti nell'adulto interessato che possono rientrare nelle seguenti aree:
  - Bisogni specifici della persona (psicologici e di abilità personali).
  - Bisogni relazionali
  - Bisogni legati al contesto di vita

## **FINALITA'**

La finalità dell'attivazione del servizio di accompagnamento multidisciplinare individuale è quello di promuovere nell'adulto lo sviluppo di una "autonomia relativa", intesa non esclusivamente come completa indipendenza del soggetto dai servizi in questione, ma come crescita personale, sviluppo di abilità nella gestione della propria vita quotidiana e come inserimento nel contesto territoriale di riferimento.

## **OBIETTIVI E DISPOSITIVI**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>DISPOSITIVI</b>
<b>RETE TERRITORIALE</b> Conoscenza delle risorse, servizi ed enti già attivi sul territorio per promuovere una maggiore integrazione di queste e un utilizzo efficiente delle risorse presenti.	Interventi di mappatura del territorio.
<b>CRESCITA DELLA PERSONA</b> Sviluppo delle capacità individuali degli adulti beneficiari.	Interventi educativi individuali. Interventi in-formativi di gruppo. Interventi di supervisione e sostegno psicologico.
<b>CRESCITA RELAZIONALE</b> Sviluppo di una rete relazionale sul territorio per gli adulti beneficiari.	Interventi educativi territoriali. Interventi in-formativi di gruppo.

## **AZIONI E FIGURE OPERATIVE**

Si possono individuare specifiche azioni da mettere in campo sia a sostegno delle abilità personali e della famiglia sia per lo sviluppo della rete territoriale; a nostro avviso le figure operative necessarie per realizzare nel concreto del servizio sono:

### **Educatori individuali-territoriali a 60 ore settimanali**

La figura deve essere competente rispetto al co-progettare ed attuare un percorso di accompagnamento individualizzato che vada a rispondere ai bisogni ed obiettivi individuali dell'adulto interessato. Deve maturare una conoscenza del contesto territoriale di lavoro rispetto alle risorse presenti: enti, servizi, associazioni e deve essere in grado di attivare e realizzare incontri in-formativi di gruppo su tematiche specifiche in collaborazione con enti, servizi, associazioni del territorio.

### Psicologo a 10 ore settimanali

La figura potrà essere attivata qualora si valuti la necessità di un percorso di valutazione e sostegno psicologico per l'adulto interessato, rispetto a criticità, vissuti e problemi psicologici più complessi che possono richiedere anche un invio a servizi competenti.

Tale figura si ritiene importante per la supervisione e sostegno delle altre figure operative componenti l'èquipe di lavoro.

### Mediatore culturale a 9 ore settimanali

Per ogni dispositivo, vengono individuate le azioni e le figure operative relative repute responsabili e in grado di concretizzarle.

DISPOSITIVO	AZIONI	FIGURE OPERATIVE
<b>Interventi di mappatura del territorio</b>	Conoscenza dei referenti delle varie realtà territoriali.  Costruzione di relazioni-collaborazioni.  Interventi di cura e mantenimento della rete territoriale.	Educatore individuale/territoriale. <i>Figura intesa come "nodo" e "sintesi" del territorio in questione</i>
<b>Interventi educativi individuali</b>	<b>Capacità:</b>  Di utilizzo consapevole e accurato delle risorse economiche.  Organizzativa dei tempi di vita quotidiani per assolvere: commissioni, pagamenti, impegni formativi-lavorativi-genitoriali, appuntamenti.  Di problem solving  Di assolvere a compiti	Educatore Individuale-territoriale  OSS  Mediatore culturale

	<p>domestici (cura degli spazi abitativi e spesa quotidiana)</p> <p>Capacità volte alla genitorialità</p> <p>Di cura della propria persona</p>	
<p><b>Interventi educativi territoriali e in-formativi di gruppo</b></p>	<p>Interventi tematici e di skill training di gruppo rispetto ad alcune capacità sopracitate</p> <p>Attività informativa e di conoscenza dei servizi, risorse presenti sul territorio</p> <p>Attività di orientamento e sostegno verso opportunità formative</p> <p>Attività di orientamento e sostegno verso opportunità di tirocinio o altre opportunità professionali</p> <p>Promuovere la costruzione di relazioni con privati cittadini</p> <p>Individuare relazioni d'appoggio</p>	<p>Educatore Individuale-territoriale</p> <p>Mediatore culturale</p> <p>Enti, associazioni e servizi del territorio</p>
<p><b>Interventi di supervisione e sostegno psicologico</b></p>	<p>Valutazione e sostegno rispetto all'autostima, autoefficacia (consapevolezza delle proprie capacità, punti di forza e di debolezza), motivazione e abilità</p>	<p>Psicologo</p>

	<p>comunicative-relazionali</p> <p>Valutazione e sostegno rispetto al benessere psicologico e ai vissuti storici della persona</p> <p>Individuazione di problematiche psicologiche più strutturate</p> <p>Supervisione e sostegno alle figure educative per prevenire il burnout</p>	
--	--	--

## Equipe Multidisciplinare

In questa sezione sono descritte le modalità di costituzione e funzionamento delle EEMM:

### ***-specificare se l'èquipe del RES/REI coincide con l'èquipe LR14/15***

L'èquipe REI/RES coincide con l'èquipe LR14/15, è composta dalle assistenti sociali e centro per l'impiego territoriale che hanno in carico la situazione, nel caso la situazione abbia complessità sanitarie l'èquipe è allargata al personale del dipartimento di Salute mentale. L'èquipe si incontra circa 2 volte al mese

### ***- Indicare i criteri di composizione delle EEMM, quali figure componenti in modo permanente l'EEMM e quelle "aggiuntive" con riferimento alle istituzioni coinvolte...***

I criteri di composizione delle EEMM variano in base alla complessità della situazione. Le figure componenti l'èquipe in modo permanente sono:

- n. 2 Assistente Sociale assunta mediante finanziamenti PON Avviso 3/2016
- n. 2 esperti Centri per l'impiego
- n. 4 Assistenti sociali afferenti ai comuni area adulti

nelle situazioni complesse dal punto di vista sanitario oltre al Centro per l'Impiego sono attivati i servizi sanitari, nello specifico:

- n. 1 assistenti sociali CSM/ SerD
- n. 1 educatore professionale CSM

### ***-Specificare l'eventuale ruolo del terzo settore nei processi di presa in carico***

Le organizzazioni del terzo settore nel territorio della bassa reggiana contribuiscono al sostegno e accompagnamento di cittadini in situazioni di difficoltà. A livello locale negli ultimi anni si sono diffuse esperienze di co-progettazione tra pubblico privato che fanno anche da laboratorio sperimentale. Le associazioni stesse iniziano a lavorare con modalità associata riconoscendosi in ATI in modo da garantire esperienze e risposte più complete. (es Emporio solidale di Guastalla)

### ***-Indicare le modalità di coordinamento delle EEMM***

Il coordinamento delle èquipe allargata avviene con modalità bimensile nella quale vengono invitati con coordinamento dell' Ufficio di Piano , oltre agli attori relativi alla presa in carico, il servizio di Formazione Professionale (CFP BR) ente gestore della LR14/15.

- Al tavolo partecipano:  
Operatori/Consulenti/formatori del CFP Bassa Reggiana

Assistenti sociali dei comuni sede d'Unione

Assistenti sociali del PON Inclusione

Ufficio di Piano

Assistenti sociali/educatori del Dipartimento di Salute Mentale/SerD

Operatori del Centro per l'Impiego