

SEZIONE 1

FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

1. ASPETTI GEOGRAFICI E DEMOGRAFICI

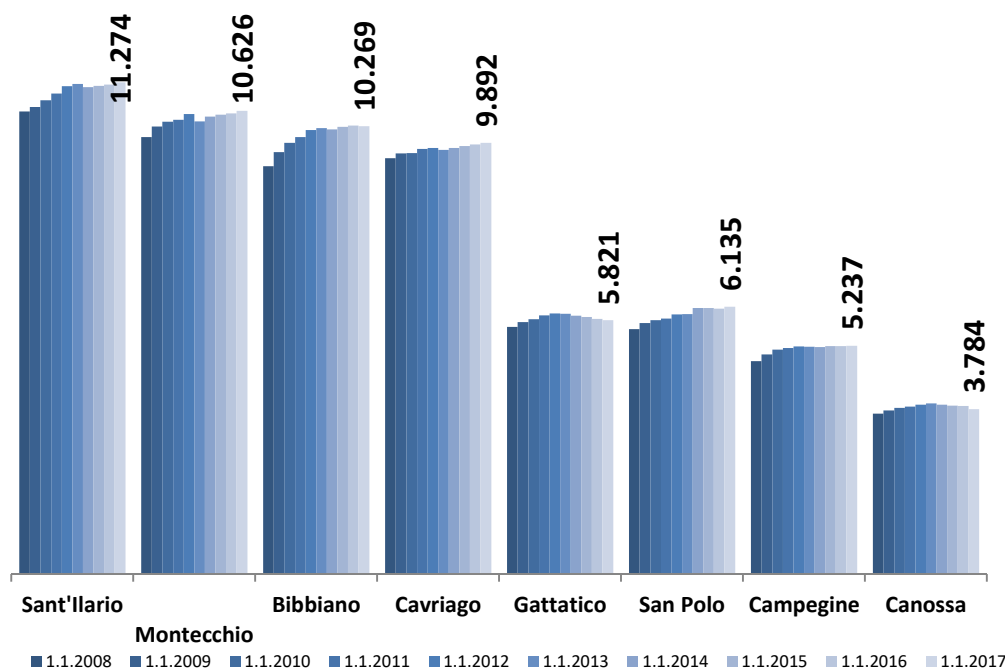
Il territorio della Val d'Enza si trova nel versante orientale della provincia di Reggio Emilia, al confine con la Provincia di Parma dalla quale è separata dal fiume Enza. Il Distretto è composto di **otto comuni**: Bibbiano, Campegine, Canossa, Cavriago, Gattatico, Montecchio Emilia, Sant'Ilario d'Enza, San Polo d'Enza, per una superficie complessiva di 240 Km² e con una popolazione totale di 62.958.

Estendendosi da nord a sud lungo la Valle dell'Enza, attraversa **paesaggi molto differenziati**, da quello tipicamente appenninico e collinare nella zona sud, a quelli tipici della Pianura padana nella zona nord della Valle. Alla spiccata varietà dei paesaggi corrisponde anche una varietà di opportunità e di bisogni, nonché di esigenze molto differenziate da Comune a Comune. Convivono infatti nel distretto Comuni estesi e meno popolosi, con permanente vocazione agricola o turistica, con Comuni meno estesi e più urbanizzati, più vicini al capoluogo, a vocazione più produttiva e in cui si concentra maggiormente l'offerta di servizi.

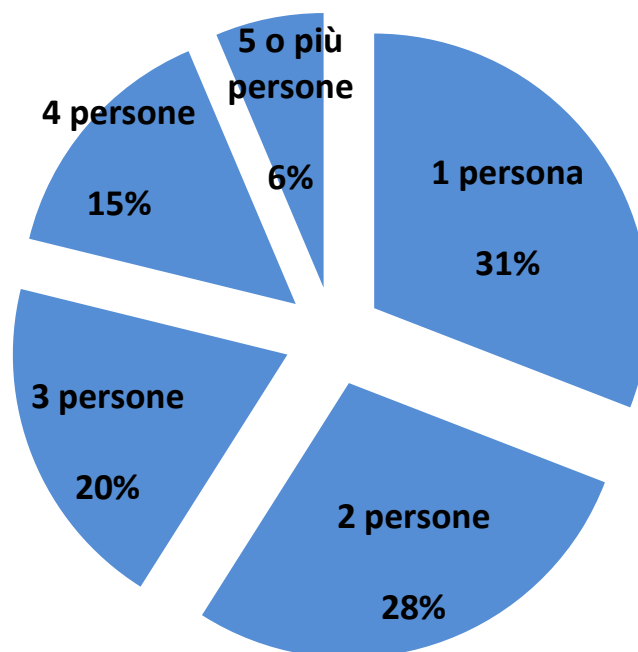


Il trend demografico dimostra, **dopo un periodo di crescita, una stabilizzazione** del numero di cittadini complessivo. L'andamento sui singoli comuni dal 2008 al 2017 evidenzia inoltre che

la ripresa della crescita demografica ha interessato soprattutto i territori più urbanizzati, rafforzando la già presente tendenza alla **concentrazione della popolazione nei centri più grandi**.

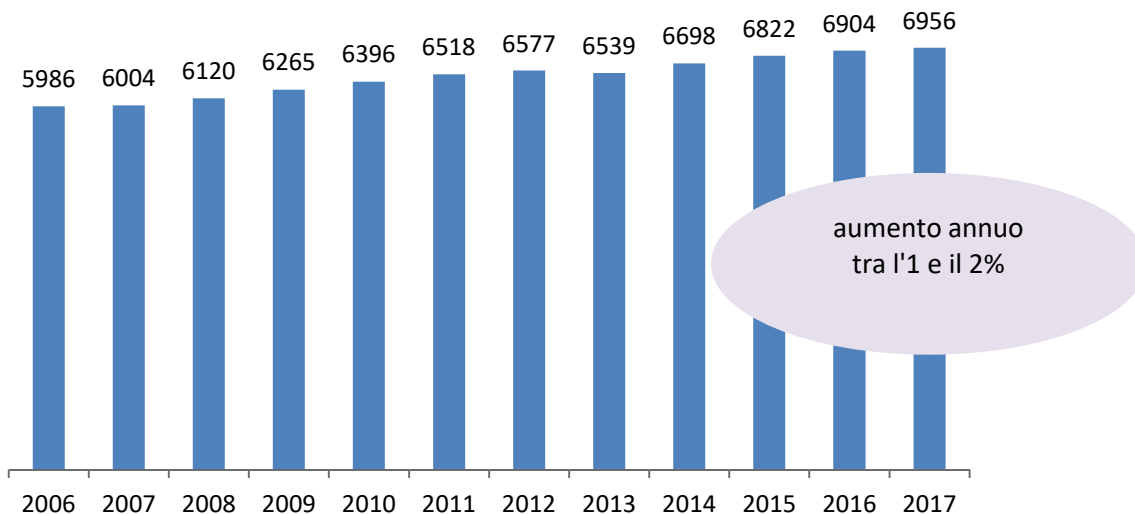


Le famiglie sono in totale 26.110. Se ripartite in base al numero dei componenti evidenziano una **netta prevalenza di nuclei composti da una o due persone**. Le famiglie composte da una sola persona sono in totale 8.062, che nel 44% dei casi ha più di 65 anni (dato superiore alla media provinciale, pari al 39%).

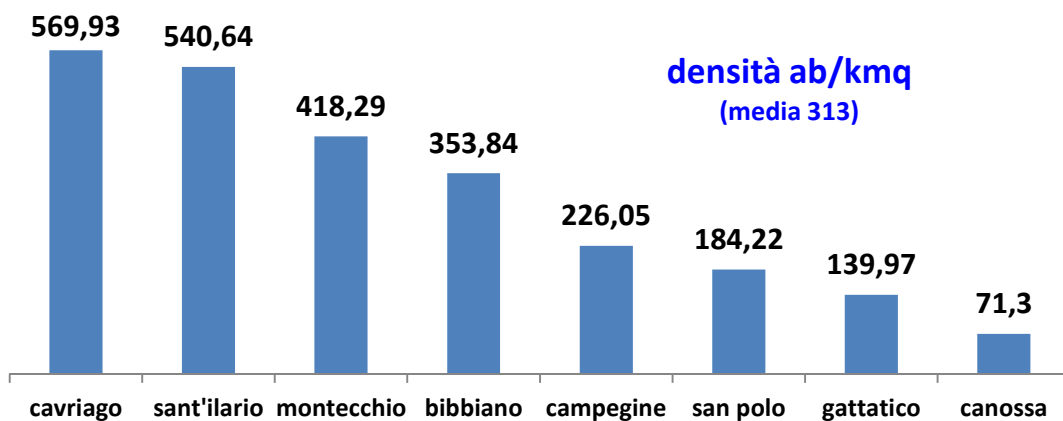
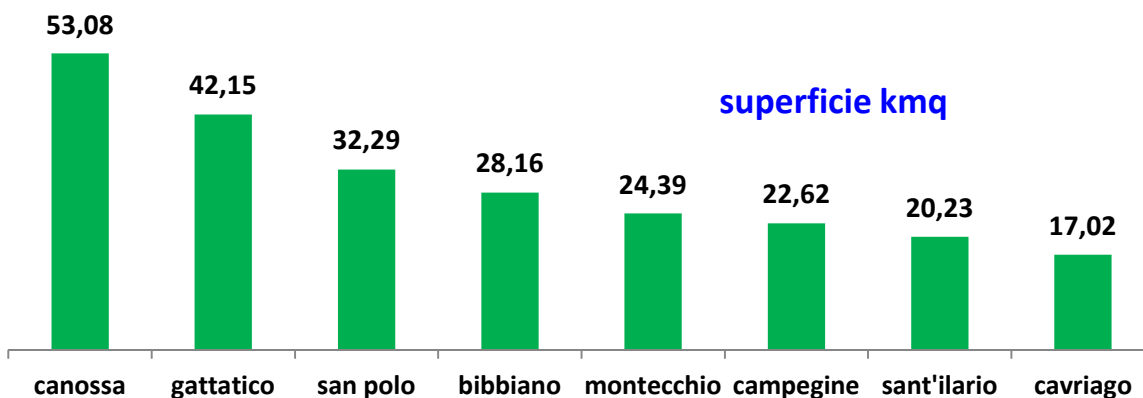


Il trend di **crescita della popolazione anziana ultrasettantacinquenne**, inoltre, continua ad essere costante.

popolazione ultra 75 nel distretto



I territori meno popolosi sono anche – tendenzialmente - quelli con una maggiore superficie e conseguente minore densità abitativa e si collocano o nella montagna o nella parte più bassa della pianura.





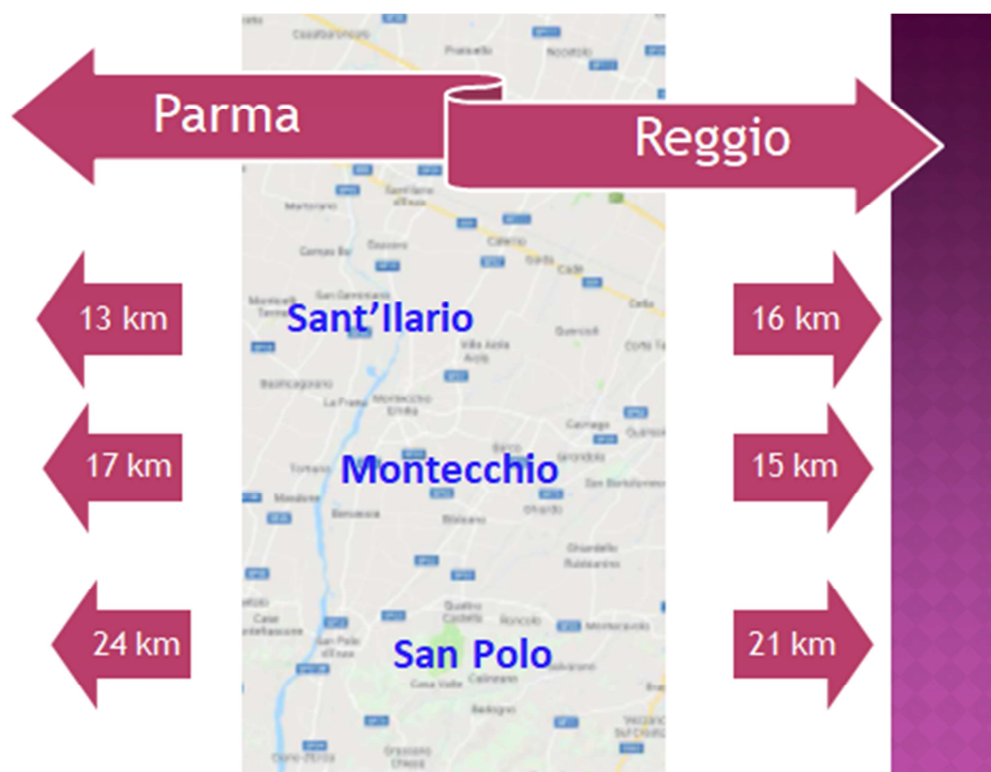
I 4 comuni più popolosi, situati al centro, hanno una densità abitativa di 467 ab/kmq

67% della popolazione
37 % del territorio distrettuale

i 4 comuni meno popolosi, situati in collina e in bassa pianura, hanno una densità abitativa di 140 ab/kmq

33% della popolazione
63% della superficie distrettuale

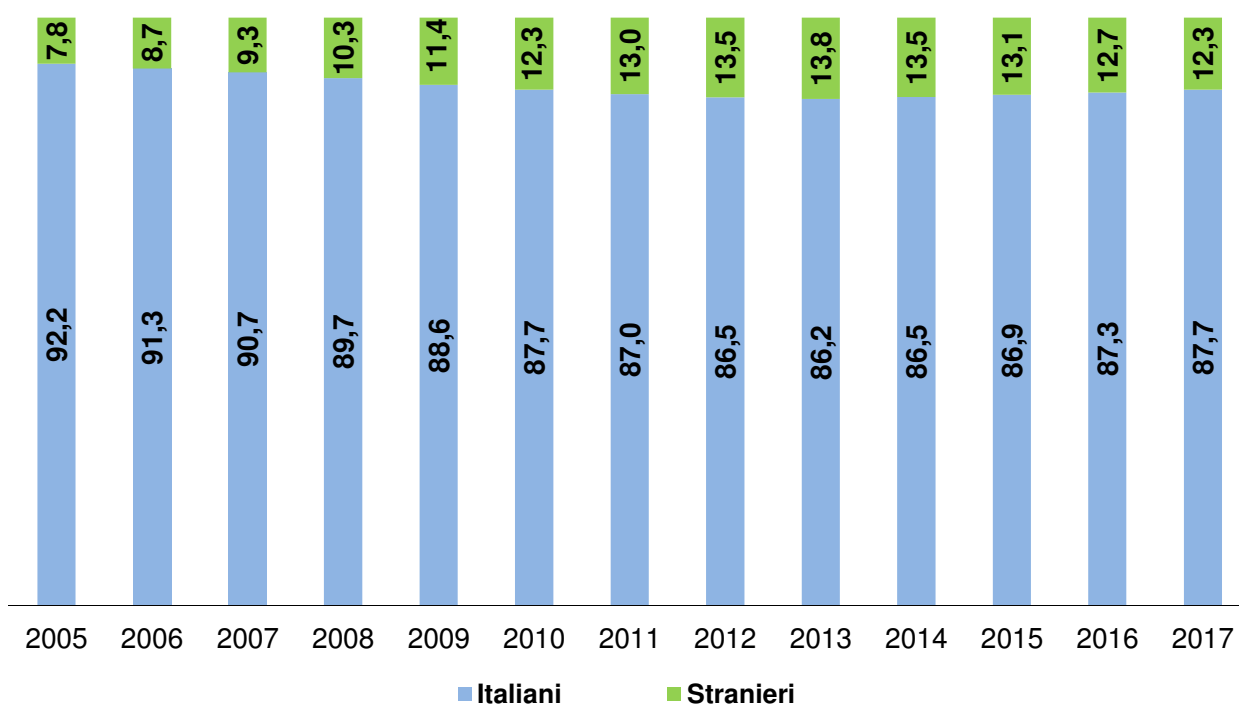
Altro aspetto che rende particolare il territorio è la sua collocazione **al confine tra le due province di Parma e di Reggio Emilia**: pur appartenendo istituzionalmente alla seconda, molti cittadini gravitano nei percorsi di vita quotidiana sul territorio della prima, e si assiste ad una consistente mobilità (soprattutto in entrata) dalla prima per accedere a servizi sanitari del Distretto (Ospedale di Montecchio Emilia).



2. POPOLAZIONE STRANIERA

Nella Provincia di Reggio Emilia, la popolazione straniera è **cresciuta fino al 2013, per poi calare negli 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.



Popolazione straniera in provincia di Reggio Emilia

La componente media dei cittadini stranieri sul distretto è pari al **al 9,5% della popolazione totale**, a fronte di un dato provinciale del 12,3%, regionale del 11,9%, e nazionale dell'8,3% (dati relativi all'anno 2017).

Tale percentuale sale nella fascia 0/18 anni, in cui gli stranieri rappresentano il 15,6% del totale (a livello provinciale 18,3%).

La distribuzione delle comunità straniere sul territorio è variegata, sia per concentrazione, sia per etnie prevalenti. Prevalgono in assoluto i cittadini di origine **marocchina** (1.096), seguiti dalla comunità **albanese** (802), **indiana** (732), **romena** (622) e **ucraina** (520). Va notato come il gruppo romeno-ucraino, riconducibile al prevalente impiego di donne nel ruolo di assistente familiare, nella sua somma (1142), sia superiore a tutti i gruppi etnici.

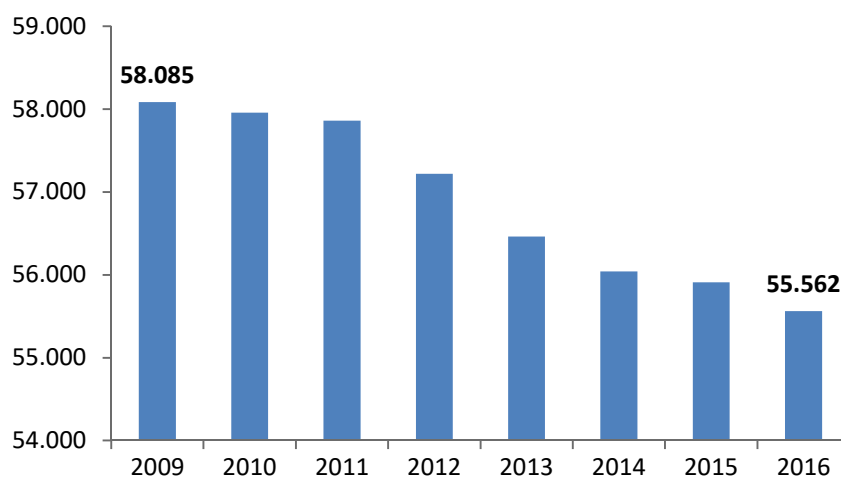
COMUNE	CITTADINI STRANIERI	% SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE	ETNIE PRINCIPALI
SANT'ILARIO	1158	10.3	ALBANIA, MAROCCO, UCRAINA, INDIA
MONTECCHIO	888	8.4	ROMANIA, ALBANIA, MAROCCO, UCRAINA
BIBBIANO	922	9.0	ALBANIA, MAROCCO, ROMANIA
CAVRIAGO	886	9.0	MAROCCO, ALBANIA, ROMANIA
GATTATICO	551	9.5	MAROCCO, INDIA, ALBANIA
SAN POLO	572	9.3	MAROCCO, ALBANIA, ROMANIA
CAMPEGINE	674	12.9	INDIA, MAROCCO, SENEGAL
CANOSSA	309	8.2	MAROCCO

3. IMPRESE E ANDAMENTO DEL MERCATO DEL LAVORO

• LE IMPRESE

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.

Nella Provincia di Reggio Emilia si è assistito ad un calo del numero complessivo di imprese di circa 2.500 unità tra il 2007 e il 2016 (fonte: Camera di Commercio).



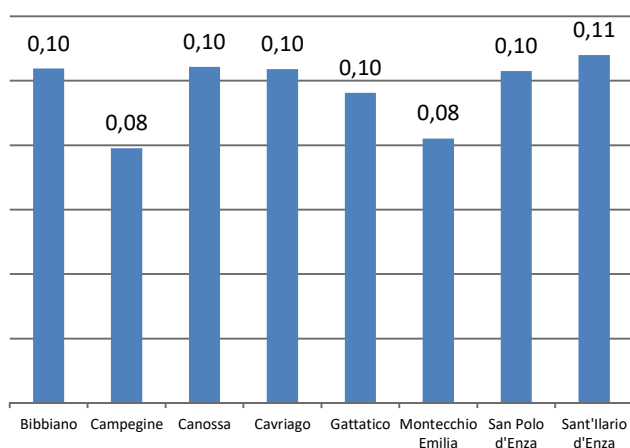
I settori in maggiore flessione sono la manifattura (-12.5%), le costruzioni (-10.3%), l'agricoltura (-17.8%); in crescita la ristorazione (+15.8%). In graduale e costante aumento le imprese straniere.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
STRANIERE	6.669	6.945	7.182	7.411	7.681	7.790
TOTALI	57.861	57.217	56.460	56.041	55.911	55.562
% IMPRESE STRANIERE	11,1%	11,4%	11,4%	12,1%	12,1%	13,1%

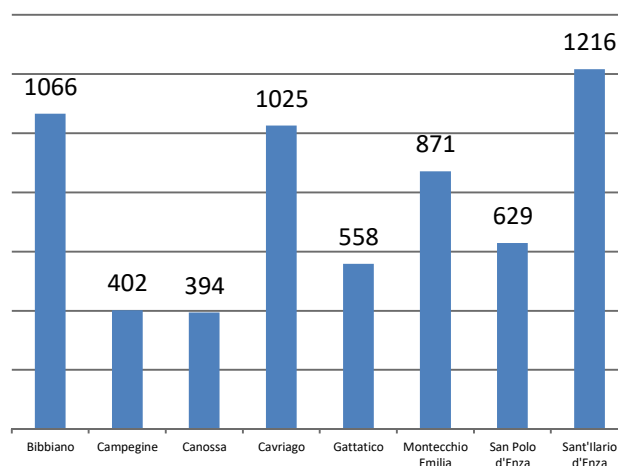
Le imprese sono distribuite sul territorio in modo abbastanza proporzionale al numero di abitanti; ne consegue una concentrazione delle attività nei 4 comuni più popolosi e più centrali rispetto alla Val d'Enza.

Anche in questo caso, in modo simile alla popolazione, **il 68 % delle imprese si concentra nel 37% di superficie.**

imprese/abitante



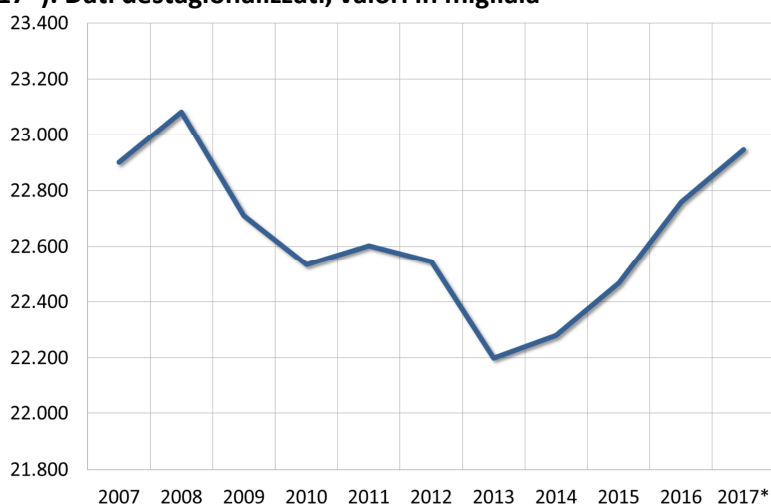
Imprese



• IL LAVORO IN ITALIA

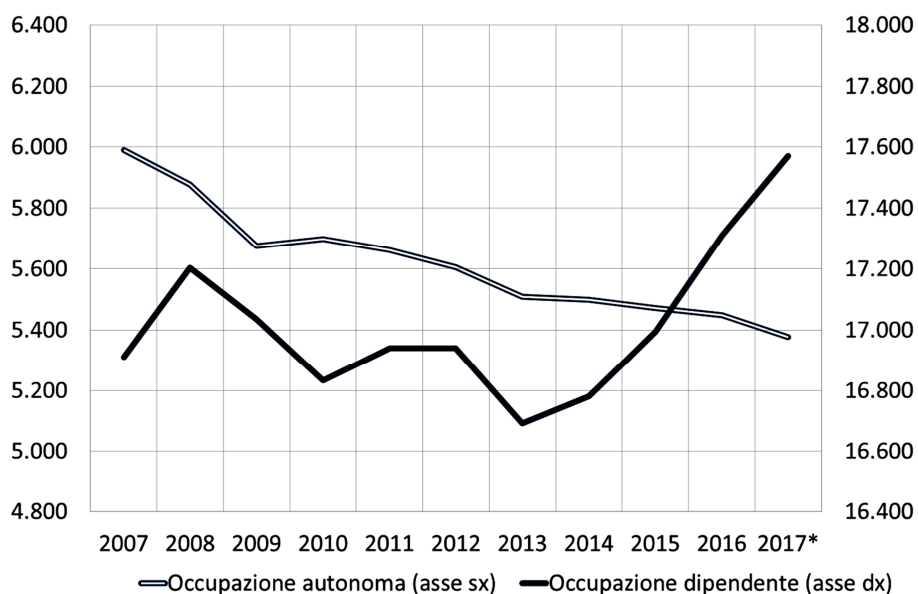
Secondo l'edizione 2017 del "Rapporto sul mercato del lavoro e sulla contrattazione collettiva" del CNEL, costruite con la collaborazione dell'Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP), **dal 2014 l'occupazione ha invertito la tendenza alla diminuzione ed ha ripreso a crescere.** Il numero di occupati ha sostanzialmente raggiunto, nel secondo trimestre 2017, i 23 milioni, un livello di poco inferiore a quello del 2008 e prossimo al massimo storico dal 1992.

Occupati (Anni 2007-2017*). Dati destagionalizzati, valori in migliaia



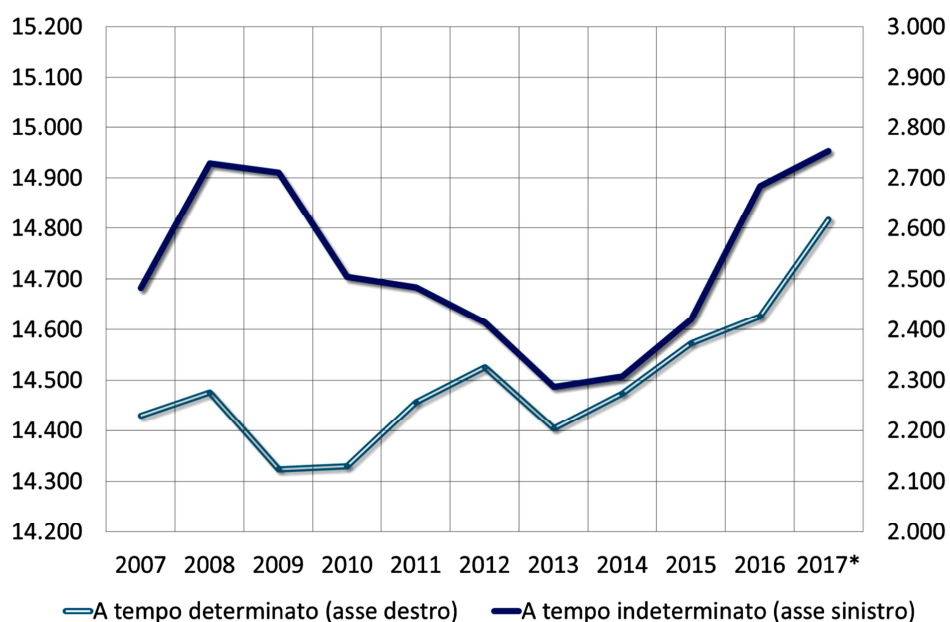
L'aumento dell'occupazione registrata dal 2014 fino al secondo trimestre 2017 è dovuta esclusivamente all'occupazione dipendente, **anche grazie alle misure inerenti gli sgravi contributivi**, il cui incremento ha più che compensato la flessione costante degli occupati autonomi.

Occupati dipendenti e autonomi (Anni 2007-2017*). Dati destagionalizzati, valori in migliaia



La fase di ripresa è stata caratterizzata da un aumento parallelo del lavoro a tempo indeterminato e del lavoro a termine.

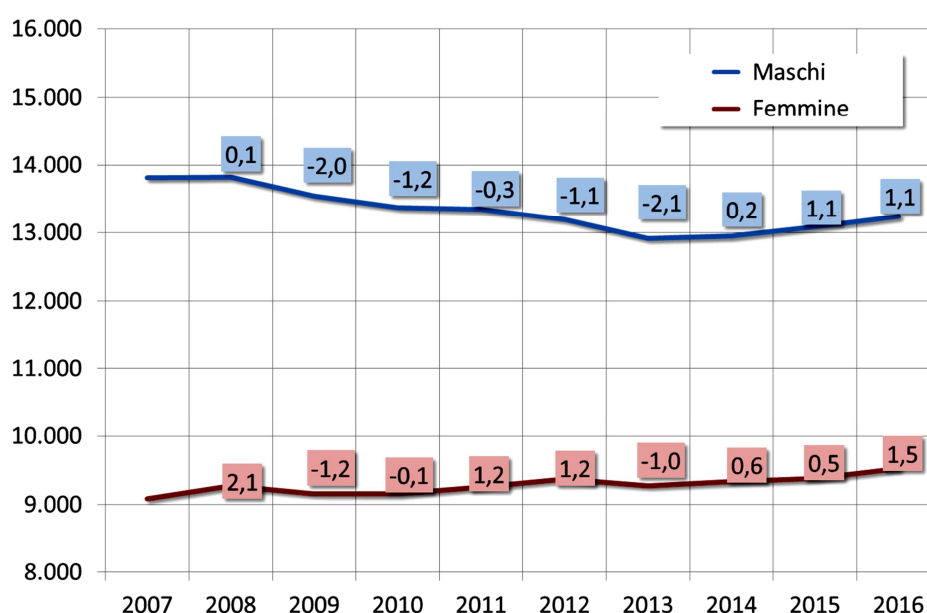
Occupati dipendenti stabili e a termine (Anni 2007-2017*). Dati destagionalizzati, valori in migliaia



L'incremento dei contratti a tempo indeterminato e di conversione di rapporti a termine registrato nel 2015-2016 è dovuto in larga misura alle agevolazioni e alla modifica della disciplina sul licenziamento introdotta con il contratto a tutele crescenti. Venuti meno gli incentivi il flusso di nuovi contratti e di trasformazioni di rapporti a termine ha ripreso il trend precedente al biennio 2015-2016.

Il trend dell'occupazione per genere mostra che **la distanza tra i livelli dell'occupazione femminile e quella maschile resta considerevole**. La ripresa ha portato a far risalire i livelli occupazionali maschili, senza eguagliare ancora quelli pre-crisi, mentre per le donne ha portato a superarli.

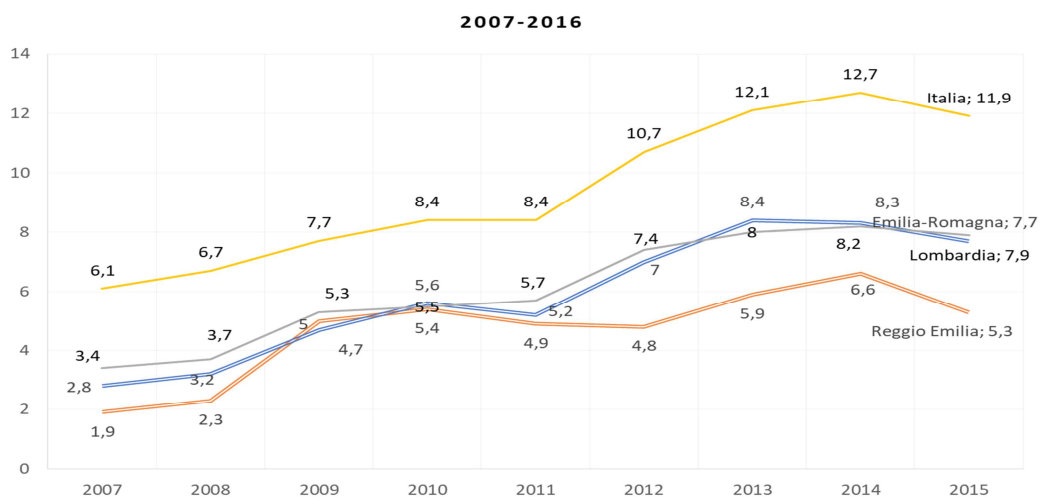
Occupazione per genere 2007 -2016. Dati in migliaia di occupati e tassi di variazione annui



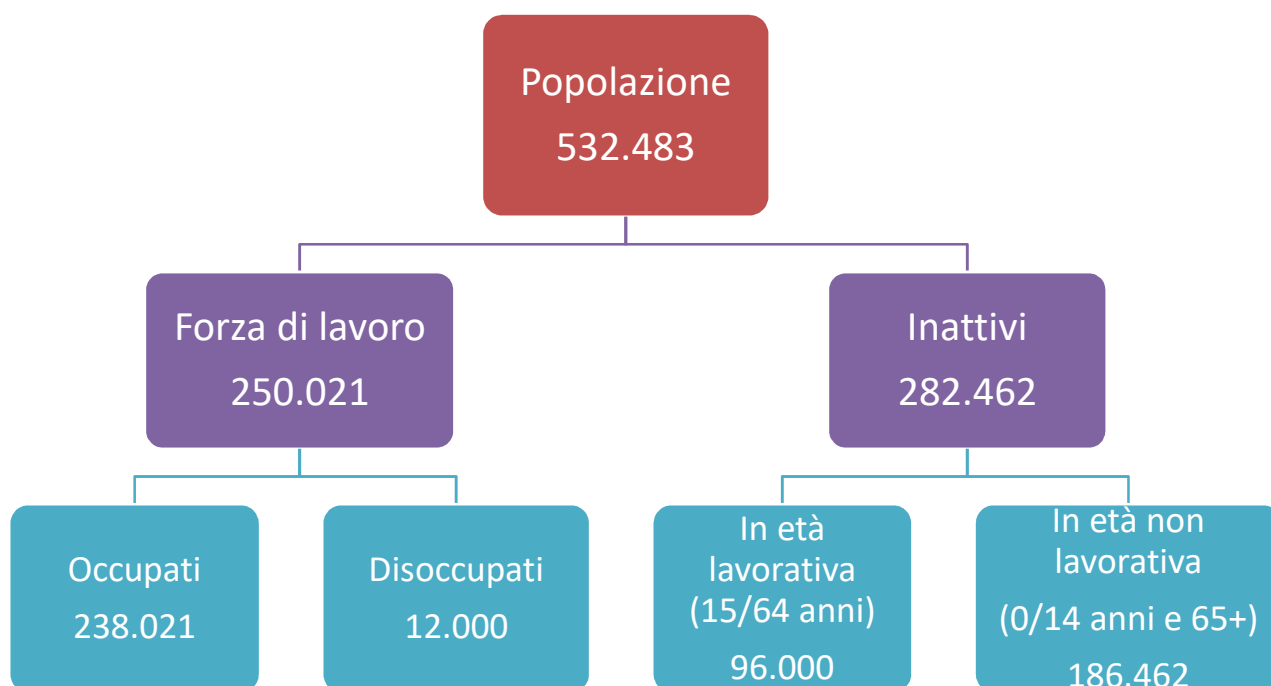
• IL LAVORO IN PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Il *Report sulla coesione sociale elaborato dalla Camera di commercio di Reggio Emilia*, anno 2016, riporta i seguenti dati, utili ad inquadrare ulteriormente le problematiche dell'inserimento lavorativo nel territorio della Provincia di Reggio Emilia.

- **tasso di disoccupazione pari al 5.3%**, al di sotto della media regionale dell'7.7%



- aumento costante degli iscritti alle liste di disoccupazione, con un dato di 40.972 iscritti nel 2016
- consistente **calo degli inattivi**
- per la prima volta diminuiscono le situazioni di vulnerabilità occupazionale (iscrizione alle liste di disoccupazione e in cassa integrazione e forme analoghe), anche se restano una componente molto elevata (12 % della popolazione attiva, 25% della forza lavoro)
- ne esce la seguente composizione:



Struttura del mercato del lavoro 2016

Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Le analisi sopra riportate rappresentano il quadro in cui inserire le politiche distrettuali di sostegno all'inserimento lavorativo delle persone disabili o con svantaggio sociale.

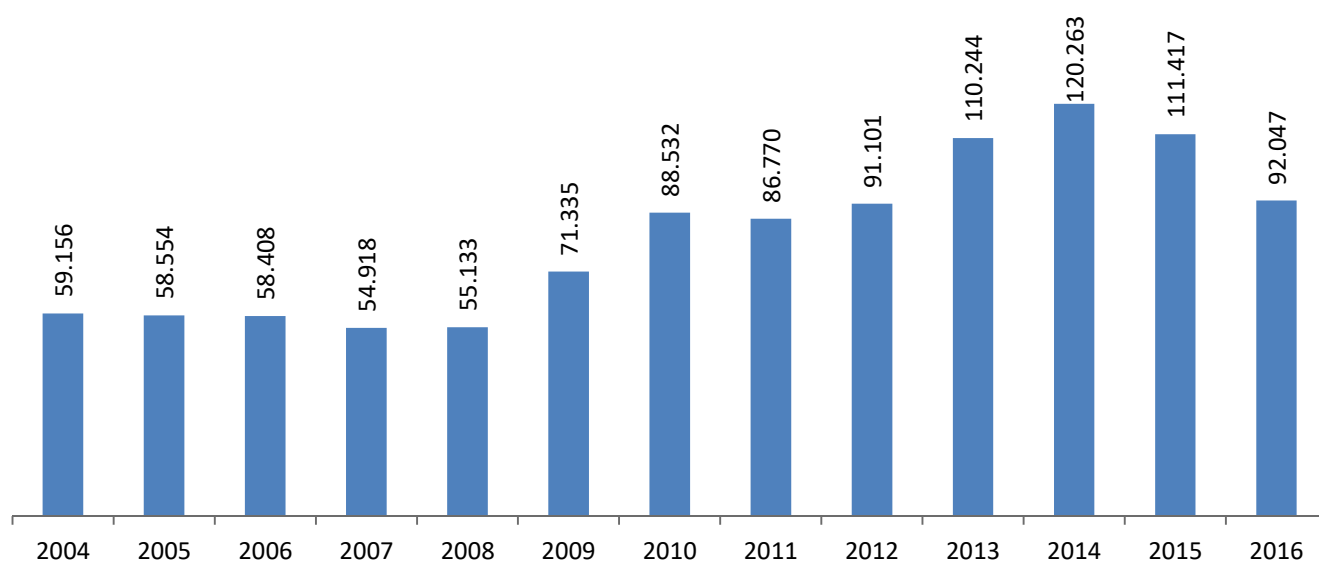
Nonostante la complessiva ripresa dell'economia, il mercato del lavoro continua ad essere **poco inclusivo rispetto alle persone con differenti situazioni di fragilità**. Il ruolo dei Comuni, dell'AUSL e della Regione è quello di sostenere investimenti correttivi alle dinamiche del mercato dell'occupazione e all'espulsività nei confronti delle persone meno competitive.

Allo stesso tempo l'intervento pubblico non deve assumere forme assistenzialistiche, ma mirare alla **responsabilizzazione e piena valorizzazione delle risorse portate dagli individui, dalle loro famiglie e dal contesto di vita**. Tale obiettivo è perseguibile solamente superando definitivamente modalità di intervento settoriale da parte delle istituzioni coinvolte e attivando in modo sostanziale l'integrazione a tutti i livelli.

Ai sensi della Legge regionale 30 luglio 2015, n. 14 "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", è stato adottato a livello distrettuale apposito Piano integrato territoriale per il triennio 2018/2020, che qui si intende interamente richiamato e ricompreso.

- **I NEET**

Il termine Neet (Not in Education, Employment or Training) individua la 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, e la regione Emilia Romagna, pur avendo registrato nel 2016 una percentuale di NEET (16%) inferiore alla media nazionale (26%) dimostra un andamento molto significativo di cui tenere conto nella programmazione di interventi non solo nell'ambito delle politiche del lavoro, ma anche nell'ambito delle politiche scolastiche formative, sociali e sanitarie, e con azioni specificatamente rivolte ai giovani. Queste azioni sono tanto più necessarie quanto più si evidenzia **un aumento consistente dei NEET nel periodo successivo all'inizio della crisi economica**.



Neet in Emilia Romagna

4. RISORSE DEL TERRITORIO

L'elencazione di seguito riportata non è da considerarsi esaustiva, indicando solamente le principali attività connesse alla programmazione sociale e socio sanitaria, di offerta pubblica o comunque coordinata con l'ambito pubblico.

Come si evince dalle successive sezioni del Piano di Zona, ed in particolare nella sezione dedicata alla povertà, la rete dei servizi è ben più ampia e ricomprende tutte **le iniziative e le organizzazioni del privato sociale e del privato**, che non è possibile riepilogare in modo esaustivo in questa sede.

• SERVIZI SANITARI

Il Distretto è il luogo della garanzia dell'accesso dei cittadini, dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi sanitari territoriali ed ospedalieri. Supporta la programmazione dei servizi necessari a soddisfare la domanda sanitaria e sociosanitaria della popolazione del territorio di riferimento, monitora l'accessibilità e verifica l'attività quantitativa e qualitativa dei vari produttori. I distretti sono il punto di incontro e di sviluppo delle relazioni e delle collaborazioni tra Azienda Usl, Comuni, terzo settore, volontariato, famiglie e pazienti. Attraverso azioni promosse con gli Enti Locali e le organizzazioni di impegno civico e perseguendo l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, il distretto rappresenta il luogo ottimale di realizzazione:

- di attività di promozione della salute,
- di servizi e prestazioni di assistenza primaria,
- di attività di prevenzione delle malattie e delle disabilità,
- di costruzione di reti integrate e multidisciplinari per la presa in carico, l'assistenza, la continuità delle cure di tutte le condizioni di cronicità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza,
- di promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari

Nella provincia di Reggio Emilia vi sono 6 distretti. Il **Distretto di Montecchio Emilia**, comprende i Comuni di Bibbiano, Campegine, Canossa, Cavriago, Gattatico, Montecchio, San Polo e Sant'Ilario d'Enza.

I Dipartimenti sono la struttura organizzativa fondamentale per garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza. I dipartimenti possono interessare servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali, servizi amministrativi e/o tecnici e possono essere aziendali o interaziendali. **I Dipartimenti territoriali**, in particolare, aggregano servizi omogenei per tipologia di utenza o per affinità di metodologie operative, che assicurano livelli qualitativi uniformi delle prestazioni sull'intera area provinciale. Essi sono:

- il Dipartimento di **Sanità Pubblica** che si occupa dell'assistenza sanitaria collettiva, con lo scopo di promuovere e migliorare la salute, il benessere dei cittadini e la qualità della vita, di prevenire gli infortuni e le malattie connesse ai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, di garantire la sicurezza alimentare, la sanità ed il benessere animale. È articolato nei Servizi: Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, Medicina dello Sport, Igiene Alimenti e Nutrizione,

Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, Sanita Pubblica Veterinaria, Sicurezza Impiantistica Antinfortunistica;

- il Dipartimento di **Salute Mentale e Dipendenze Patologiche** che comprende i servizi psichiatrici per adulti (Centri di Salute Mentale, Centri Diurni e Day Hospital, Strutture residenziali, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Servizio di Salute Mentale in Carcere), servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, i servizi per le dipendenze patologiche (ambulatori Ser-DP, ambulatorio Bassa Soglia, Centro Diurno, Ser-DP in Carcere), il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare, il Centro Autismo (sia di 2° livello che di 3° livello), l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) fino alla sua chiusura il 31/03/2015 e in seguito le sezioni per la tutela della salute mentale in carcere;
- il **Dipartimento Farmaceutico**, che garantisce l'attività di controllo e vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico e garantisce la fornitura diretta dei farmaci nel rispetto delle norme della L.405/2001. si occupa della gestione dei beni farmaceutici in ambito ospedaliero e territoriale. Si occupa inoltre di assistenza integrativa e protesica in collaborazione con altri servizi aziendali e della gestione dei service della ossigeno e ventilo terapia domiciliari e della nutrizione artificiale domiciliare;
- il Dipartimento **Cure Primarie** che ha il compito di rispondere in modo integrato ai bisogni primari di salute della popolazione. I Nuclei di cure primarie sono le unità organizzative di base, al cui interno operano in équipe i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri e le ostetriche.

Di seguito alcuni presidi e articolazioni di servizi sanitari nel distretto di Montecchio Emilia.

servizi sanitari	consultori salute donna	poliambulatori	nuclei cure primarie	centro salute mentale	strutture semiresidenziali psichiatriche	servizio per le tossicodipendenze	farmacie convenzionate
CANOSSA							2
SAN POLO	1		1		1		2
BIBBIANO							2
MONTECCHIO	1	1	1	1		1	2
CAVRIAGO	1						2
SANT'ILARIO	1	1	1				3
CAMPEGINE							1
GATTATICO							2

Nel Distretto 16 farmacie e 1 parafarmacia offrono il servizio **Farmacup**.

In questo distretto è presente **l'Ospedale Ercole Franchini** che, assieme all'Ospedale di Scandiano e a quello di Castelnovo Monti, costituisce l'area sud-montana del presidio ospedaliero dell'Azienda Usl di Reggio Emilia. L'Ospedale di Montecchio si è caratterizzato negli anni per l'attività a valenza aziendale del Centro del Pavimento Pelvico in cui sono impegnate le unità operative di chirurgia e di ginecologia nel trattamento di patologie complesse di tipo uro ginecologico e colon proctologico. Questa attività attrae cittadini residenti anche in altre province italiane, costituendo quindi motivo di mobilità attiva extra provinciale ed extraregionale di notevole importanza per l'Ospedale di Montecchio. L'Ospedale di Montecchio garantisce le funzioni di base, sia chirurgiche che internistiche, oltreché per la popolazione residente nel distretto anche per i cittadini del territorio di confine della provincia di Parma.

• **SERVIZI SOCIALI**

Il Servizio Sociale ha lo scopo di **promuovere il benessere della comunità** attraverso azioni di prevenzione e di promozione e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione. Garantisce l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali, valutazione, ricerca, counseling, progettazione e accompagnamento a persone singole, famiglie, gruppi e comunità.

ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE, ORIENTAMENTO E' svolta attraverso gli sportelli sociali, presenti in ogni territorio quale punto di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari, con modalità di ascolto attivo e consulenziali, con finalità di:

- supporto alla costruzione e lettura del problema,
- visualizzazione risorse presenti nella situazione e nel contesto di vita
- informazione e orientamento su opportunità e servizi presenti nella rete formale ed informale
- attivazione diretta di benefici previsti dalle norme
- informazione su modalità e significato della presa in carico

CONTRASTO ALLA POVERTÀ ED INCLUSIONE SOCIALE Considerato che la povertà è un fenomeno multidimensionale, che combina fattori soggettivi, culturali, relazionali ed economici, e richiede approcci responsabilizzanti verso le persone e le comunità locali, gli interventi prevedono:

- **risposte tutelanti e contenitive per le situazioni di fragilità ed i casi di cronicità** che non hanno possibilità evolutive, ma di cui occorre farsi carico per garantire diritti minimi: allestimento di reti di protezione, interventi di tipo economico, abitativo e di bassa soglia
- sostegno alle **risorse personali e investimento sulle reti sociali**, per tutte le altre problematiche che si manifestano, comprese quelle ad oggi solo parzialmente conosciute: interventi di tipo educativo, di sostegno all'inserimento lavorativo, di potenziamento relazionale, di costruzione di contesti di reciproco aiuto.

All'interno di criteri uniformi di azione, sono previste progettazioni differenti in base ai territori di riferimento e alle risorse formali ed informali in essi presenti.

INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA Rientrano in questo ambito le azioni di promozione del benessere e di tutela dei minorenni e di sostegno alla genitorialità. Alle seguenti funzioni minime previste dalla norma, si affiancano le innovazioni e progettazioni previste dalla programmazione:

- tutela della gravidanza e della maternità;
- assistenza sociale alla famiglia e assistenza domiciliare;
- protezione dei bambini e adolescenti in stato di abbandono e / o deprivazione e tutela della loro crescita;
- prevenzione e presa in carico del disagio adolescenziale e giovanile;
- emergenza assistenziale per minori, donne con figli in grave difficoltà;
- progettazione, consulenza e sostegno per problematiche di coppia,
- Svolgimento dei ruoli genitoriali e affidamento dei figli contesi;
- interventi economici temporanei in situazioni d'emergenza;
- inserimento in strutture residenziali socio-assistenziali;
- inserimenti in centri socio-riabilitativi diurni per disabili minori;
- affido;
- adozioni;
- gestione dei provvedimenti limitativi o di decadimento della potestà genitoriale;
- prevenzione cura e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi e maltrattamenti;
- prevenzione disagio di bambini e adolescenti in situazioni ambientali sfavorevoli, inserimento in attività di tempo libero, sportive, ricreative, di socializzazione, di vacanze organizzate dai Comuni, Parrocchie o altre agenzie del territorio;
- integrazione con il Coordinamento Politiche educative su interventi di prevenzione
- collaborazione con i servizi educativi sulle situazioni in carico

GIOVANI Rientrano in questo ambito:

- interventi di prevenzione primaria, da integrarsi con le politiche di promozione del benessere, di prevenzione del disagio, di tutela e con le politiche educative, culturali, sportive, all'interno di una programmazione condivisa volta a superare il rischio di frammentazione degli interventi;
- coordinamento con i Servizi Sanitari per l'individuazione precoce di situazioni problematiche e/o di disagio a rischio di dipendenza, sviluppare e consolidare interventi socio-sanitari di promozione della salute, forme di facilitazione all'accesso e all'accompagnamento, per i giovani a rischio, verso i servizi specialistici;
- coordinamento con il Terzo Settore, e programmazione congiunta di obiettivi e risorse;
- coordinamento con i servizi che si occupano di attività promozionali e di partecipazione e che operano in ambiti di interesse dei giovani, musica ed altre forme espressive artistiche e culturali, pratica sportiva.

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

- interventi socio-educativi e di valorizzazione delle risorse personali e relazionali;
- facilitazione all'inserimento sociale e all'inserimento o reinserimento lavorativo;
- facilitazione alla costituzione di gruppi di aiuto e auto aiuto;
- interventi socio-assistenziali, di riduzione del danno e di "bassa soglia";
- Sostegno alla domiciliarità per persone a rischio di istituzionalizzazione;
- facilitazione al reperimento di alloggio e supporto alla gestione dell'abitazione.

NON AUTOSUFFICIENZA In questo ambito si investono consistenti risorse professionali e ed economiche, ed occorre un puntuale monitoraggio della domanda attuale e potenziale e la progettazione di risposte innovative caratterizzate da flessibilità, autopromozione, territorialità.

Le attività di supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie si svolgono:

- in stretta integrazione con la rete dei servizi sanitari e socio sanitari, in particolare rispetto alla presa in carico delle situazioni di maggiore gravità
- in collaborazione con le risorse del privato sociale, dell'associazionismo e con le reti anche informali, in particolare nell'ambito della promozione del benessere e del mantenimento e potenziamento delle autonomie.

Sono previsti:

- consulenza, sostegno ed accompagnamento alla persona e alla sua famiglia
- Valutazione multidimensionale secondo gli strumenti previsti dalle norme
- presa in carico, secondo equità, continuità assistenziale e di cura, promozione dell'autonomia
- connessioni con la rete dei servizi sanitari (medici, ospedali, servizio infermieristico, centrale unica cure territoriali)
- inserimento nella rete dei servizi socio sanitari
- monitoraggio dei percorsi;
- Promozione dell'adeguamento e della riqualificazione della rete dei servizi in relazione alle nuove esigenze e bisogni,

ATTIVITÀ DI TIPO SPECIFICO: DISABILI

- integrazione sociale con il volontariato ed il privato sociale, compreso il servizio di aiuto personale;
- percorsi di formazione professionale e inserimento lavorativo;
- inserimenti sociali in attività produttive o cooperative;
- progettazione e accompagnamento a progetti di vita autonoma, tramite appartamenti protetti e altre forme di coabitazione;
- Progettazione e sostegno a gruppi di mutuo aiuto e di autopromozione delle famiglie, anche finalizzati a favorire la costituzione di organizzazioni e servizi autonomi con funzioni di protezione e tutela;
- interventi finalizzati all'autonomia e alla permanenza al domicilio.

ATTIVITÀ DI TIPO SPECIFICO: ANZIANI

- monitoraggio e accompagnamento ai servizi della rete;
- gruppi di aiuto e mutuo aiuto per familiari dediti alla cura, in particolare su patologie emergenti (disturbi cognitivi);
- assistenza alle persone in situazione di fragilità nei passaggi ospedale/territorio e in tutte le situazioni che prevedono modifiche del setting assistenziale;
- Studio e supporto all'avvio di forme innovative e intermedie di servizi rivolti a forme di non autosufficienza più leggere;
- sostegno della domiciliarità, anche tramite percorsi di sollievo e progetti innovativi di sostegno alle famiglie;
- informazione e formazione per cittadini ed operatori.

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

INSERIMENTO SOCIALE DEI CITTADINI STRANIERI Si articolano le seguenti attività:

- analisi delle situazioni problematiche, programmazione e gestione di attività di inclusione, attivazione delle comunità locali, costruzione di reti relazionali e di supporto;
- mediazione linguistico-culturale e interculturale in ambito socio-educativo, sia presso gli sportelli sociali comunali - per l'accesso a diritti, doveri ed opportunità e informazione di base, orientamento, consulenza ed accompagnamento ai servizi- sia presso gli Istituti Scolastici
- Formazione degli operatori dei servizi comunali e scolastici sulle problematiche emergenti nei rapporti con l'utenza migrante.

CENTRO PER LE FAMIGLIE Il servizio svolge le seguenti funzioni:

- accesso a tutte le principali informazioni utili alle famiglie con bambini per la propria organizzazione;
- collegamento tra servizi pubblici e privati per una progettazione a rete di servizi e opportunità in campo educativo, sociale, del tempo libero;
- valorizzazione responsabilità educative dei singoli e delle coppie;
- sostegno alle competenze genitoriali nella crescita dei figli;
- interventi di mediazione familiare, per aiutare le coppie separate o in via di separazione a trovare accordi condivisi nell'interesse dei figli;
- raccordo fra risorse pubbliche, private solidaristiche e di mutuo aiuto;
- interventi volti a stimolare la volontà e la capacità dei cittadini e delle famiglie di far fronte in modo partecipato alle difficoltà, con particolare attenzione alle giovani coppie, ai genitori temporaneamente in difficoltà e alle famiglie immigrate.

Si rimanda al successivo capitolo 2.2 per l'organizzazione del Servizio sul territorio.

• **SERVIZI SOCIO SANITARI**

Sono quelli rivolti alle persone non autosufficienti (anziani e disabili).

✓ **CONTRATTUALIZZATI**

Ai sensi della normativa regionale in materia di accreditamento dei servizi socio sanitari, sono stati totalmente o parzialmente accreditati dall'Ufficio di Piano i seguenti servizi, presso i quali vengono contrattualizzate, in base alla programmazione annuale, le quantità di offerta ritenute necessarie e sostenibili rispetto agli stanziamenti dei Fondi nazionali e regionali per la non autosufficienza.

Casa residenza per anziani	posti contrattualizzati		Gestore
Sartori	86		ASP
Cavriago	30		ASP*
San Giuseppe	10		fondazione Casa Della Carità
Villa Diamante	60		ASP
totale	186		
Centro Diurno anziani	Posti	di cui	Gestore

	offerti	contrattualizzati	
Montecchio	25	16	ASP
Cavriago	25	13	ASP*
Sartori	25	12	ASP
Sant'Ilario	25	13	ASP
Villa Diamante	25	10	ASP
Bibbiano	50	16	Coopselios
totale	175	80	
Centri socio riabilitativi	Posti offerti	di cui contrattualizzati	Gestore
Residenziale Quadrifoglio	15	8	Coop Coress
Semiresidenziale Quadrifoglio	16	12	Coop Coress
Semiresidenziale B.V. Pontenovo	15	9	Coop Pilastro
Semiresidenziale Le Samare	24	14	Consorzio Quarantacinque
totale	70	43	
Assistenza domiciliare	ore contrattualizzate		Gestore
Bibbiano	5.500		Coopselios
Canossa	3.200		Coopselios
Montecchio	6.600		ASP
Cavriago	7.000		ASP*
Sant'Ilario	6.300		ASP
San Polo	3.200		ASP
Campegine	4.200		ASP
Gattatico	4.200		ASP
totale	40.200		
* dal 1.1.2019			

Vengono inoltre contrattualizzati posti presso strutture fuori distretto, in base a specifiche esigenze personali, per inserimenti residenziali di persone disabili, inserimenti temporanei di persone anziane presso nuclei speciali demenze, inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita.

Ai posti ed ai servizi contrattualizzati si accede attraverso apposita valutazione del Servizio sociale professionale.

✓ AUTORIZZATI AL FUNZIONAMENTO

Alcuni servizi non accreditati ma autorizzati al funzionamento - o non soggetti ad autorizzazione in quanto tipologie a livello assistenziale molto basso - sono gestiti dall'ASP Sartori, con risorse dei Comuni della Val d'Enza:

- mini appartamenti protetti per anziani (San Polo e Cavriago)
- comunità alloggio (Montecchio Emilia)
- residenza protetta (Sant'Ilario d'Enza)

A questi servizi si accede tramite il Servizio sociale professionale.

Sono infine presenti le seguenti strutture per anziani, gestite da soggetti privati con differenti tipologie di autorizzazione al funzionamento e di intensità assistenziale, che completano l'offerta del territorio:

- Casa della Carità S. Giuseppe, Montecchio Emilia (87 posti, di cui 10 contrattualizzati come sopra indicato)
- Casa Famiglia Carlo e Lucia Cocconi, Campegine (40 posti)
- Casa di Accoglienza e Centro diurno Don Pasquino Borghi, Bibbiano (24 posti)
- Villa Ilva, Cavriago (54 posti)
- Casa di Accoglienza B.V di Pontenovo, San Polo d'Enza (47 posti)

A tali strutture le famiglie accedono direttamente. Tutte le strutture autorizzate al funzionamento – oltre ad essere sottoposte a periodica vigilanza - collaborano con gli Enti pubblici (Unione e Azienda AUSL) partecipando a percorsi di formazione del personale, con l'adozione di procedure aggiornate e coordinate, e infine tramite progetti di qualificazione complessiva.

• SERVIZI SCOLASTICI

Si riportano di seguito i servizi presenti nel distretto

COMUNE	SERVIZI EDUCATIVI 0-6	ISTITUZIONI SCOLASTICHE 6-18
BIBBIANO	Scuola dell'Infanzia Allende comunale	Istituto Comprensivo Bibbiano – Montecchio
	Nido in concessione	Istituto Maria Ausiliatrice Scuole primarie e secondarie di primo grado
	Scuola Materna Fism Maria Ausiliatrice	
	Scuola Materna Fism S. Domenico Savio (Barco)	
	Educatrice domiciliare Baby-band privato convenzionato	
MONTECCHIO	Scuola materna Statale A. Giuffredi	Istituto Comprensivo Bibbiano – Montecchio
	Scuola Infanzia comunale Don Borghi	

	Nido d'Infanzia comunale Don Borghi	
	Centro per bambini e genitori	
	Servizio sperimentale 0/6 (Aiola)	Scuola Primaria Istituto Santa Dorotea
	Scuola Materna Fism Santa Dorotea	
	Scuola Materna Fism San Domenico Savio (Aiola)	Istituto Superiore "Silvio d'Arzo"
CAVRIAGO	Scuola Infanzia Tigli comunale	Istituto Comprensivo Don G. Dossetti
	Scuola Infanzia Betulle comunale	
	Nido Betulle comunale	
	Spazio per Bambini e Genitori	
S. ILARIO D'ENZA	Nido Girotondo comunale	Istituto Comprensivo S. Ilario d'Enza
	Scuola Infanzia Fiastrì comunale	Liceo Scientifico Paritario San Gregorio
	Scuola Infanzia Rodari comunale	Istituto Superiore IPSIA D'Arzo, sede coordinata S. Ilario
	Scuola materna Fism S. Giuseppe	
	Scuola materna Fism S. Vincenzo (Calerno)	
CAMPEGINE	Scuola dell'Infanzia comunale	Istituto Comprensivo Campegine-Gattatico
	Nido d'Infanzia Aquilone comunale	
	Scuola Materna Fism	
GATTATICO	Nido d'Infanzia convenzionato Girasole	Istituto Comprensivo Campegine-Gattatico
	Scuola dell'Infanzia Girasole	
	Scuola Materna Fism S. Giuseppe (Taneto)	
	Sezione Primavera S. Giuseppe (Taneto)	
SAN POLO	Nido Mamma mara	Istituto Comprensivo S. Polo -

	Scuola Materna Fism	Canossa
	Educatore domiciliare Anacleto privato convenzionato	
CANOSSA	Sezione Primavera S. Giuseppe	Istituto Comprensivo S. Polo - Canossa
	Scuola Materna S. Giuseppe	
	Micronido il Salice	

Sono erogati dagli uffici scuola comunali tutti gli interventi per il diritto allo studio (mensa, trasporto, buoni libro) e per la qualificazione scolastica (finanziamenti a sostegno di scuole statali e private).

- **BIBLIOTECHE**

E' presente una biblioteca in tutti i territori, anche quelli con minore popolazione, garantendo un presidio locale con funzione di luogo di incontro e scambio culturale, con una apertura al pubblico costante e significativa in tutti i Comuni.

BIBLIOTECA COMUNALE DI BIBBIANO

Piazza Damiano Chiesa, 1
 Tel. 0522.253230 - 253231
 biblioteca@comune.bibbiano.re.it
 facebook

BIBLIOTECA COMUNALE DI CAMPEGINE

Via G. Amendola, 51
 Tel. 0522.677906 - Fax 0522.677908
 biblioteca@comune.campegine.re.it
 facebook

BIBLIOTECA COMUNALE DI CANOSSA

Piazza Matilde di Canossa, 2
 Tel. 0522.248423 - 0522.248404 - Fax 0522.248450
 biblio@comune.canossa.re.it

MULTIPLIO - CENTRO CULTURA CAVRIAGO

Via della Repubblica, 23
 Tel. 0522 373466 - Fax 0522 575770
 multiplo@comune.cavriago.re.it
 facebook

BIBLIOTECA COMUNALE DI GATTATICO

Via Cicalini, 14
 Tel. 0522.678657 - Fax 0522.678794

biblioteca@comune.gattatico.re.it

BIBLIOTECA COMUNALE DI MONTECCHIO

Via A. d'Este, 5

Tel. 0522.861864 - Fax 0522.863066

biblioteca@comune.montecchio-emilia.re.it

facebook

BIBLIOTECA COMUNALE DI SAN POLO D'ENZA 'MEUCCIO RUINI'

Piazza IV Novembre, 1

Tel. 0522.241729 - Fax 0522.874867

biblioteca@comune.sanpolodenza.re.it

BIBLIOTECA COMUNALE DI SANT'ILARIO

Piazza Repubblica, 11/E

Tel. 0522.672154 - Fax 0522.472426

biblioteca@comune.santilariodenza.re.it

facebook

Vi si svolgono attività di promozione alla lettura per studenti delle scuole e per adulti, promozione di eventi ed attività culturali e di socializzazione. Sono inoltre fornite postazioni informatiche per consentire un accesso facilitato a cittadini privi di strumenti di connessione telematica.

Il Centro Culturale Multiplo di Cavriago rappresenta un punto di riferimento per tutti i cittadini della val d'Enza.

Le biblioteche vengono inserite in questo Piano in quanto luoghi significativi per la promozione di attività inclusive, in connessione con i Servizi sociali.

• CENTRO PER L'IMPIEGO

Dall'1 Agosto 2016 i Centri per l'Impiego e il Collocamento Mirato delle persone con disabilità L.68/99 sono confluiti nell'Agenda Regionale per il Lavoro.

Nel Distretto di Montecchio Emilia è attivo il Centro per l'Impiego, con sede in Piazzale Cavour, 28, e con i seguenti orari di apertura al pubblico:

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì	9:00 - 13:00	
Martedì	9:00 - 13:00	
Mercoledì	C H I U S O	
Giovedì	9:00 - 13:00	
Venerdì	9:00 - 13:00	

ASSETTO ISTITUZIONALE DEI COMUNI DELLA VAL D'ENZA

5. L'UNIONE DEI COMUNI, IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO, E LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI RIORDINO TERRITORIALE

Ai sensi della LR 21/2102, i Comuni appartenenti al Distretto hanno individuato come ambito territoriale ottimale ed omogeneo per lo svolgimento in forma associata delle funzioni il territorio dei Comuni di Bibbiano, Campegine, Canossa, Cavriago, Gattatico, Montecchio Emilia, San Polo d'Enza, Sant'Ilario d'Enza.

Tale **Ambito territoriale ottimale coincide con il Distretto socio sanitario.**

Dal 2014 tutti i comuni appartenenti all'ambito aderiscono all'Unione Comuni Val D'Enza, che gestisce in forma associata per tutti i Comuni aderenti le seguenti funzioni:

- polizia municipale
- protezione civile
- ufficio di piano
- servizio sociale integrato
- coordinamento politiche educative
- servizio informatico associato
- ufficio appalti e centrale unica di committenza
- ufficio associato per la riscossione coattiva
- ufficio associato per il controllo di gestione
- ufficio personale

Sono in corso studi di fattibilità per la gestione associata di nuove funzioni (pianificazione territoriale, sismica, tributi).

Ai fini di un efficace presidio politico delle funzioni trasferite all'Unione, vige all'interno della Giunta dell'Unione, composta dai Sindaci degli 8 Comuni aderenti, un sistema di deleghe in base al quale ogni funzione ha un sindaco/assessore di riferimento.

Ai sensi dell'Art. 29, comma 3, dello Statuto, **la Giunta dell'Unione** – ampliata con la presenza del Direttore di Distretto - **coincide con il Comitato di Distretto.**

Il vigente ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA DISTRETTUALE DI RIORDINO DELLE FORME PUBBLICHE DI GESTIONE AI SENSI DELL'ART 8 DELLA LR 12.2013 "DISPOSIZIONI ORDINAMENTALI E DI RIORDINO DELLE FORME PUBBLICHE DI GESTIONE NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI. MISURE DI SVILUPPO E NORME DI INTERPRETAZIONE AUTENTICA IN MATERIA DI AZIENDE PUBBLICHE DI SERVIZI ALLA PERSONA, adottato nel 2014 ed aggiornato nel 2016, ha individuato nell'Unione e nell'ASP i **contenitori dei Servizi sociali e socio sanitari**, in un sistema dinamico che vede in capo all'Unione la programmazione e la committenza, in ambito di ASP

la gestione dei servizi socio sanitari pubblici, e il Servizio sociale professionale in un divenire tra Unione ed ASP, a seguito di sperimentazioni di integrazione.

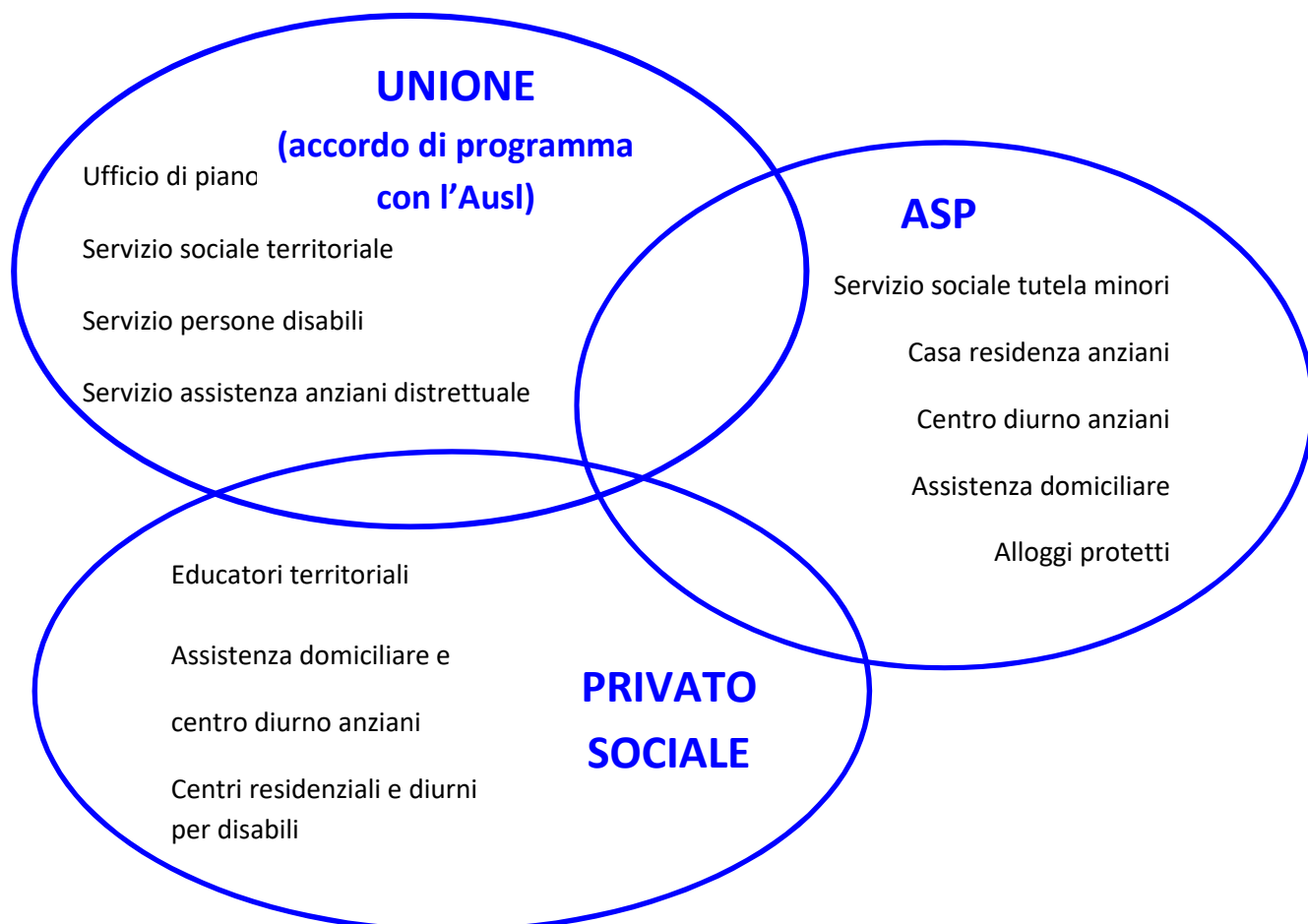
La situazione attuale può essere riassunta nel grafico sottostante, che evidenzia un'intersezione importante tra i diversi livelli di programmazione, accesso, presa in carico e gestione.

La **funzione programmatoria** resta in capo all'Unione dei Comuni, sede dell'Ufficio di Piano in raccordo con l'Ausl.

La **funzione di accesso, presa in carico e progettazione** tipica del Servizio sociale è prevalentemente nella stessa Unione, ma si stanno sperimentando collaborazioni con ASP per la maggiore flessibilità organizzativa di questo contenitore pubblico a fronte dell'esigenza per i Servizi sociali di risposte veloci e non burocratiche alle esigenze di presa in carico.

La sperimentazione cerca di preservare con appositi dispositivi organizzativi la separazione tra la funzione di accesso – che riguarda tutta la rete dei servizi, pubblici e privati, anche con funzione di controllo - e quella **gestionale**, anche in previsione di un ampliamento della gestione dell'accesso tramite ASP. In sostanza l'utilizzo di ASP anche per la gestione dei servizi sociali non dovrà in futuro appiattire la funzione strategica dei primi nel garantire una visione d'insieme dell'offerta pubblico/privato e nel supportare e portare avanti progettualità sempre meno connesse alla mera offerta pubblica di servizi – per i quali le risorse restano invariate a fronte di un aumento della domanda - e sempre più orientata alla costruzione di legami sociali e di risorse dentro le comunità locali, valorizzando in parallelo altre forme di offerta.

L'attuale situazione può essere riassunta secondo il seguente schema.

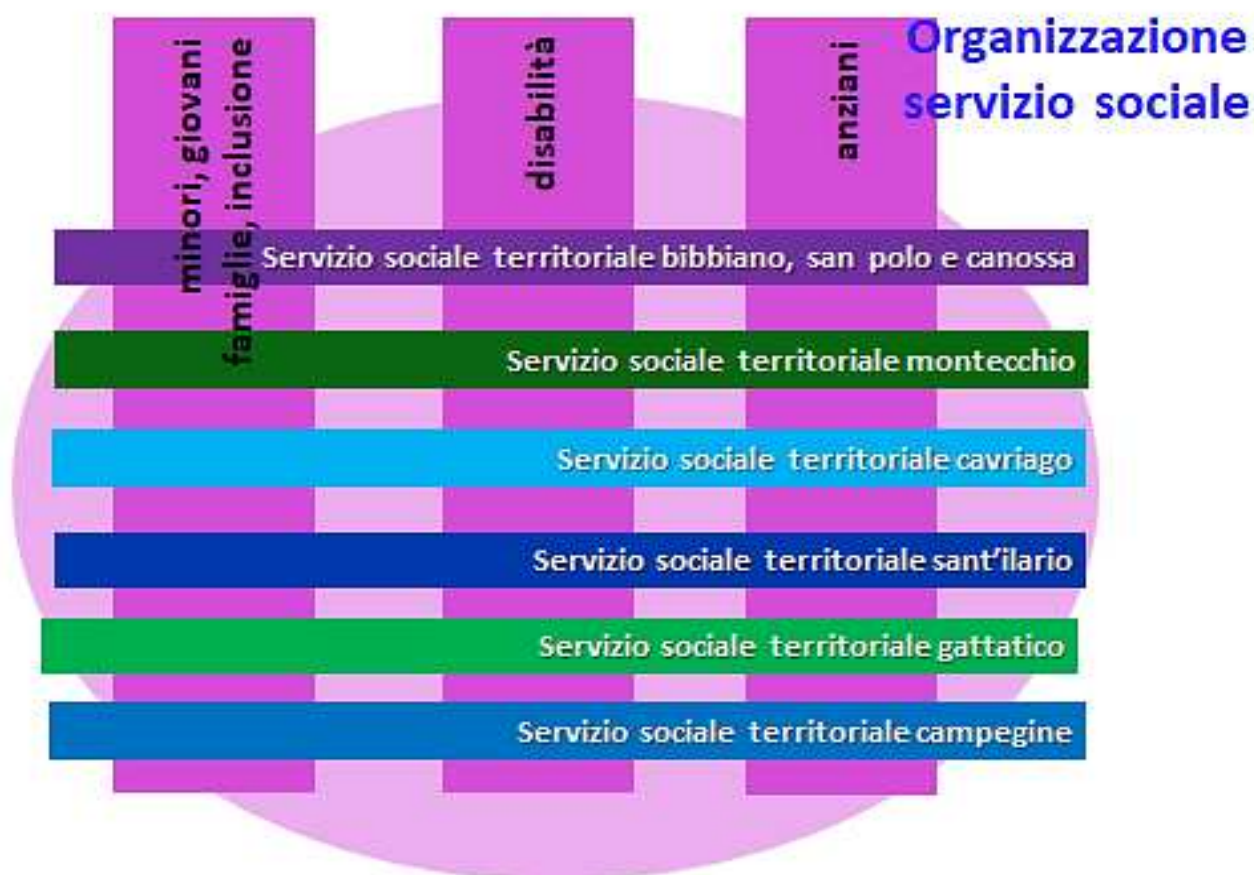


6. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE DI PREVENZIONE, DI PRESA IN CARICO, DI LAVORO CON LA COMUNITÀ

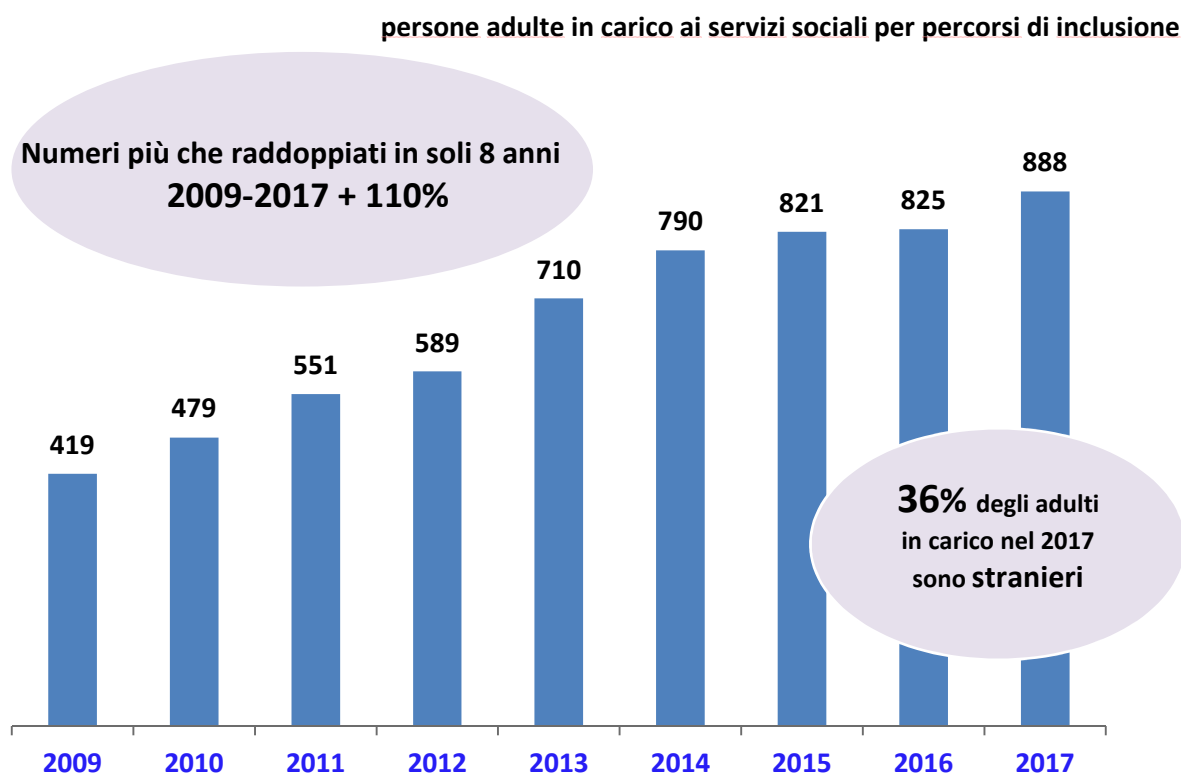
Considerando la conformazione del territorio come sopra descritta e gli obiettivi di lavoro, con priorità di investimento sul lavoro di comunità, l'organizzazione del Servizio sociale territoriale ha un **baricentro basso**, con unità organizzative di servizio sociale territoriale molto vicine ai luoghi di vita delle comunità locali e unità organizzative specialistiche declinate sul livello distrettuale.

Questo modello ha consentito ottime performance, garantendo ad invarianza di risorse una presa in carico in aumento e progettualità crescenti per un numero sempre più elevato di cittadini, grazie alla vicinanza con i contesti di vita delle persone e la conseguente possibilità di portare avanti un efficace lavoro di rete e di promozione delle relazioni sociali.

Il modello è sostenibile anche grazie all'elevata quantità di risorse professionali dedicate, che consentono di avere su ogni territorio comunale un'equipe con operatori specializzati nelle diverse tematiche ma coordinati localmente per garantire la messa in rete e la connessione con le comunità locali. Si è confermato un investimento strategico ed efficace, che ha consentito di **aumentare notevolmente le performance complessive del Servizio sociale a risorse economiche invariate**, e che rappresenta anche per il futuro la principale pista di lavoro da percorrere.



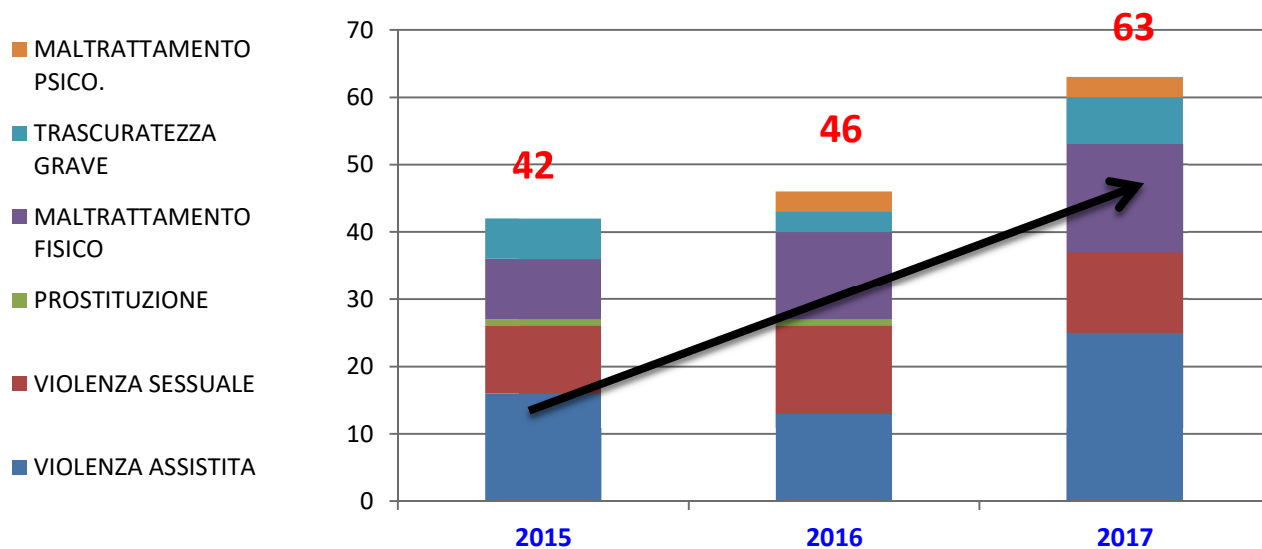
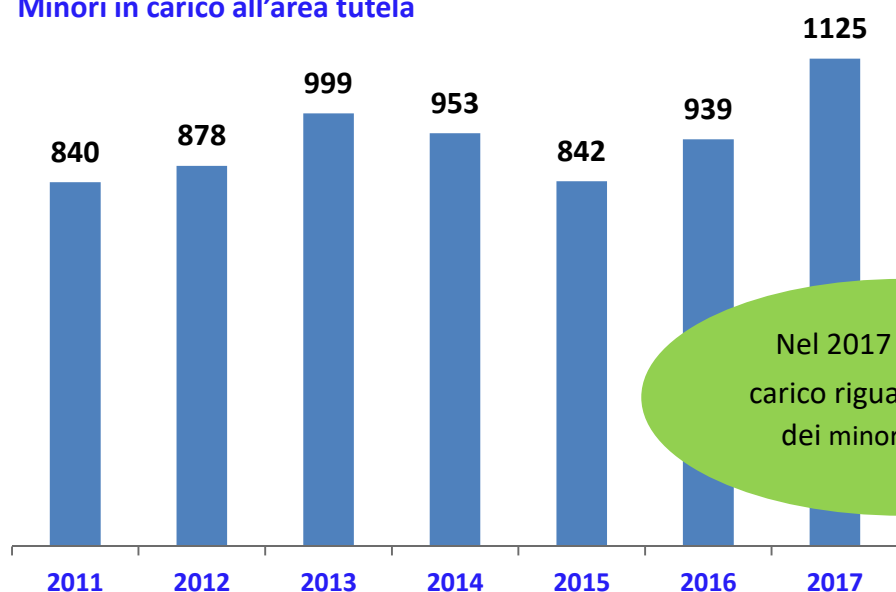
L'efficacia di questo investimento è particolarmente evidente nell'area **dell'inclusione sociale**, in cui la presa in carico nel giro di pochi anni è pressoché raddoppiata, garantendo una tenuta sociale importante nel complesso e problematico contesto post-crisi.



Nel 2017 hanno preso avvio in modo sostanziale tutte le nuove misure nazionali e regionali a contrasto della povertà (SIA, RES, REI) e a favore dell'inclusione lavorativa (LR 14/2015), rappresentando un'importante occasione per interfacciare nuove tipologie di utenza o di mettere in campo nuove progettualità, ma anche un insieme di nuovi strumenti molto complessi da avviare e da intersecare tra loro e con l'esistente.

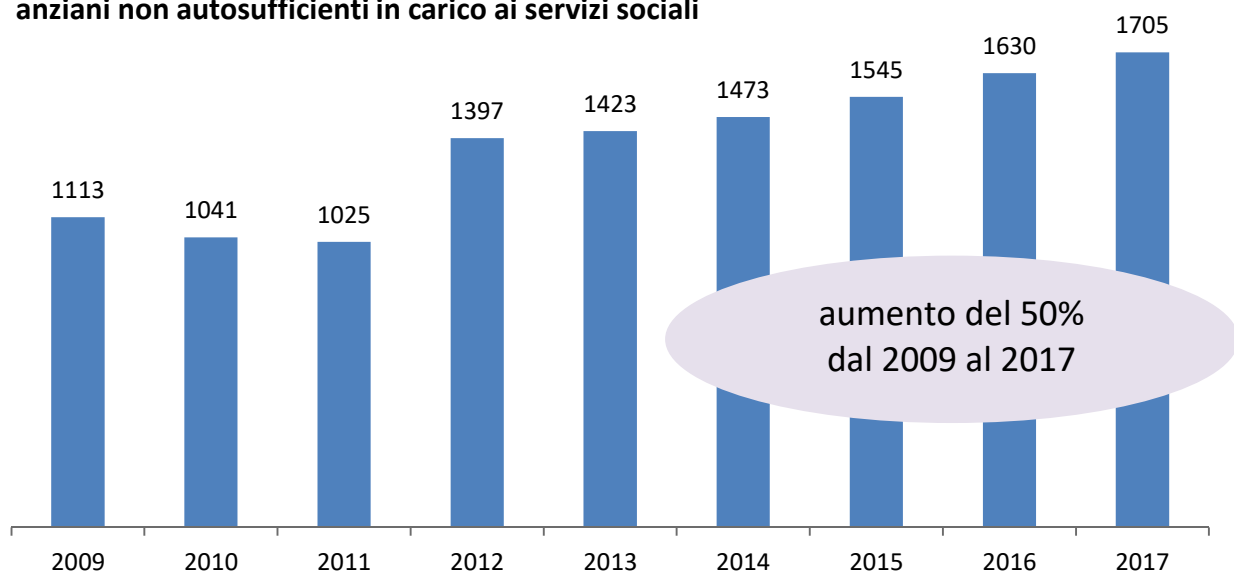
Per quanto concerne l'area della **tutela dei minori**, invece, non si è assistito ad un aumento sostanziale dei numeri quanto piuttosto ad un'imponente aumento della complessità, generato da situazioni di maltrattamento e abuso. In questo caso la capillare presenza dei Servizi nel territorio ha consentito l'emersione di un fenomeno strisciante e spesso sommerso come quello della violenza sui minori, subita o assistita, lo sfruttamento ed altre forme di grave maltrattamento ed abuso.

Minori in carico all'area tutela



Preme in questo ambito sottolineare come i dati di grave maltrattamento ed abuso della Val d'Enza, superiori alla media regionale, non sono ascrivibili ad un fenomeno locale specifico, ma sono in linea con i dati mondiali dell'OMS e di importanti organizzazioni internazionali come Save the Children e Terre des Hommes. Tali dati dimostrano l'essenzialità di un lavoro di rete efficace e qualificato, in linea con le ottime – ma ampiamente disattese – linee guida regionali sul tema.

anziani non autosufficienti in carico ai servizi sociali



Anche nell'area **anziani** l'aumento della presa in carico non è stato proporzionale all'aumento della popolazione anziana, ma è aumentato esponenzialmente in connessione con il modificarsi delle composizioni familiari: se in passato il profilo tipico del *care giver* era quello della persona già in pensione o comunque con figli adulti, e con una rete familiare articolata a supporto, sempre più spesso gli attuali *care giver* hanno ancora figli a carico e/o una rete familiare meno supportiva o addirittura assente, ed un approccio più richiestivo nei confronti della rete dei servizi.

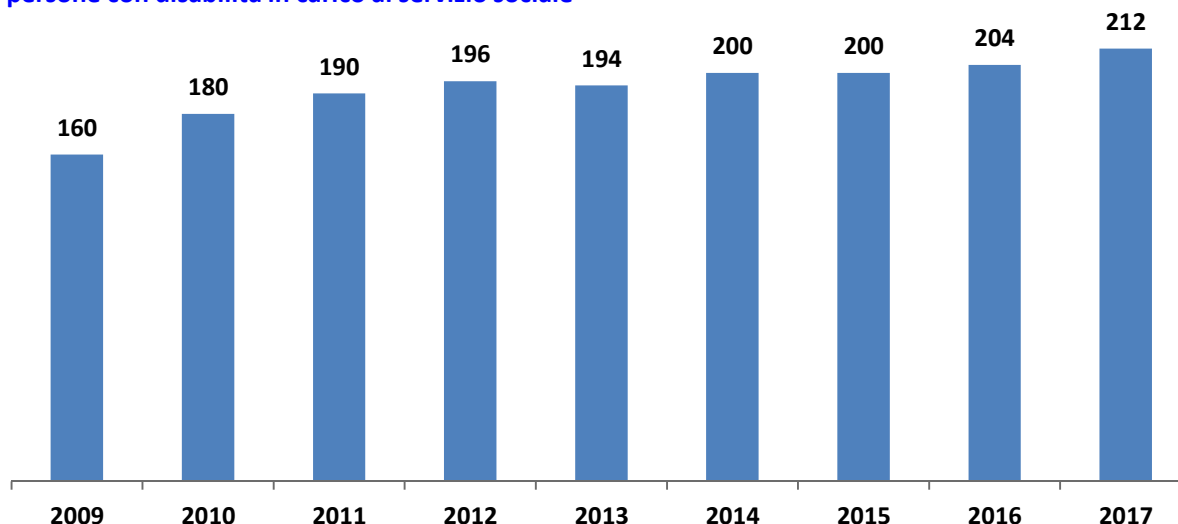
Anche in questo ambito di lavoro l'aumento della presa in carico si è verificato ad invarianza di risorse economiche, per quanto molto consistenti (fondi comunali, fondi per la non autosufficienza nazionali e regionali). Si lavora alla costante revisione delle modalità progettuali orientata a differenziare maggiormente l'offerta di servizi, introducendo criteri di priorità, mentre resta da costruire un maggior lavoro di comunità, più utilizzato in altre aree di lavoro (inclusione, genitorialità), nonché la possibilità di costruire percorsi alternativi alla rete dei servizi tradizionale (casa residenza, assistenza domiciliare, assegno di cura) in connessione con il privato sociale e le comunità locali.

Nell'ambito della **disabilità** non si assiste ad un aumento della presa in carico, ma ad una profonda esigenza di rinnovamento dei percorsi in un'ottica di vita indipendente, costruzione di autonomie e inclusione, supporto all'acquisizione di maggiore fruizione dei diritti di cittadinanza.

Le richieste di supporto delle famiglie sono comunque in aumento e necessitano di strategie innovative, impostate sul piano comunitario e in un'ottica di responsabilizzazione e sensibilizzazione dei contesti di vita.

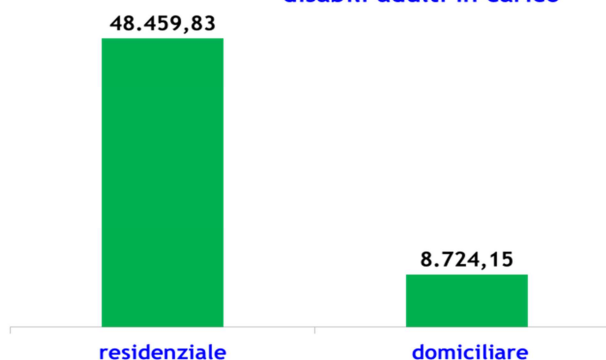
Questo richiede di proseguire nel profondo rinnovamento intrapreso nelle politiche e negli approcci di lavoro, in quest'area storicamente più di stampo assistenziale, verso impostazioni più educative e di comunità, anche ripensando l'organizzazione dei servizi in direzione, anche per quest'area, di una maggiore territorialità.

persone con disabilità in carico al servizio sociale



Resta peraltro evidente come investire su progetti di vita autonoma sia strategico non solo per migliorare le condizioni di vita delle persone, trattando la disabilità non come una malattia ma come una **condizione di vita da “normalizzare”**, ma anche per gestire le risorse con la massima equità possibile a fronte di un aumento delle necessità di progetti individuali e di sostegno. Il forte sbilanciamento dei costi dei progetti di carattere residenziale richiede sempre più di utilizzare questa risorsa in modo residuale, temporaneo, e non come progetto di vita.

spesa socio sanitaria pro capite disabili adulti in carico



7. INTEGRAZIONE TRA POLITICHE SOCIALI, SANITARIE, DEL LAVORO, EDUCATIVE, SCOLASTICHE, FORMATIVE, DELLA CASA

L'integrazione tra le politiche sociali e sanitarie è presidiata sul piano politico:

- a livello provinciale, dalla **Conferenza territoriale sociale e sanitaria**, composta dai Sindaci dei Comuni della Provincia e dalla Direzione generale dell'Ausl di Reggio Emilia; la Conferenza si è dotata anche di una articolazione più snella con il compito di elaborare e istruire le proposte per la Conferenza, vale a dire l'Ufficio di Presidenza, composto dai

Presidenti delle Unioni di Comuni, dal Presidente della Provincia e dal Sindaco del Comune capoluogo, o suo delegato;

- a livello distrettuale, come più sopra illustrato, dal **Comitato di Distretto**, composto dai Sindaci e dal Direttore di Distretto,

Tali due organismi di programmazione sono supportati sul piano tecnico:

- a livello provinciale, dall'**Ufficio di Supporto** della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, composto dai Responsabili degli Uffici di Piano e dal Direttore delle attività socio sanitarie;
- a livello distrettuale, dall'**Ufficio di Piano**, composto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e dal Direttore di Distretto, con il supporto delle rispettive figure tecniche ed amministrative.

Sia l'Ufficio di Piano che l'Ufficio di supporto, al fine di attuare gli obiettivi di integrazione socio sanitaria, coinvolgono in base alle specifiche tematiche figure tecniche dei diversi dipartimenti aziendali, con particolare riferimento ai dipartimenti con articolazioni territoriali che di fatto organizzano la sanità territoriale (Salute Mentale, Neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche).

Organismi per la programmazione e per l'integrazione socio sanitaria		
Livello territoriale	Organismo politico	Organismo tecnico
Provinciale	Conferenza territoriale sociale e sanitaria	Ufficio di supporto
distrettuale	Comitato di Distretto	Ufficio di Piano

Lo strumento dell'integrazione socio sanitaria è **l'Accordo di Programma**, che concretizza le modalità di integrazione programmatoria, tecnica ed operativa.

Con riferimento alle altre politiche, gli stessi organismi fungono da base, coinvolgendo i diversi attori nei diversi livelli, per condividere obiettivi di programmazione integrata di azioni ed interventi.

Sul livello distrettuale:

- **l'integrazione con le politiche educative e scolastiche** avviene attraverso il Coordinamento politiche educative dell'Unione Val d'Enza, coinvolto nei principali percorsi progettuali (ad es. attività del Centro per le Famiglie, progettualità rivolte ai primi 1000 giorni di vita, protocolli con Servizi educativi ed Istituti comprensivi per la segnalazione di situazioni di rischio e disagio);
- l'integrazione con le **politiche formative e del lavoro** – in passato realizzatosi sul piano operativo nella collaborazione tra professionisti - ha trovato una nuova cornice istituzionale all'interno dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa costruiti ai sensi della LR 14/2015, con la previsione della presenza dell'Agenzia regionale del lavoro nel Comitato di

Distretto e l'istituzione delle equipe multiprofessionali con la presenza di operatori sociali, sanitari e del lavoro;

- **l'integrazione con le politiche abitative** viene in parte presidiata attraverso apposita figura tecnica di riferimento nell'ambito dei Servizi sociali, con la funzione di collegare percorsi amministrativi sull'edilizia residenziale pubblica, progettualità innovative sull'abitare anche in collaborazione con l'Azienda Casa Emilia Romagna; occorrerebbe strutturare maggiormente l'integrazione a livello di programmazione.

SEZIONE 2

**SCELTE STRATEGICHE DEL PIANO DI ZONA
PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE**

1. LOTTA ALL'ESCLUSIONE, ALLA FRAGILITÀ E ALLA POVERTÀ

La modalità di costruzione dei problemi sociali basata sulle risorse presenti nelle persone e nel loro contesto di vita rappresenta il punto di partenza per ogni valutazione e progettualità conseguente.

L'esclusione sociale, la fragilità e la povertà altro non sono che le manifestazioni visibili di disequilibri che spesso sono più evidenti sul piano materiale ma derivano da carenza di **risorse personali, familiari, relazionali**. Tali carenze stanno diventando strutturali con il modificarsi della composizione delle famiglie, in crescente misura mono o bi - personali, l'invecchiamento della popolazione, la perdurante crisi economica, l'elevata mobilità e conseguente *turn over* di popolazione.

In rete con le realtà associative, con il contesto del territorio e dei cittadini, si intende lavorare ad un **empowerment di comunità**, mirato a valorizzare le risorse presenti nei singoli e nei contesti e a ricostruire nuovi legami sociali.

Il fulcro di questo lavoro è il **Servizio sociale territoriale**, improntato nella Val d'Enza ad un modello organizzativo di prossimità, che oltre a svolgere una funzione di controllo e protezione dei soggetti più fragili (**interventi assistenziali**), investe importanti energie per stimolare le persone e le famiglie ad accrescere le proprie risorse personali e relazionali (**interventi educativi**) e perché le problematiche presenti siano assunte a livello di comunità attivando le risorse del contesto di vita (**interventi comunitari**).

I progetti di inclusione, sostegno e di superamento di condizioni di povertà vengono pertanto allestiti non tanto e non solo con risorse economiche dedicate, attualmente in aumento grazie ad appositi interventi statali e regionali, ma anche e soprattutto con **risorse "immateriali"** derivanti dalla crescita personale, dalla costruzione di relazioni, dallo scambio, dal mutuo aiuto.

L'investimento su queste risorse è quello che consente ai progetti di inclusione sociale di restare in piedi ed evolvere anche quando, forzatamente, non ci sono, o si vanno ad esaurire, risorse economiche – a volte anche importanti – investite nelle fasi progettuali iniziali. Il superamento delle condizioni di esclusione, fragilità e povertà, in sostanza, si ottiene solamente andando a **ridurre, superare o compensare le carenze personali, familiari e relazionali** presenti nella situazione di partenza.

Su questi orientamenti sono improntati le azioni e gli interventi riportati nel presente piano, tra cui - con riferimento al tema dell'inclusione, della fragilità e della povertà - si richiamano in particolare alcune direttrici:

- **collegamento tra politiche** sociali, sanitarie, educative, del lavoro, abitative per una visione multidimensionale e intersettoriale delle problematiche
- progettualità mirate all' **empowerment (personale, familiare, di rete)**;
- assetto dei **servizi con baricentro basso**, vicino ai luoghi di vita delle persone e con risorse dedicate al lavoro di comunità;
- **sostegno e supporto alle responsabilità** genitoriali, familiari e di cura;
- **contrasto a tutti i fenomeni di violenza**, prevaricazione ed esclusione, tramite interventi specifici sulle vittime e di sistema verso la comunità;

- promozione di **modelli e stili di vita** improntati al rispetto di sé e degli altri, all'equilibrio, alla sostenibilità, al rispetto reciproco e del contesto;
- promozione di una **cultura dei diritti**, in particolare delle fasce con maggiore fragilità, quali risorsa fondante di una comunità competente, coesa e solidale.

2. IL DISTRETTO SNODO STRATEGICO DELL'INTEGRAZIONE SANITARIA, SOCIALE E SOCIO SANITARIA

L'acquisizione dell'ambito distrettuale quale livello per la programmazione e gestione di servizi sociali e sociosanitari, oltre che disposta da norme nazionali e regionali, è stata confermata anche dalla scelta dei Comuni della val d'Enza di individuare tale ambito quale ottimale per tutti i percorsi di gestione associata. Tra questi, l'Ufficio di Piano ed i Servizi sociali sono già gestiti in forma interamente associata tramite l'Unione dei Comuni (cfr. capitolo 2.1).

Il Distretto socio sanitario presidia direttamente l'offerta di alcuni servizi sanitari (cfr. capitolo 1.4.1), ma soprattutto funge da snodo di raccordo ed integrazione per l'offerta di servizi sanitari che viene erogata tramite i Dipartimenti:

- Dipartimento Cure primarie
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
- Dipartimento Farmaceutico
- Dipartimento di Sanità pubblica
- Presidio Ospedaliero

Poiché **la Giunta dell'Unione –con la presenza del Direttore di Distretto -** coincide con il Comitato di Distretto, quest'ultimo è **il luogo di assunzione delle scelte e di programmazione degli interventi.**

A livello tecnico, **il Direttore di Distretto e l'Ufficio di Piano** attivano tutti i percorsi di integrazione professionale (gruppi di lavoro e protocolli operativi) e tutti gli strumenti di verifica (raccolta e monitoraggio dati di attività e di spesa) atti a realizzare la piena coerenza tra gli interventi e la rispondenza ai mandati della programmazione.

Si individuano le direttrici di lavoro per l'integrazione sanitaria, sociale e socio sanitaria, che improntano complessivamente gli interventi del presente Piano di Zona:

- programmazione delle risorse secondo **equità, appropriatezza e sostenibilità;**
- strutturazione dell'offerta temperando **specificità** territoriali ed esigenze di **omogeneità;**
- introduzione di innovazioni progettuali improntate a sostenere la **domiciliarità** e alla **non istituzionalizzazione,**
- non standardizzazione e **personalizzazione** degli interventi.

Pur trattandosi di direttrici non nuove ed ampiamente praticate nei Servizi, necessitano di un costante presidio e di un lavoro di sostegno affinché i professionisti, con carichi di lavoro significativi per numeri e complessità, le tengano sempre in attenzione e alla base dei progetti sulle persone e sui contesti di vita.

3. STRUMENTI DI PROSSIMITÀ E DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

La **prossimità** è la filosofia sulla base della quale sono improntati i modelli organizzativi dei servizi del Distretto, trattandosi di una condizione essenziale per la costruzione di un sistema a rete in grado da una parte di cogliere in modo attento ed immediato le sollecitazioni e le segnalazioni di problemi da parte di cittadini singoli o gruppi, e dell'altra di supportare una lettura condivisa delle problematiche e di attivare le risorse delle persone, delle famiglie, delle comunità locali.

La prossimità dei servizi sociali e sanitari, nell'operare quotidiano, è sostenuta:

- dal modello organizzativo del servizio sociale, con articolazioni organizzative in tutti i territori;
- dal modello organizzativo delle cure primarie e della rete dei servizi sanitari territoriali.

Il Direttore di Distretto e l'Ufficio di Piano, a supporto del Comitato di Distretto, svolgono un costante **monitoraggio delle azioni di prossimità** contenute in questo Piano di Zona, con il compito di rafforzare le articolazioni territoriali dei servizi e sperimentare nella quotidianità forme sempre più improntate a questa direzione di lavoro.

Lo strumento operativo quadro per l'integrazione dei servizi sociali e sanitari è l'**Accordo di Programma**, mirato a condividere la lettura dei problemi, la filosofia e le finalità degli interventi. L'Accordo si propone non tanto quale strumento amministrativo, ma come **terreno di confronto e di costruzione partecipata**, costruito con la metodologia della ricerca-azione e con il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori impegnati sul campo quotidiano dell'erogazione di servizi, per individuare in modo condiviso:

- i **percorsi di accesso** alla rete integrata dei servizi;
- la composizione e le modalità di funzionamento delle **équipe multiprofessionali**;
- gli **strumenti di valutazione** integrata, di monitoraggio e verifica, il più possibile improntati alla ricostruzione e all'attivazione delle risorse delle persone e dei contesti di vita, e alla costruzione di tipologie di situazioni che siano di supporto all'assunzione di accordi;
- la **mappa di offerta** dei servizi per il target di riferimento, collegata alle valutazioni e alle tipologie individuate.

Nell'area della **Salute mentale** e delle **Dipendenze** è stato portato a termine il percorso di definizione di Accordo di programma aggiornato e rispondente alle caratteristiche sopra indicate, ed occorre affinare e mettere maggiormente a punto gli accordi operativi (unità di valutazione multidimensionale semplice/complessa; modalità di integrazione progettuale ed economica nelle casistiche multiproblematiche in aumento).

Nell'area della **Tutela dei minori e del sostegno alla genitorialità**, a seguito dell'intenso lavoro portato avanti negli ultimi anni per costituire una rete strutturata e coordinata di presa in carico e cura del grave maltrattamento e dell'abuso, al tempo stesso facendo evolvere la già presente rete di sostegno alla genitorialità in direzione comunitaria, l'operatività ha di fatto superato gli accordi formali esistenti, ormai non più rispondenti allo stato di fatto. Occorre di conseguenza:

- **redigere un nuovo Accordo di programma** aggiornato e rispondente alle nuove modalità operative al fine di sostenere maggiormente sul piano culturale le prassi già diffuse,
- **strutturare la rete di sostegno**, istituita in modo sperimentale sulle parti più innovative: équipe di secondo livello per grave maltrattamento e abuso, percorsi di cura per il trattamento psicologico del trauma, rafforzamento delle risorse per l'accoglienza, sia presso strutture sia soprattutto tramite affidi "potenziati" da risorse educative, economiche e professionali;
- procedere ad una chiara **programmazione e quantificazione delle risorse** in gioco, sociali e sanitarie, nel quadro delle norme nazionali e regionali.

Anche nell'ambito della Non autosufficienza è necessario ridefinire gli accordi, in particolare:

- nell'area della **disabilità**, ricomprendendo in un unico strumento (**Carta d'Identità del Servizio**) le modifiche normative ed operative intervenute e da sostenere nei prossimi anni, in un'ottica di valorizzazione delle risorse della persona, della famiglia e del contesto, ed in un'ottica di promozione dei progetti di vita indipendente e dei diritti di cittadinanza, coordinata con le politiche formative, abitative e del lavoro;
- nell'area degli **anziani**, fornendo ai professionisti sociali e sanitari - tramite **percorsi formativi mirati** — strumenti per affrontare il profondo mutamento sociale che ha portato quest'area di lavoro (pure storicamente dotata di molte risorse e servizi) a dover sostenere aumenti consistenti di utenza, famiglie più fragili e con maggiori attese nei confronti dei servizi, nell'ottica di introdurre, anche in quest'area di lavoro, una visione di comunità ed alcune progettualità innovative.

Al termine di questi percorsi, si prevede anche per la non autosufficienza di costruire **nuovi Accordi di Programma** atti a sviluppare, coordinare e sostenere tutte le innovazioni progettuali, nel quadro della ricca ed articolata proposta di servizi presente.

Con riferimento alla **prossimità dei Servizi sanitari**, si richiamano alcune direttrici che improntano complessivamente gli interventi del presente Piano:

- accesso facilitato alle **cure primarie**;
- **continuità** nella presa in carico e nella cura;
- percorsi integrati di cura e lungo assistenza per persone con bisogni socio sanitari ad **alta integrazione**;
- gestione territoriale delle **patologie croniche** con implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA);
- valorizzazione delle **Case della Salute** come luoghi di integrazione, promozione della medicina di iniziativa, prevenzione, valorizzazione delle professionalità sanitarie e stimolo ad un ruolo proattivo dei cittadini.

SEZIONE 3

SCHEDE INTERVENTO ED INDICATORI

1. UNIONE DI RETI

Riferimento scheda regionale

20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Riferimento scheda distrettuale: TUTTE.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;D;

Razionale	<p>Dall'anno 2000, di primo avvio della programmazione distrettuale, al 2018, si è profondamente modificato il tessuto sociale ed il modo di lavorare dei servizi, come ampiamente descritto nel testo del presente Piano di zona.</p> <p>Si riassumono qui solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impoverimento e precarietà posti crisi economica • fragilità delle famiglie • fragilità dei legami sociali e di solidarietà tra famiglie • aumento della casistica di persone che si rivolgono ai servizi • diminuzione/stabilità delle risorse economiche disponibili per i servizi <p>Questi fattori hanno determinato il progressivo superamento da parte dei servizi sociali del precedente approccio meramente – prevalentemente assistenziale - per privilegiare l'approccio educativo, valorizzante le risorse della persona, e comunitario, valorizzante le relazioni interpersonali ed il contesto di vita.</p> <p>In particolare è stato ben messo a fuoco come la costruzione del sistema di Welfare non sia solamente frutto delle politiche pubbliche, ma di un complesso sistema di attori e fattori rispetto ai quali il sistema pubblico non ha la funzione di rispondere a tutti i bisogni in modo automatico ma ha soprattutto il compito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di garantire diritti di cittadinanza • di sollecitare una partecipazione responsabile dei cittadini • di costruire i problemi in modo integrato e non semplificante, • di connettere, facilitare e stimolare le risorse presenti nel sistema privato, nelle comunità e nelle persone. <p>Come si vedrà ampiamente nelle singole progettazioni del Presente piano, la comunità locale nelle sue varie espressioni rappresenta il soggetto principale delle azioni proposte.</p> <p>Nelle premesse del piano, indicando i percorsi partecipativi locali, si fa espressa menzione di due livelli, locale e distrettuale, indicando le differenti modalità e metodologie di lavoro.</p> <p>LIVELLO DISTRETTUALE: si tratta di un percorso partecipativo socio sanitario che affronta tematiche specialistiche, ha una durata limitata nel tempo e si pone come obiettivi di introdurre nuovi elementi culturali e nuove visioni collettive.</p> <p>LIVELLO LOCALE: si tratta di un percorso partecipativo legato al servizio sociale territoriale che affronta tematiche trasversali e inclusive, è permanente e si pone come obiettivo il consolidamento delle innovazioni nella quotidianità.</p> <p>In questa sede si riprendono invece i contenuti principali di tali livelli.</p>
Descrizione	<p>I principali percorsi partecipativi distrettuali, che verranno richiamati anche nelle schede tematiche, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welcom, costruzione di relazioni di scambio e aiuto reciproco nei contesti abitativi plurimi (condomini): in fase di sperimentazione a Bibbiano, S. Ilario, Montecchio, Cavriago. • abitare solidale, incontro tra risorse e problematiche complementari per costruire progetti di coabitazione

- costruzione di un protocollo distrettuale con le Caritas, per una visione complessiva ed integrata delle azioni e degli interventi di contrasto delle povertà economiche, relazionali, educative
 - H Pride, per l'affermazione dei diritti di cittadinanza delle persone con disabilità, partendo dalla rete delle famiglie, dei gestori di servizi e delle associazioni per raggiungere tutta la comunità locale
 - Sostegno a chi cura: sono attivi gruppi di sostegno a care giver, reti di collaborazione per la promozione dell'istituto dell'amministrazione di sostegno, gruppo di sostegno alla genitorialità
 - Rete contro la Violenza, tavolo distrettuale con il coinvolgimento di associazioni, FFOO, sanità, e scuole
 - Giovane come te e Work in progress, attività educative e di cittadinanza organizzate dall'Ufficio giovani ed itineranti nei territori
- Sono inoltre previsti gli incontri di carattere istituzionale con il Comitato consultivo misto e le Organizzazioni sincacali.
- i percorsi partecipativi locali sono articolati in ogni territorio come segue:
- Campegine:
- Banca delle Risorse: coordinamento permanente pubblico privato sul tema dell'inclusione sociale: casa, lavoro, cittadinanza attiva.
 - "costruisci una Campegine su misura": progetto di Benessere per giovani e adolescenti, che si propone 1) di seguire una parte di tempo libero dei giovani, partendo dalle medie e proseguendo anche in età superiori, seguendo gruppi di ragazzi con educatori che li supportano nelle loro scelte di tempo libero e di cittadinanza attiva (attualmente coinvolti circa 15 giovani campeginesi); 2) organizzare un doposcuola delle medie che prevede la creazione di un luogo educativo e di supporto ai percorsi evolutivi rivolto a circa 20 ragazzi;
 - Tavolo giovani e dipendenze (in collaborazione con SerT, Centro per le Famiglie, Sportello Giovane come Te, Parrocchia, Ufficio Giovani);
 - Giovani protagonisti e YoungerCard;
 - Gruppo donne indiane (incontri con circa 40 donne indiane da cui sono emersi diversi bisogni e sono nati progetti di comunità); Salute donna/I love myself (percorso di consapevolezza dell'essere donna rivolto alle donne straniere in collaborazione con Casa della Salute di Sant'Ilario e Centro per le Famiglie); Progetto 360 (progetto finanziato da Snatt e gestito da Creativ con il patrocinio del Comune di Campegine prevedendo la realizzazione di un corso di sartoria e uno di cucina); Tavolo Casa per il reperimento delle soluzioni per le emergenze abitative del territorio;
 - Tavolo Volontariato e Albo dei Volontari.
 - Tavolo delle Associazioni che si occupa di inclusione sociale delle persone richiedenti asilo residenti a Campegine;
 - co-progettazione con la Parrocchia di Campegine rispetto a luoghi accoglienti e progetti di inclusione per minori in difficoltà in carico a Servizio Minori e Tutela Unione Val d'Enza e per disabili adulti.
- Gattatico:
- Tavolo Disagio: assistenti sociali, educatori, insegnanti, Ufficio Scuola e pedagogo su problematiche di disagio giovanile e dei minori, progettualità e modalità di segnalazione;
 - Tavolo Crisi: le associazioni co-progettano con i Servizi azioni per il sostegno e l'attivazione di famiglie in condizione di povertà (economica, relazionale, di valori ed educativa);
 - Mani Creative: gruppo di incontro e integrazione (donne italiane, straniere, disabili e svantaggiate) gestito da volontarie Anspi (sartoria, corsi base di informatica, italiano e cura della persona, partecipazione ai momenti significativi della vita di paese);
 - Orti Sociali: gestiti da Ancescao, offrono a 34 famiglie in difficoltà socio-economica la possibilità di coltivare il proprio orto ed essere accolti da un gruppo di 10 volontari che propongono serate d'incontro e gioco "non d'azzardo", gite sociali e camminata della salute; accoglie il progetto H-Pride e APPerò;
 - Mum&K: progetto di integrazione sociale una mattina alla settimana gestito dall'Educativa territoriale, per incontro e dialogo tra mamme di bimbi fino a 3 anni provenienti da tutto il mondo
 - Gruppo genitori: incontri e serate aperte sui temi della prevenzione del disagio e promozione dell'agio. Promuove insieme ai Servizi Sociali e alla scuola il corso genitori annuale cofinanziato dalle associazioni del tavolo Crisi.
 - PsychoArt e Arteterapia: progettualità tese all'inclusione e al benessere attraverso l'espressione di sé (fumetto, poesia, fotografia e reportage);
 - Gruppo per l'accoglienza dei richiedenti asilo: si incontra bimestralmente per coordinare le varie attività (Servizio Sociale, Associazioni Caritas e AUSER, Parrocchia e Cooperative gestori);
 - APPerò: gruppo di 7 volontari (Caritas, AUSER e Ancescao) per attività di sostegno ai compiti;
 - progetti individuali di accoglienza con la Parrocchia per famiglie con difficoltà abitative.

- “Leva Giovani”: inserimento presso associazioni di volontariato, cooperative sociali, campi estivi con progetti di avviamento al volontariato (Lezioni di Volo).
- Condominio solidale ERP: prevede figura di portierato/sostegno sociale con funzioni di sostegno e aiuto ad anziani, preparazione pasti, attività ricreative. Ogni inquilino svolge un’attività a favore di tutti o di progetti sociali (tagliare l’erba, potare siepi, far fare i compiti ai ragazzi, fare la spesa per anziani). La Saletta di Laura, a piano terra, accoglie varie attività di comunità (APPerò, Progetto Mum&K, Riunioni associazioni, Welcom,...)

Cavriago:

- Risorse in circolo: co-progettazione tra servizio sociale, assessorato, volontariato, enti e cittadini
- Banco alimentare Croce Rossa: fornitura settimanale alimenti e prodotti per l’igiene e per la casa a 45 famiglie che svolgono attività volontaristiche per l’Associazione
- Camminare insieme ascoltando: corsi di formazione rivolti a 180 volontari su comunicazione interpersonale, relazione d’aiuto, gestione conflitti, integrazione tra associazioni
- Noi come risorsa: Inclusione di cittadini beneficiari di contributi e agevolazioni sociali (RES,REI) nelle associazioni di volontariato locale per svolgere attività socio occupazionali, in base a competenze e attitudini.
- Baubò: sostegno psicologico alle donne che vivono situazioni di difficoltà attraverso gruppo mutuo-aiuto
- Accoglienza in emergenza: progetti di sostegno individuali e a famiglie in difficoltà con Casa Carità/Parrocchie.
- Leva Giovani: attività estive e annuali di volontariato in casa protetta, associazioni, enti, cooperative e casa di carità.
- Buca dei mestieri: laboratori cucito, ricamo, cucina per l’inclusione attiva di donne italiane e straniere (con Auser)
- Laboratori per la disabilità c/o Avis, Croce Rossa, Casa protetta, Casa di carità, Auser, con associazioni, Educativa Territoriale e Ottavo giorno
- Incontri di intercultura: conoscenza sulle culture ed etnie prevalenti rivolti a volontariato, scuole, genitori, istituzioni, cittadini; incontri con coop.va “Dimora d’Abramo” per genitori stranieri su problematiche dell’adolescenza.
- Anziani attivi: in collaborazione con Auser, prevede incontro bisettimanale di socializzazione, attività di tempo libero, trasporti, segretariato, telefono amico, consegna pasti, incontri su benessere, memoria e prevenzione disturbi cognitivi
- Accogli uno sportivo: inserimento gratuito di minori in società sportive, associazioni, centri privati, finalizzato ad offrire opportunità alle famiglie più fragili.
- Educare, educarsi attraverso lo sport: formazione di presidenti società sportive, allenatori, tecnici di varie discipline sui segnali di disagio minorile e gestione delle emozioni.
- Afterschool: dopo scuola realizzato da giovani universitari volontari, volontariato Vincenziano e Parrocchia
- Laboratori di arte e bellezza: attività artistiche condotte da volontari esperti in varie discipline per aggregare minori in carico al servizio
- Educare: una questione di comunità: nato con progettazione partecipata, ha coinvolto più di 200 cittadini, associazionismo, volontariato, istituzioni ed ha finanziato ed allestito più di 20 progetti educativi
- Festival di Comunità: evento annuale per riflettere con esperti su relazione giovani- adulti, differenze di genere, integrazione sociale e culturale ed allestire laboratori

Sul territorio di Bibbiano:

- Progetto di attività di inclusione sociale presso la sartoria formativa Casa Main a Barco
- Settimana delle famiglie: ciclo di eventi di promozione sociale in collaborazione con consulta delle famiglie, i genitori rappresentanti di tutte le scuole di Bibbiano, la Parrocchia, “Bibbiano Giovane”, il Centro per le Famiglie, la Biblioteca “Milena Focchi” e tutte le associazioni di volontariato del territorio.
- Progetto “Parole cucite”: spazio di incontro bisettimanale rivolto alle donne straniere e non con la partecipazione della mediazione e dell’educatore territoriale, con l’obiettivo di tessere legami positivi.
- Progetto presso la stazione di Bibbiano: gruppi pomeridiani di adolescenti e preadolescenti fragili che insieme agli educatori si trova settimanalmente per attività
- Attività settimanale di gruppo e socializzazione per adulti soli e fragili in carico al servizio sociale (arte, informatica, fotografia...)
- Corso di teatro rivolto agli adolescenti del territorio e ai ragazzi disabili
- progettazione di attività pomeridiana settimanale in collaborazione con le associazioni del territorio e il gestore dei servizi socioassistenziali rivolta agli anziani e loro familiari non già inseriti presso il centro diurno
-

Sul territorio di Sant’Ilario

- tavolo di comunità per una riflessione aperta sul disagio e la realizzazione di interventi preventivi e/o riparativi a partire da un Profilo di comunità aggiornato
- Filos: miniappartamento multifunzione utilizzato come luogo di incontro per volontari e famiglie con bambini, come centro pomeridiano con educatori e ragazzi, come sede dell'associazione Genitori Si Diventa, come sede del Comitato Genitori della scuola Collodi, per laboratori rivolti a disabili adulti.
- Incontri di gruppo per genitori dei bimbi/ragazzi seguiti dagli educatori su temi come regole, igiene, alimentazione.
- raccolta e distribuzione alimenti a famiglie in stato di povertà ed educazione a stili di vita sostenibili, in collaborazione con associazioni
- Percorso con le associazioni di volontariato per l'accoglienza di persone inviate dal servizio per progetti inclusivi
- "Si fa così? Non lo sapevo!": laboratori di tecniche ed abilità manuali (cucina, uncinetto, ecc.) facilitati da volontari e docenti non professionisti, aperti alla cittadinanza (in particolare in carico ai servizi)
- Laboratori per gruppi di cittadini in carico al servizio, condotti da educatori o volontari o dagli stessi utenti: ad esempio "alfabetizzazione informatica" e progetto per l'autonomia di neo-maggiorenni.
- progettazioni a favore di giovani e NEET con l'Informagiovani, ad esempio per la promozione del servizio civile.
- "Diamoci una mano": babysitteraggio con volontari, durante il corso di lingua italiana a favore dei figli delle donne straniere iscritte
- Collaborazione con enti di formazione per attività corsuali indirizzati a persone disoccupate e a fasce fragili.
- Laboratorio ricreativo rivolto a donne - madri a rischio di isolamento.
- Sostegno all'integrazione dei richiedenti asilo, con percorsi sulla legalità in collaborazione con la polizia municipale ed altre azioni in collaborazione col terzo settore.
- "Accogli uno sportivo": collaborazione con le società sportive per l'accoglienza gratuita di minori segnalati dal servizio.
- Sperimentazione alloggio in coabitazione, per utenza femminile, anche con figli minori.

Sul territorio di Montecchio:

CONSULTA DEL VOLONTARIATO: organismo consiliare che comprende associazioni di volontariato e di promozione sociale e valorizza la partecipazione, in forma singola o associata, per coordinamento di attività, conoscenza reciproca e connessione con l'Amministrazione.

PROGETTO SOCIO EDUCATIVO PRESSO ISTITUTO SUPERIORE "D'Arzo": valorizzazione e conoscenza del volontariato, solidarietà, dell'attenzione verso l'altro, della responsabilità sociale e civica.

PERCORSI PRESSO L'ISTITUTO COMPRENSIVO di educazione alla democrazia e alla legalità, sui valori che accomunano l'umanità e consapevolezza sul processo azione-conseguenza.

"FUORICLASSE": Progetto socio-educativo pomeridiano di accompagnamento alle regole, alla costruzione di relazioni, allo svolgimento di compiti e laboratori. Rivolto a bambini, a ragazzi e famiglie in collaborazione con scuola primaria e secondaria di primo grado. Gestito da educatori, volontari e Polisportiva L'Arena. Prevede incontri con la psicologa scolastica per confrontarsi con i genitori su tematiche educative.

- SPORTELLO SOCIALE A SCUOLA: Apertura mensile a disposizione degli insegnanti della Scuola Primaria e Secondaria di Primo Grado
- "REMIDAFood": Raccolta e distribuzione di generi alimentari con associazioni di volontariato, parrocchia e volontari singoli; è luogo di inserimenti socio-occupazionali e alternanza scuola-lavoro.
- GIOVANI PROTAGONISTI: in collaborazione con l'Ufficio Giovani, inserimento di giovani dai 14 ai 29 anni in attività di volontariato con Enti, Associazioni e gruppi informali.
- TAVOLO SOCIO EDUCATIVO scuole, Comitato Genitori, Ufficio Scuola, Parrocchia: lettura del bisogno fascia giovanile.
- CONVENZIONE TRA L'UNIONE VAL D'ENZA, SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE E PARROCCHIA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA FUNZIONE SOCIALE SVOLTA DALL'ORATORIO, DAL CENTRO DI ASCOLTO E DALLA CASA DELLA CARITA': valorizza uno dei principali soggetti sociali ed educativi della comunità per la promozione, l'accompagnamento ed il supporto alla crescita dei giovani, al contrasto alla povertà e alla tutela degli anziani parzialmente e non auto-sufficienti.
- PROGETTO "CASPER" per favorire percorsi di integrazione socio-culturale di famiglie straniere.
- "IO PARLO ITALIANO" per implementare la conoscenza della lingua italiana e l'integrazione delle donne straniere.

Sui territori di San Polo e Canossa:

- "Centro ricreativo per anziani", prevede l'apertura settimanale del centro di ritrovo finalizzato ad attività di socializzazione;

	<p>- "Progetto Canossa young": rivolto ai ragazzi delle scuole medie, tramite l'intervento di professionalità educative del servizio sociale in collaborazione con la scuola, le associazioni del territorio. Una parte del progetto prevede anche la realizzazione di incontri di gruppo per genitori sui temi della genitorialità e della prevenzione</p> <p>- "Spazio mamme - bimbi 0-3 anni": rivolto a famiglie che non utilizzano altri servizi, con finalità di scambio, mutuo aiuto, socializzazione e supporto attraverso incontri settimanali condotti da educatori territoriali</p> <p>- "Distribuzione derrate alimentari": attraverso la collaborazione con il volontariato locale vengono mensilmente distribuiti generi alimentari a nuclei famigliari indicati dal servizio sociale.</p> <p>- "progetto GET APP ": è stato individuato un locale di proprietà comunale dove gli operatori del servizio sociale organizzeranno attività di socializzazione rivolte ad adolescenti in carico ai servizi. Questo spazio è utilizzato anche dai gruppi di disabili adulti con un programma settimanale di attività prestabilito</p>
Destinatari	Cittadini, utenti dei servizi, familiari e caregivers, associazioni di volontariato e di promozione sociale, aggregazioni spontanee della società civile e organizzazioni informali, Caritas/Centri di Ascolto
Azioni previste	<p>Sul livello locale</p> <p>Mantenere attivi i percorsi partecipativi locali, in modo flessibile e rispondente alle esigenze di progettazione di nuove proposte ed attività emergenti dai territori</p> <p>Sul livello distrettuale</p> <p>Attivare e presidiare i percorsi partecipativi distrettuali in base alle esigenze della programmazione o alle istanze portate dalla comunità e dalle organizzazioni. In particolare:</p> <p>Welcom: avviare le attività partecipative e di aiuto reciproco in 4 contesti abitativi individuati come significativi per la sperimentazione</p> <p>abitare solidale: avviare in collaborazione con le Associazioni di volontariato e le Caritas un servizio distrettuale di incrocio domanda offerta per costruire progetti di convivenza tra situazioni con problemi e risorse complementari</p> <p>Povertà e inclusione: protocollo distrettuale con le Caritas, per una visione complessiva ed integrata delle azioni e degli interventi di contrasto delle povertà economiche, relazionali, educative</p> <p>H Pride: proseguimento dei tavoli in corso con gestori, familiari, associazioni e cittadini per un ripensamento del modo di approcciare il tema della disabilità e per la costruzione di progettualità innovative</p> <p>Sostegno a chi cura: elaborazione di una progettualità innovativa di sostegno ai caregivers</p> <p>Rete contro la Violenza: proseguimento del lavoro di raccordo tra soggetti istituzionali e realizzazione di nuove attività di sensibilizzazione, formative e di collaborazione</p> <p>Giovane come te e Work in progress: strutturazione del tavolo interistituzionale socio sanitario ed apertura alle realtà associative del territorio.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, politiche scolastiche ed educative, politiche del lavoro, politiche abitative, politiche per la sicurezza
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Comuni aderenti all'Unione, Azienda pubblica di Servizi alla Persona, Forze dell'Ordine, Istituti Comprensivi, Centro servizi per il volontariato
Referenti dell'intervento	<p>Nadia Campani - Responsabile Ufficio di Piano</p> <p>Federica Anghinolfi - Responsabile servizio sociale integrato</p> <p>Simona Bigi, Simona Monari, Alberto Grassi, Chiara Tarana, Carla Pinelli, Margherita Merotto - Responsabili Servizio sociale territoriale</p> <p>Sonia Gualtieri - Direttore di Distretto</p>
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti a supporto dei processi (responsabili, operatori, amministratori) partecipativi distrettuali e locali • Educatori a supporto dei processi partecipativi locali • Volontari, utenti dei servizi, famiglie e cittadini <p>ATTENZIONE: le risorse economiche dedicate agli interventi descritti nella presente scheda intervento sono cumulativamente riportate nelle Schede intervento 3, 5, 8, 11 e 14 del</p>

Totale preventivo 2018: le risorse economiche dedicate agli interventi descritti nella presente scheda intervento sono cumulativamente riportate nelle Schede intervento 3, 5, 8, 11 e 14 del

Indicatori locali: 2

1°: attivazione e presidio di percorsi partecipativi in tutti i territori

Descrizione: in ogni territorio comunale il Servizio sociale territoriale deve condurre e monitorare almeno 3 percorsi partecipativi finalizzati ad attivare le risorse della Comunità locale

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

2°: presidio dei percorsi partecipativi distrettuali

Descrizione: occorre dare continuità ai percorsi attivati verificandone gli esiti e la partecipazione, indicando un conduttore per ciascun percorso partecipativo

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

2. VICINI AL TERRITORIO PER GENERARE RISORSE.

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda distrettuale: 1,3,7,8,9,11,14

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Per fare fronte ai mutamenti socio economici e culturali in atto tramite la massima attivazione delle risorse delle persone e del territorio e al tempo stesso la massima specializzazione, l'organizzazione del Servizio sociale territoriale della Val d'Enza si è strutturata con un baricentro basso, con unità organizzative di servizio sociale territoriale molto vicine ai luoghi di vita delle comunità locali e unità organizzative specialistiche declinate sul livello distrettuale. Questo ha garantito ad invarianza di risorse una presa in carico in aumento e progettualità crescenti per un numero sempre più elevato di cittadini, grazie alla vicinanza con i contesti di vita delle persone e la conseguente possibilità di portare avanti un efficace lavoro di rete e di promozione delle relazioni sociali. Il modello è sostenibile anche grazie all'elevata quantità di risorse professionali dedicate, che consentono di avere su ogni territorio comunale un'equipe con operatori specializzati nelle diverse tematiche ma coordinati localmente per garantire la messa in rete e la connessione con le comunità locali. Si è confermato un investimento strategico ed efficace, che ha consentito di aumentare notevolmente le performance complessive del Servizio sociale a risorse economiche invariate, e che rappresenta anche per il futuro la principale pista di lavoro da percorrere.</p> <p>L'efficacia di questo investimento è particolarmente evidente nell'area dell'inclusione sociale, in cui la presa in carico nel giro di pochi anni è pressoché raddoppiata, garantendo una tenuta sociale importante nel complesso e problematico contesto post-crisi. Nel 2017 hanno preso avvio in modo sostanziale tutte le nuove misure nazionali e regionali a contrasto della povertà (SIA, RES, REI) e a favore dell'inclusione lavorativa (LR 14/2015), rappresentando un'importante occasione per interfacciare nuove tipologie di utenza o di mettere in campo nuove progettualità, ma anche un insieme di nuovi strumenti molto complessi da avviare e da intersecare tra loro e con l'esistente.</p> <p>Per quanto concerne l'area della tutela dei minori, invece, non si è assistito ad un aumento sostanziale dei numeri quanto piuttosto ad un'imponente aumento della complessità, generato da situazioni di maltrattamento e abuso. In questo caso la capillare presenza dei Servizi nel territorio ha consentito l'emersione di un fenomeno strisciante e spesso sommerso come quello della violenza sui minori, subita o assistita, lo sfruttamento ed altre forme di grave maltrattamento ed abuso. I dati di grave maltrattamento ed abuso della Val d'Enza, superiori alla media regionale, non sono ascrivibili ad un fenomeno locale specifico, ma sono in linea con i dati mondiali dell'OMS e di importanti organizzazioni internazionali come Save the Children e Terre des Hommes. Tali dati dimostrano l'essenzialità di un lavoro di rete efficace e qualificato, in linea con le ottime – ma ampiamente disattese – linee guida regionali sul tema.</p> <p>Anche nell'area anziani l'aumento della presa in carico non è stato proporzionale all'aumento della popolazione anziana, ma è aumentato esponenzialmente in connessione con il modificarsi delle composizioni familiari: se in passato il profilo tipico del care giver era quello della persona già in pensione o comunque con figli adulti, e con una rete familiare articolata a supporto, sempre più spesso gli attuali care giver hanno ancora figli a carico e/o una rete familiare meno supportiva o addirittura assente, ed un approccio più richiestivo nei confronti della rete dei servizi. Anche in questo ambito di lavoro l'aumento della presa in carico si è verificato ad invarianza di risorse economiche, per quanto molto consistenti (fondi comunali, fondi per la non autosufficienza nazionali e regionali). Si lavora alla costante revisione delle</p>
------------------	---

	<p>modalità progettuali orientata a differenziare maggiormente l'offerta di servizi, introducendo criteri di priorità, mentre resta da costruire un maggiore lavoro di comunità, più utilizzato in altre aree di lavoro (inclusione, genitorialità), nonché la possibilità di costruire percorsi alternativi alla rete dei servizi tradizionale (casa residenza, assistenza domiciliare, assegno di cura) in connessione con il privato sociale e le comunità locali.</p> <p>Nell'ambito della disabilità non si assiste ad un aumento della presa in carico, ma ad una profonda esigenza di rinnovamento dei percorsi in un'ottica di vita indipendente, costruzione di autonomie e inclusione, supporto ad una maggiore fruizione dei diritti di cittadinanza. Le richieste di sostegno delle famiglie sono in aumento e necessitano di strategie innovative, impostate sul piano comunitario e in un'ottica di responsabilizzazione e sensibilizzazione dei contesti di vita. Questo richiede di proseguire nel profondo rinnovamento intrapreso nelle politiche e negli approcci di lavoro, in quest'area storicamente più di stampo assistenziale, verso impostazioni più educative e di comunità, anche ripensando l'organizzazione dei servizi in direzione, anche per quest'area, di una maggiore territorialità. Investire su progetti di vita autonoma è strategico per migliorare le condizioni di vita delle persone, trattando la disabilità non come una malattia ma come una condizione di vita da "normalizzare", e per gestire le risorse con la massima equità possibile a fronte di un aumento delle necessità di progetti individuali e di sostegno. Il forte sbilanciamento dei costi dei progetti di carattere residenziale richiede infine di utilizzare sempre più questa risorsa in modo residuale, temporaneo, e non come progetto di vita.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>I contenitori</p> <p>L'Unione, oltre ad avere in capo la gestione del Servizio sociale, ha in capo le funzioni di programmazione, committenza e controllo, in sinergia con l'Ausl ed in attuazione degli appositi accordi di Programma di integrazione socio sanitaria. L'Unione è in una fase fortemente evolutiva, in termini di progressivo conferimento di funzioni da parte dei Comuni in un'ottica di ottimizzazione delle gestioni dei servizi in tutto l'ambito territoriale, ed è di conseguenza in costante riorganizzazione anche nelle aree degli affari generali, finanziari, della gestione del personale.</p> <p>L'organizzazione del Servizio sociale non può prescindere dall'organizzazione complessiva dell'Ente che lo accoglie, rispetto alla quale si esplicita la necessità di riflettere sulle seguenti questioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il Servizio sociale inizialmente rappresentava insieme alla Polizia municipale il principale servizio trasferito dai Comuni all'Unione, ed in sostanza il core business dell'Unione mentre oggi si stanno progressivamente conferendo all'Unione stessa molteplici altre funzioni ancora precariamente organizzate, che necessitano di apposito ed attento presidio • l'Unione non dispone di proprie capacità assunzionali, in quanto Ente derivato dei Comuni, altrettanto scarsamente dotati di capacità in questo senso • il servizio sociale deve poter contare sulla stabilità contrattuale degli operatori oltre che su una struttura amministrativa che dia supporto e continuità, senza smagliature, alle attività rivolte a migliaia di utenti <p>Il vigente ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA DISTRETTUALE DI RIORDINO DELLE FORME PUBBLICHE DI GESTIONE AI SENSI DELL'ART 8 DELLA LR 12.2013 "DISPOSIZIONI ORDINAMENTALI E DI RIORDINO DELLE FORME PUBBLICHE DI GESTIONE NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI. MISURE DI SVILUPPO E NORME DI INTERPRETAZIONE AUTENTICA IN MATERIA DI AZIENDE PUBBLICHE DI SERVIZI ALLA PERSONA, ha individuato nell'Unione e nell'ASP i contenitori dei Servizi sociali e socio sanitari, in un sistema dinamico che vede in capo all'Unione la programmazione e la committenza, in ambito di ASP la gestione dei servizi socio sanitari pubblici, e il Servizio sociale professionale in un divenire tra Unione ed ASP, a seguito di sperimentazioni di integrazione.</p> <p>Nel 2017 e 2018 si è dato corso alla sperimentazione della gestione tramite ASP delle funzioni di accesso, presa in carico e progettazione per l'area della tutela minori, ma si pone in prospettiva l'opportunità di valutare il conferimento all'ASP anche di altre attività del Servizio sociale, attesi i seguenti benefici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • specializzazione del contenitore ASP nella gestione dei servizi alla persona • gestione amministrativa e contabile, per conformazione giuridica, più snella e flessibile • maggiore capacità assunzionale e conseguente possibilità di utilizzare il lavoro flessibile solo in modo residuale ed ove effettivamente opportuno <p>Tale valutazione dovrà essere corredata di un'analisi complessiva dei contenitori Unione e ASP, delle rispettive strutture tecniche ed amministrative e della possibilità di non replicazione di uffici, ed avendo cura di preservare con appositi dispositivi organizzativi la separazione tra la funzione di accesso – che riguarda tutta la rete dei servizi, pubblici e privati, anche con funzione di controllo - e quella gestionale. In sostanza l'utilizzo di ASP anche per la gestione dei servizi sociali deve comunque garantire una visione d'insieme dell'offerta pubblico/privato e portare avanti progettualità sempre meno connesse alla mera offerta pubblica di servizi – per i</p>

quali le risorse restano invariate a fronte di un aumento della domanda - e sempre più orientata alla costruzione di legami sociali e di risorse dentro le comunità locali, valorizzando in parallelo altre forme di offerta.

L'organizzazione

Occorre consolidare il baricentro basso, confermando la presenza di posizioni organizzative territoriali e di posizioni organizzative specialistiche. Si prevede nel triennio di consolidare le seguenti unità organizzative di servizio sociale territoriale:

- Servizio sociale territoriale di Bibbiano, San Polo, Canossa: si tratta del Servizio territorialmente e demograficamente più ampio, recentemente costituito a partire dall'aggregazione di due precedenti Servizi, rispetto al quale è strategico – in presenza di un unico responsabile a tempo pieno col compito di coordinare l'attività su tre territori e le relazioni con tre comunità e rispettive amministrazioni Comunali - consolidare la base organizzativa di supporto, aumentando le ore operatore dedicate all'inclusione e al lavoro di comunità, e riducendo le situazioni di precarietà;
- Servizio sociale territoriale di Campegine e Gattatico: si sperimenta nel triennio la costituzione di un'unica unità organizzativa per questi due territori finora separati, con un unico responsabile a tempo pieno e con una completa riorganizzazione del servizio sociale professionale, che vede un potenziamento consistente dell'accoglienza su Campegine ed un potenziamento dell'inclusione, tramite risorsa professionale condivisa tra i due territori; anche in questo caso si pone l'esigenza di superare situazioni di precarietà e sostenere il ruolo dell'unico responsabile consolidando la base organizzativa di supporto;
- Servizio sociale territoriale di Sant'Ilario: si tratta del Comune più popoloso e più complesso per dinamiche geografiche e turn over di popolazione, per il quale si conferma una dotazione di responsabile dedicato a tempo pieno e la presenza di operatori stabili, e si intende sperimentare un aumento di dotazione sull'area dell'inclusione;
- Servizio sociale territoriale di Cavriago: si tratta di un territorio che vede nel triennio un cambiamento molto consistente per il pensionamento del responsabile e la sua sostituzione con un nuovo Responsabile a 18 ore, per il conferimento ad ASP nel 2019 (ultimo dei territori) di una rete consistente di servizi socio sanitari, per il ripensamento complessivo dell'organizzazione e il mantenimento di un articolato lavoro di comunità; anche in questo servizio vi sono situazioni di precarietà da superare;
- Servizio sociale territoriale di Montecchio: si tratta del Comune sede del Distretto socio sanitario e di conseguenza fulcro di una serie di relazioni con la comunità con valenza locale e sovra locale; si conferma una dotazione di responsabile dedicato a 30 ore settimanali e la presenza di operatori stabili; in seguito all'uscita per mobilità del professionista dedicato al lavoro di comunità, si sperimenta in questo ambito un operatore proveniente dall'area della tutela minori.

I Servizi sociali territoriali sostengono le importanti riorganizzazioni nelle aree della tutela (individuando e presidiando sul territorio risorse per l'accoglienza non istituzionalizzanti) e della disabilità (supportando la costruzione di luoghi inclusivi normalizzanti ed alternativi all'offerta socio sanitaria).

Le Risorse nazionali a contrasto della povertà andranno anche a sostenere l'organizzazione dei servizi territoriali, sia rispetto all'accoglienza che rispetto al servizio sociale professionale.

I responsabili di Servizio sociale territoriale hanno anche funzioni trasversali al gruppo, attribuite in modo fluido ed in base alle priorità di lavoro, attualmente assegnate come segue:

Montecchio:immigrazione;

Cavriago:disabilità;

Sant'Ilario: coordinamento sportelli sociali, OTAP;

Campegine e Gattatico:inclusione e Salute mentale;

Bibbiano, San Polo, Canossa: abitare.

Ogni Responsabile è inoltre referente per tavoli di lavoro specifici e di accompagnamento a particolari progetti e servizi: ufficio giovani, centro per le famiglie, percorsi contro la violenza di genere, gruppi tecnici per il coordinamento tra tutela e inclusione, gruppo progettuale sull'accoglienza nel territorio (APP).

Con riferimento alle aree specialistiche:

- famiglie, genitorialità, tutela e giovani: per quest'area di lavoro, dalla crescente complessità, si intende nel triennio avere un Responsabile dedicato, confermare la presenza di un Coordinatore e consolidare il gruppo di lavoro degli operatori, ed in particolare la risorsa psicologica; si conferma l'organizzazione di un sottogruppo specializzato dedicato all'emergenza (assistenti sociali, psicologo, educatore) e la maggiore afferenza territoriale degli altri operatori, pure in una continua formazione specifica per tutti gli operatori. Si intende infine perfezionare la sperimentazione della gestione del servizio tutela minori in capo ad ASP, trasferendo all'Azienda tutte le risorse destinate agli interventi sul target.
- disabilità: si intende destinare un responsabile dedicato a 18 ore, per sostenere le importanti riorganizzazioni previste per quest'area di lavoro (territorializzazione operatori,

	<p>servizi, progettazione con cittadini, gestori e famiglie); confermati i due operatori dedicati a tempo pieno; da rafforzare la figura sanitaria;</p> <ul style="list-style-type: none"> anziani: è l'area con minore precarietà ma sulla quale occorre investire per un sostegno mirato al gruppo di lavoro, per affrontare i carichi di lavoro particolarmente elevati e al tempo stesso avviare sperimentazioni innovative, sia sul territorio sia nell'integrazione socio sanitaria. <p>Occorre in generale completare l'informatizzazione dei servizi dotando tutte le aree di applicativi e cartelle condivise funzionanti e funzionali, arrivando progressivamente alla completa informatizzazione degli accessi e delle cartelle utenti.</p>
Destinatari	Responsabili ed Operatori dei servizi sociali
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> Confermare il modello organizzativo del Servizio sociale a baricentro basso, improntato alla prossimità e in grado di attivare e coordinare le risorse informali del contesto e delle comunità locali (CFR scheda 1- Unione di Reti) Consolidare il servizio sociale territoriale, anche con risorse nazionali e regionali destinate al contrasto della povertà (CFR scheda 3 - superare le povertà) Formalizzare i coordinamenti trasversali al territorio in capo ad ogni singolo responsabile di Servizio sociale territoriale Consolidare la sperimentazione della gestione del servizio tutela minori in capo ad ASP, trasferendo all'Azienda tutte le risorse destinate agli interventi sul target Individuare responsabile a tempo pieno per l'area famiglie, genitorialità, tutela e giovani (CFR schede 7, 8, 9) Individuare responsabile per la disabilità (CFR scheda 11 - H Pride) Percorsi formativo- consulenziali per l'area anziani (CFR scheda 14 – ripensare la rete per le persone anziane) Completamento informatizzazione
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, scolastiche ed educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Comuni aderenti all'Unione, Azienda pubblica di Servizi alla Persona,
Referenti dell'intervento	<p>Nadia Campani - Responsabile Ufficio di Piano</p> <p>Federica Anghinolfi - Responsabile servizio sociale integrato</p> <p>Annamaria Gianotti - Responsabile Servizio assistenza Anziani distrettuale</p> <p>Simona Bigi, Simona Monari, Alberto Grassi, Chiara Tarana, Carla Pinelli, Margherita Merotto - Responsabili Servizio sociale territoriale</p> <p>Vanja Guidotti – Direttore Azienda Pubblica di Servizi alla Persona</p>
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> Tempo lavoro dei professionisti (responsabili, operatori, amministratori) Applicativi e gestionali

Totale preventivo 2018: € 1.084.865,63

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **49.387,40 €**
 - AUSL : **276.743,47 €**
 - Unione di comuni : **758.734,76 €**
-

Indicatori locali: 3

1°: trasferimento risorse tutela ad ASP

Descrizione: completare la sperimentazione della gestione tutela in capo ad ASP trasferendo le risorse economiche relative

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

2°: responsabile

dedicato area Famiglie, tutela, genitorialità e giovani

Descrizione: prevedere un responsabile dedicato stante la crescente complessità

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

3°: responsabile

dedicato area disabilità

Descrizione: prevedere un responsabile dedicato per presidio riorganizzazione, inizialmente a 18 ore

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

3. SUPERARE LE POVERTA'

Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili

Riferimento scheda distrettuale: SUPERARE LA POVERTA'. SCHEDE DISTRETTUALE:1,2,4,5,8,13

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;C;D;E;

Razionale	<p>Nei dati nazionali e regionali, l'accesso alle misure relative alla povertà è basato su fattori monodimensionali (risorse economiche della persona o del nucleo familiare), non considerando – se non nelle fasi progettuali successive - gli aspetti multidimensionali della povertà, che sono culturali, relazionali, educativi.</p> <p>A partire dalle Linee guida distrettuali sulla povertà, elaborate nel Distretto della val d'Enza dal 2012, si è voluto mettere in luce come la povertà di un nucleo familiare sia determinata da una pluralità di fattori, di cui la povertà materiale è solo uno degli aspetti e spesso collaterale ad altre forme di povertà sulle quali risulta più strategico andare ad incidere con il progetto sociale e socio sanitario attorno alla famiglia. Già negli anni precedenti la crisi economica ed in coincidenza con i primi Piani di Zona, si è iniziato a lavorare per uno spostamento della visione progettuale sulle situazioni, operando uno spostamento da un lavoro più assistenziale, ad uno più educativo fino all'attuale modello comunitario.</p> <p>In sintesi: nell'intervento assistenziale si trasferiscono risorse pubbliche alla persona/famiglia, nell'intervento educativo si stimolano le persone e le famiglie ad accrescere le proprie risorse, mentre in quello comunitario si assume il problema a livello di comunità attivando le risorse del contesto di vita.</p> <p>Pertanto la tendenza del lavoro sociale è in continuo accrescimento.</p> <p>L'analisi accurata sulle risorse familiari (non solo economiche) orienta il lavoro, consentendo di differenziare gli interventi in base alle tipologie di famiglie e comprendere se occorre maggiormente lavorare sulla lettura del problema, sulle competenze personali, sulla percezione di sé, sulle reti relazionali.</p> <p>E' stato maggiormente evidenziato dalla crisi economica che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sono state messe più in difficoltà le persone con già presenti fragilità di vario genere, e quindi occorre lavorare prima di tutto su tali fragilità; senza tale lavoro il mero intervento economico non produce risultati significativi; • lo stesso reddito economico mensile, in condizioni socio relazionali differenti, può rappresentare sia una situazione di povertà (se ad es. si vive in isolamento o con scarsa capacità di gestione del denaro) sia una situazione di relativo benessere (se ad es. sono presenti relazioni sociali strutturate e una buona percezione della propria situazione). Usare pertanto un medesimo parametro economico uguale per tutti può determinare un non ottimale utilizzo delle risorse pubbliche. <p>L'applicazione delle Linee guida ha determinato un aumento molto consistente delle persone in carico all'area Inclusione (raddoppiate in 8 anni, come evidenziato nel primo capitolo del presente Piano) con risorse economiche dedicate dall'Ente locale sostanzialmente invariate perché i progetti a favore delle persone in carico hanno riguardato interventi diversi in cui sono state utilizzate risorse non economiche e/o derivanti dal contesto della comunità di appartenenza (inserimento in contesti lavorativi, pseudo-lavorativi, o ricreativi; interventi formativi o tirocini; accompagnamento nella gestione del bilancio familiare; mediazione con i servizi di gestione utenze o proprietari di immobili; micro-prestiti gestiti in collaborazione con il privato sociale; ecc).</p> <p>Organizzativamente, lo spostamento del lavoro ha determinato modalità di presa in carico differenziate:</p>
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • di lungo corso, ma con investimento di risorse progettuali limitato, per le situazioni di cronicità scarsamente evolvibili, ma che devono essere tutelate, per le quali si elaborano progetti in collaborazione con il privato sociale e/o con servizi sanitari. Il progetto viene rivisto periodicamente ma con basso investimento di risorse professionali; • brevi, ma con investimento di risorse progettuali elevato (per es tirocini o contributi economici finalizzati ad un progetto evolutivo di rapida realizzazione), per le situazioni con maggiori prospettive evolutive.
<p>Descrizione</p>	<p>Nel contesto descritto vanno inserite le nuove misure nazionali e regionali sulla povertà. I più recenti strumenti sembrano cercare di scongiurare il rischio di attivare modelli assistenzialistici, affiancando alla misura assistenziale del contributo economico una serie di azioni progettuali volte all'evoluzione delle singole situazioni attraverso strumenti educativi, in grado di aumentare le competenze delle persone in termini lavorativi e relazionali. Tuttavia mettono a disposizione uno strumento minimo – uguale per tutte le situazioni a basso reddito – che non tiene conto degli aspetti multifattoriali che di fatto determinano la povertà. Le prime valutazioni sono tuttavia positive, perché vengono comunque messe a disposizione del sistema risorse che, se gestite senza ricadere nell'assistenzialismo, possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rappresentare un ventaglio di risorse ulteriori da mettere in campo verso l'utenza in carico; • mettere a disposizione un aggancio per potenziali utenti non in carico per i quali si ravvisa l'opportunità di costruire una relazione. <p>Con le nuove risorse nazionali sono previste le seguenti tipologie di intervento, tutte già praticate dal Servizio sociale e quindi potenziabili con le nuove risorse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare, • sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare • tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione • assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità • servizio di mediazione culturale • servizio di pronto intervento sociale <p>Gli interventi aggiuntivi verranno programmati tenendo in attenzione la grande rilevanza dell'impatto delle povertà educative, che così tanto influiscono sul benessere dei minori e della comunità intera, ed in integrazione con la fitta rete di opportunità educative ed inclusive offerta dalla rete del territorio, nella stretta collaborazione tra Servizi sociali, associazioni e comunità locale.</p> <p>Le nuove misure nazionali e regionali stimolano ad affiancare alle situazioni che accederanno agli strumenti per la povertà un progetto personale stringente e volto all'evoluzione della situazione. Grazie al percorso sulle povertà costruito nel distretto della Val d'Enza, il sistema dei Servizi è in grado di affiancare alle nuove misure il necessario approccio responsabilizzante ed improntato all'evoluzione delle situazioni.</p> <p>L'approccio è condiviso tra l'Unione e la Caritas Diocesana, principale partner del Servizio sociale territoriale nelle azioni di inclusione e di contrasto della povertà, con la quale – partendo dalla mappatura delle risorse di contrasto della povertà e di inclusione presenti - si intende rafforzare il sistema di collaborazione già strutturato in ogni singolo territorio comunale all'interno di una cornice di ambito distrettuale.</p> <p>Con il Piano integrato territoriale 2018/2020 – approvato da Unione, Ausl e Agenzia regionale per il lavoro - sono stati concordati gli strumenti di politica attiva del lavoro rivolti a situazioni di fragilità. Si tratta di persone non necessariamente da prendere in carico ai servizi, o con caratteristiche per una presa in carico breve e finalizzata, andando anche ad evidenziare potenziali situazioni di fragilità non ancora intercettate.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'utenza che accede tramite il Servizio sociale ha potenzialità per le quali si prefigura una presa in carico limitata nel tempo con investimento di risorse qualificate, essendo in presenza di situazioni con buone potenzialità evolutive. La realizzazione e la verifica del progetto resta in capo al Servizio sociale. 2. L'utenza che accede agli strumenti tramite il Servizio sanitario può essere: <ul style="list-style-type: none"> • in carico ai servizi sanitari territoriali, ma con sufficienti autonomie e stabilità: la realizzazione e la verifica del progetto è in capo al Servizio segnalante. • non in carico in modo continuativo ai servizi sanitari (persone portatrici di invalidità o altre patologie non gravi al punto da determinare una presa in carico continuativa). Le modalità per la realizzazione e la verifica del progetto per questa casistica, per le quali non vi è storicità, saranno da verificare in base ai numeri, all'impatto e alle migliori modalità di costruzione concreta dei progetti. 3. Al Centro per l'impiego accede una platea di persone, potenzialmente fruitrici delle misure di politica attiva, che non necessariamente ha le caratteristiche per una presa in carico da parte dei Servizi socio sanitari. Andrà valutato se operare una proposta generalizzata a tutta l'utenza

	per intercettare un numero più vasto di situazioni, con problemi di sostenibilità rispetto alle misure di fatto disponibili. Non si prevede necessariamente la presa in carico da parte di servizi sociali e/o sanitari, pertanto la realizzazione e il monitoraggio rimarrà in capo al Servizio lavoro. Molto opportuna la prevista riforma per il potenziamento di questo servizio, attualmente in difficoltà nel gestire le molte progettualità innovative che necessitano del suo apporto.
Destinatari	Cittadini, utenti dei servizi, famiglie, associazioni di volontariato e di promozione sociale, cooperative, aggregazioni spontanee della società civile e organizzazioni informali, Caritas/Centri di Ascolto
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e rafforzamento del servizio sociale professionale, nelle aree dell'accoglienza, dell'inclusione e della tutela dei minori • Consolidamento della rete territoriale di costruzione di opportunità inclusive ed educative nei singoli territori, in connessione con le associazioni di volontariato e la comunità locale (CFR scheda 1. Unione di Reti) • Mappatura e coordinamento delle attività di inclusione e contrasto alla povertà Unione/Caritas (CFR Piano povertà) • Consolidamento delle equipe multiprofessionali (servizi sociali, sanitari e del lavoro) per l'attuazione delle nuove misure di politica attiva del lavoro a favore di persone con fragilità • Consolidamento del Centro per l'impiego
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, politiche scolastiche ed educative, politiche del lavoro, politiche abitative, politiche per la sicurezza
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Comuni aderenti all'Unione, Azienda pubblica di Servizi alla Persona, Forze dell'Ordine, Istituti Comprensivi, Centro servizi per il volontariato
Referenti dell'intervento	Nadia Campani - Responsabile Ufficio di Piano Simona Bigi, Simona Monari, Alberto Grassi, Chiara Tarana, Carla Pinelli, Margherita Merotto - Responsabili Servizio sociale territoriale Sonia Gualtieri - Direttore di Distretto
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti dei servizi sociali, sanitari e del lavoro • Educatori a supporto dei percorsi di autonomia e dei processi partecipativi locali • Volontari, utenti dei servizi, famiglie e cittadini

Totale preventivo 2018: € 1.560.083,03

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **74.081,10 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **101.690,00 €**
- Quota Fondo povertà nazionale: **193.375,87 €**
- Quota Fondo povertà regionale LR24/16: **74.796,97 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **59.560,46 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **281.058,00 €**
- AUSL : **236.999,76 €**
- Unione di comuni :**538.520,87 €**

Indicatori locali: 2

1°: mappatura servizi di contrasto alla povertà

Descrizione: mappatura

condivisa tra servizio sociale e caritas sull'offerta distrettuale di opportunità e risorse

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** si
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si

**2°: utenza in carico
all'area inclusione sociale**

Descrizione: numero degli
utenti in carico all'area dell'inclusione sociale

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 888 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 900
- **Obiettivo 2019:** 900
- **Obiettivo 2020:** 900

4. ABITARE

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Riferimento scheda distrettuale: 1,3,14

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;C;D;

Razionale	<p>La progettazione relativa all'ABITARE caratterizza una parte consistente delle energie e delle spinte innovative dei Servizi Sociali Territoriali dell'Unione Val d'Enza, che intendono portare avanti un insieme di azioni, progetti, sperimentazioni che, col coinvolgimento delle realtà locali, della comunità, delle associazioni, mirano a costruire nuove risposte, sostenibili, al problema del mantenimento dell'abitazione da parte di nuclei famigliari in difficoltà economiche, sociali, culturali, da parte di persone non autosufficienti, anziane o con disabilità.</p> <p>Si pensa in particolare a cittadini che si trovano in situazioni di fragilità, disagio, vulnerabilità e conflitto: singoli adulti, giovani, anziani, disabili e/o famiglie con minori in condizione di vulnerabilità per ragioni economiche e/o sociali, in particolare persone scarsamente integrate nel contesto di vita, in difficoltà nell'accesso ai servizi e alle opportunità del territorio, con scarsa o assente rete parentale o amicale di supporto, pertanto a rischio di scivolamento in una condizione di isolamento e/o povertà.</p> <p>Le risposte tradizionali al problema dell'abitazione non rappresentano attualmente un valido argine all'esplosione di casi di sfratto, perdita dell'alloggio all'asta, pignoramenti. Gli strumenti tradizionali per eccellenza sono due. La disponibilità di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP), ove poter collocare famiglie in difficoltà economica e in cerca di una abitazione, e le Strutture Residenziali (Comunità, Centri Residenziali, Alloggi protetti).</p> <p>Il primo strumento, l'ERP, presente in tutti i Comuni della Val d'Enza in misura più o meno consistente da Comune a Comune, sconta due problematiche, che lo rendono poco spendibile: 1. Essere un intervento costoso per l'Ente pubblico e conseguentemente non poter essere garantito che ad una fortunata minoranza di utenti in difficoltà; 2. Essere un intervento rigido, non flessibile, non dinamico, che presuppone la casa, per pochi, garantita a Vita. Il combinato disposto di queste due problematiche comporta il fatto che la stragrande maggioranza delle persone in carico ai Servizi Territoriali dell'Unione Val d'Enza, pur avendo i requisiti per accedere alle graduatorie Erp, non riusciranno mai ad ottenere la casa.</p> <p>Il secondo strumento, l'inserimento di persone utenti dei Servizi e non autosufficienti (anziani e disabili) in strutture iper specializzate, sconta di fatto le stesse criticità dell'Erp (strumento costosissimo per l'Ente pubblico e proprio per questo utilizzato per pochi utenti), con l'aggiunta di accentuare lo scollamento generalmente già esistente tra le persone non autosufficienti e la comunità, la rete amicale, di vicinato, associativa. L'inserimento in struttura "risolve" cioè il problema contingente e principale della Persona non autosufficiente, ma "esonera" la comunità dal farsene carico anzi, culturalmente genera un'aspettativa iperspecialistica da parte dei cittadini, che si aspettano che gravi patologie vengano "curate" nei centri dedicati, svolgendo così sempre meno la funzione di "comunità" che stringe le proprie maglie intorno alle persone in difficoltà.</p> <p>L'Unione Val d'Enza si sta progressivamente dotando di strumenti ulteriori, che affianchino quelli tradizionali sopra descritti, ma che abbiano caratteristiche diverse e cioè: 1. progetti che responsabilizzino la Persona in difficoltà a essere protagonista del proprio progetto di Vita, non demandandolo alle Istituzioni; 2. progetti che allo stesso tempo responsabilizzino e coinvolgano la comunità, il privato sociale, il vicinato, la cittadinanza nel farsi carico di "segmenti" di risposte al problema; 3. progetti che siano flessibili, dinamici, sostenibili e quindi non garantiti ab aeternum, condivisi tra più soggetti, ecc</p>
------------------	---

	<p>Queste motivazioni sono alla base della nascita di diverse sperimentazioni, tutte contenute nel contenitore di idee "Abitare", e portate avanti dall'Unione in collaborazione con diversi soggetti ed Enti del territorio.</p> <p>In particolare, il focus dell'Unione nel prossimo triennio sarà sui seguenti progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Convenzioni di Emergenza Abitativa con ACER (Azienda Casa Emilia Romagna) ☐ Tavolo bilaterale Unione-Caritas diocesana, con il coinvolgimento dei locali gruppi Caritas parrocchiali della Val d'Enza ☐ Progetto "Welcome" ☐ Progetto "Abitare Solidale"
<p style="text-align: center;">Descrizione</p>	<p>1. Convenzioni di Emergenza Abitativa con ACER (Azienda Casa Emilia Romagna)</p> <p>Si tratta di un accordo formulato dall'Unione con ACER sulla base delle motivazioni sopra espresse. L'accordo prevede sostanzialmente che ACER agisca, di concerto con i Servizi Sociali, sul territorio, intercettando privati cittadini che vogliono mettere a disposizione, gratuitamente o in regime di affitto calmierato, la propria abitazione per progetti dei Servizi Sociali, che prevedono l'inserimento in quell'appartamento di un nucleo familiare in difficoltà economiche e abitative, in carico ai Servizi stessi. Il cittadino, come contropartita alla sua disponibilità, ottiene la garanzia del Servizio Sociale al pagamento dell'affitto in caso di morosità dell'inquilino.</p> <p>Per i Servizi Sociali Territoriali dell'Unione si tratta di uno strumento molto interessante e utile:</p> <p>1) perché consente di affidare ad ACER la gestione amministrativa, contrattuale, delle utenze, dei canoni d'affitto; 2) perché consente di modulare la proposta sulla base della reali condizioni del nucleo familiare e sulle potenzialità dello stesso nucleo (il Servizio può infatti decidere se accollarsi tutto l'affitto, o solo in parte, scarsa o consistente, impegnando il nucleo familiare a corrispondere l'altra parte); 3) è uno strumento flessibile, che permette attraverso ACER di concedere un tempo limitato e determinato al nucleo familiare (un anno, due, tre, rinnovabili, a seconda delle valutazioni), impegnandolo, in questo lasso temporale, alla ricerca di un lavoro e in generale alla ricerca di un proprio progetto di vita autonomo e, soprattutto, sostenibile. Il progetto è molto interessante per il privato proprietario, che si vede garantito l'affitto e la riparazione dei danni dall'Ente pubblico.</p> <p>2. Tavolo bilaterale Unione - Caritas diocesana, con il coinvolgimento dei locali gruppi Caritas parrocchiali della Val d'Enza</p> <p>Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, che prevede la costituzione della rete dei servizi territoriali, includendo anche le attività del Terzo Settore impegnato nelle politiche sociali, è stata l'opportunità per incontrare le Caritas Parrocchiali e fare il punto sui reciproci rapporti di collaborazione.</p> <p>E' stata condivisa l'esigenza di approfondire la struttura e gli interventi che ciascuna Organizzazione sta svolgendo a favore della povertà e delle persone fragili, al fine di sviluppare ulteriori sinergie anche in relazione ai nuovi strumenti nazionali contenuti nel piano sopra citato.</p> <p>E' stato espresso un interesse reciproco ad avviare un percorso congiunto con la finalità di formalizzare le collaborazioni e le co progettazioni. E' stato quindi costituito un gruppo di lavoro, fra Unione Val d'Enza e Caritas delle Parrocchie, con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mappatura degli interventi, rivolti al contrasto alla povertà, dei Servizi sociali territoriali, delle Caritas e quelli svolti in collaborazione - Descrizione delle modalità di accesso dei cittadini alle rispettive Organizzazioni - Le buone prassi di lavoro - Le criticità e i bisogni prevalenti rilevati. <p>Già messa a fuoco come criticità l'accoglienza, in emergenza, delle persone che perdono la casa per sfratto, per bisogno di allontanarsi dalla propria abitazione per importanti contrasti familiari o per mancanza di reti familiari/sociali. Queste situazioni, per la stessa definizione di emergenza, richiedono interventi immediati e personalizzati che nell'attuale sistema dei servizi non sempre trova risposta. Alcune Caritas Parrocchiali hanno trovato occasionalmente soluzioni informali, e i servizi sociali dell'Unione Val d'Enza hanno favorito progetti di accoglienza di coabitazioni di persone fragili, ma si è individuato quale ambito di lavoro comune, valorizzando le reciproche esperienze, lo sviluppo di nuove progettualità per una rete di accoglienza in emergenza nella val d'Enza.</p> <p>3. Abitare Solidale</p> <p>Si sono costruite le premesse per diffondere, in co-progettazione con alcune associazioni molto radicate sul territorio, opportunità di coabitazioni basate sulla reciprocità e il mutuo aiuto. In particolare si intende promuovere forme di cittadinanza attiva, sviluppando opportunità abitative per persone con bisogni diversi. Destinatari del progetto sono cittadini con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proprietari o affittuari che vivono in case troppo grandi per le loro esigenze di vita e

	<p>che sono a rischio di perdita di autosufficienza</p> <ul style="list-style-type: none"> - famiglie che necessitano di aiuto nella conciliazione dei tempi di lavoro, cura e gestione della casa - soggetti in momentanea difficoltà economica e/o sociale o persone che necessitano di una temporanea opportunità abitativa in attesa di una maggiore autonomia. <p>La progettazione prevede l'individuazione della domanda/offerta e il loro incrocio, in termini solidaristici, sulla base di una approfondita analisi dei bisogni, delle aspettative e delle opportunità rilevate. Dopo la delicata fase di matching, si prevede una fase abitativa sperimentale che dovrà essere attentamente accompagnata e monitorata dagli operatori dei servizi, grazie al supporto dei volontari, per arrivare ad un vero e proprio accordo di coabitazione.</p> <p>Il progetto prevede la supervisione di Abitare solidale Auser Firenze, da tempo capofila della progettazione in Italia, associazione con la quale Unione Val d'Enza si è di recente convenzionata.</p> <p>4. Welcome - WELFARE DI COMUNITA'</p> <p>Il progetto muove dall'analisi dei contesti territoriali e in particolare delle zone dove si registra una vulnerabilità, evidente o potenziale, determinata dalla presenza di un numero significativo di famiglie in difficoltà economiche nella gestione della casa e dei consumi, fragilità genitoriali, anziani soli, genitori separati, famiglie con difficoltà di integrazione e carenza di buone relazioni di vicinato.</p> <p>Si intende sperimentare in questi contesti specifici (condominio o quartiere o altro contesto abitativo delimitato e individuato, nei Comuni di Bibbiano, Montecchio, Cavriago e Sant'Ilario) una modalità di lavoro integrato, replicabile e sostenibile, che faccia leva sulle risorse interne delle persone e delle famiglie, in cui i cittadini stessi sono gli agenti del cambiamento, utilizzando la metodologia relazionale di rete per una soluzione condivisa e solidale dei problemi sociali e bisogni comuni, che porti al risultato di sostenere l'abitare in tutte le sue differenti declinazioni. Sono individuati i seguenti obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sostegno e messa in rete delle risorse della comunità ☐ Creazione di relazioni positive e di mutuo aiuto tra gli abitanti ☐ Rinforzo delle reti informali di aiuto e sostegno ☐ Connessione tra i bisogni e le risorse del territorio in cui si opera ☐ Prevenzione dello scivolamento in situazioni di grave povertà e isolamento sociale ☐ Formazione a stili di vita e di consumo più consapevoli e sostenibili ☐ Condivisione di un metodo di lavoro comune per i progetti di condominio e di comunità ☐ opportunità di relazione in contatto con realtà che spesso rimangono ai margini, esperienze "non convenzionali" per riconoscere nell'altro una risorsa ☐ socializzazione e condivisione di esperienze significative tra gli stessi volontari ☐ Attuare dei presidi con l'obiettivo di abitare il territorio ☐ Plasmare punti di osservazione del territorio e dei gruppi informali ☐ Riqualificare i quartieri dove vengono effettuati gli interventi
Destinatari	cittadini fragili
Azioni previste	<p>Convenzioni di Emergenza Abitativa con ACER (Azienda Casa Emilia Romagna)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio accordi e andamento progettualità sulle persone inserite negli alloggi (durata, esiti, ecc) <p>Tavolo bilaterale Unione - Caritas diocesana, con il coinvolgimento dei locali gruppi Caritas parrocchiali della Val d'Enza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura rete integrata delle azioni di inclusione e contrasto alla povertà organizzate dal Servizio sociale e dalle Caritas • Progettazione di soluzioni più strutturate per la gestione delle emergenze abitative <p>Abitare Solidale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costruzione protocollo operativo servizio sociale/associazioni di volontariato • Avvio e monitoraggio delle coabitazioni <p>Welcom</p> <ul style="list-style-type: none"> • analisi socio-demografica dei contesti individuati per arrivare all'identificazione dei bisogni e delle risorse • Azione formativa metodologica agli operatori interessati • Individuazione degli interlocutori sui territori • attivazione di azioni progettuali volte a supportare l'organizzazione della vita quotidiana, intercettare situazioni di fragilità, sostenere e accompagnare processi di autonomia

	<p>dei residenti, favorire occasioni di scambio e mutuo-aiuto tra singoli e/o famiglie, promuovere la cura e la manutenzione degli spazi comuni, ridurre le conflittualità presenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aiutare le persone motivate a trovarsi assieme per ridefinire una finalità comune, • Tenere gli obiettivi flessibili in base ai temi emergenti nel confronto con le persone e con i problemi da esse portati • Riqualificazione urbana di alcuni dei contesti individuati
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche abitative, politiche per la sicurezza
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni aderenti all'Unione, Caritas diocesana e Caritas delle Parrocchie dei Comuni della Val d'Enza, Fondazione Manodori, Azienda Casa Emilia Romagna, Coop.va Lo Stradello, Coop.va Creativ, CEIS
Referenti dell'intervento	Nadia Campani - Responsabile Ufficio di Piano Simona Bigi, Simona Monari, Alberto Grassi, Chiara Tarana, Carla Pinelli, Margherita Merotto - Responsabili Servizio sociale territoriale
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • professionisti a supporto dei processi (responsabili e operatori dei Servizi e delle Cooperative) • Volontari Caritas, volontari Auser, volontari singoli, centro servizi per il volontariato • Utenti dei servizi, famiglie e cittadini

Totale preventivo 2018: le risorse finanziarie dedicate alle azioni riportate nella presente Scheda intervento sono cumulativamente riportate nella Scheda intervento 3 del presente Piano.

Indicatori locali: 4

1°: CONVENZIONE ACER

Descrizione: convenzione

tra unione e ACER per alloggi destinati ad emergenza abitativa

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

2°: ACCOGLIENZA IN EMERGENZA CON CARITAS

Descrizione: progettazione

condivisa di una soluzione abitativa destinata all'emergenza

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** no

- **Obiettivo 2020:** si

3°: COABITAZIONI

Descrizione: coabitazioni

attivate tramite progetto abitare solidale

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 0

- **Obiettivo 2020:** 5

4°: PROGETTI ABITATIVI DI COMUNITA'

Descrizione: progetti

di solidarietà reciproca attivati nei contesti abitativi (Welcom)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

5. IL CONTESTO MULTICULTURALE E L'INCLUSIONE DI PERSONE STRANIERE NEO ARRIVATE.

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Riferimento scheda distrettuale: 1,2,3,18.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	<p>La popolazione straniera residente nel territorio della Val d'Enza rappresenta il 9,5 della popolazione totale, come già evidenziato nella fotografia del territorio, cap. 1 del presente piano. La scelta dell'ambito territoriale è sempre stata di non creare un servizio specifico per le persone migranti ma attrezzare i Servizi sociali territoriali nell'accoglienza di questa fascia di popolazione: le informazioni e l'orientamento per l'accesso ai servizi vengono svolte dallo Sportello Sociale e, in relazione ai bisogni rilevati, i cittadini stranieri vengono inviati alle diverse aree del Servizio sociale territoriale. Alcuni interventi specifici, quali la mediazione culturale e la progettazione FAMI CASP-ER rivolta all'inclusione delle famiglie straniere più fragili, sono coordinati dall'Unità organizzativa del livello distrettuale.</p> <p>DATI RELATIVI AL I° SEMESTRE 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> -famiglie straniere seguita dall'area tutela minori n. 165, corrispondenti al 41% del totale delle famiglie in carico all'area, di cui 28 monogenitoriali - famiglie straniere, con minori, seguite dall'area povertà e inclusione sociale n. 125, corrispondenti al 65% del totale delle famiglie in carico all'area; di cui 6 monogenitoriali -adulti stranieri, senza minori, seguiti dall'area povertà e inclusione sociale n. 92 -famiglie inserite nel progetto Casp-er n. 21, minori coinvolti n. 62 <p>Anche in Val d'Enza le caratteristiche dei flussi in ingresso sono notevolmente cambiate: a fronte di un ridimensionamento degli ingressi per lavoro e dei ricongiungimenti famigliari, sono arrivati, attraverso la gestione di prima accoglienza straordinaria (CAS), i migranti richiedenti protezione internazionale; nella quasi totalità si tratta di giovani uomini, provenienti dall'Africa centrale, in fuga da condizioni di vita segnate dalla povertà. In alcune situazione, queste persone presentano complessità di natura sanitaria (fisica e psichica) e/o dipendenze. La situazione dell'accoglienza nel mese di luglio 2018 è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - COMUNE DI CAMPEGINE:sono state accolte 18 persone (10 maschi e 8 femmine), gestiti da cooperative sociali (6 Ovile e 12 Dimora d'Abramo), provenienti da Marocco, Senegal, Nigeria, Guinea, Mali e Gambia, ai quali vanno aggiunte n° 2 famiglie, una con un minore e una senza minori. Sono state attivate 13 esperienze di volontariato/tirocinio. - COMUNE DI GATTATICO:sono state accolte 23 persone (23 maschi), gestiti da cooperative sociali (Dimora d'Abramo), provenienti da Gambia, Nigeria, Ghana, Guinea,Camerun. Sono state attivate 18 esperienze di volontariato/tirocinio. - COMUNE DI SANT'ILARIO: sono state accolte 20 persone (20 maschi), gestiti da cooperative sociali (14 La Vigna e 6 Dimora d'Abramo), provenienti da Senegal, Nigeria, Ghana, Guinea/Bissao, Togo, Costa d'Avorio, Gambia. Sono state attivate 14 esperienze di volontariato/tirocinio e 3 contratti di lavoro a termine. - COMUNE DI CAVRIAGO: sono state accolte 18 persone (18 maschi), gestiti da cooperative sociali (Dimora d'Abramo), a cui va aggiunta una famiglia con un figlio, gestita da Ovile. Sono state attivate 15 esperienze di volontariato/tirocinio. - COMUNE DI MONTECCHIO EMILIA: sono state accolte 15 persone (15 maschi), gestiti da cooperative sociali (11 da Papa Giovanni e 4 da Ovile), provenienti da Gambia, Nigeria e
------------------	--

	<p>Ghana. Vi sono in aggiunta due famiglie con un totale di tre figli e una famiglia senza figli gestite da Oville. Sono state attivate 13 esperienze di volontariato/tirocinio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - COMUNE DI BIBBIANO: sono state accolte 13 persone (6 maschi e 7 femmine), gestiti da cooperative sociali (7 da Papa Giovanni e 6 da Dimora di Abramo), provenienti da Costa d'Avorio, Guinea, Mali, Nigeria. Sono state attivate 11 esperienze di volontariato/tirocinio. - COMUNE DI SAN POLO: sono state accolte 23 persone (23 maschi), gestiti da cooperative sociali (da Vigna e da Dimora di Abramo), provenienti da Costa d'Avorio, Guinea, Mali, Nigeria, Gana, Gambia, Sierra Leone. Sono state attivate 9 esperienze di volontariato/tirocinio. - CANOSSA: sono state accolte 10 persone (5 maschi e 5 femmine), gestiti da cooperative sociali (da Dimora di Abramo). Sono state attivate 5 esperienze di volontariato/tirocinio. <p>In totale sono stati accolti n° 140 rifugiati di cui 120 maschi, 8 nuclei famigliari con minori e 4 senza. Sono stati attivati 98 esperienze di tirocinio/volontariato, e 3 contratti di lavoro a termine.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>L'accoglienza straordinaria è di competenza governativa, gestita attraverso appalti, ma la presenza sul territorio di queste persone ha indotto gli Enti Locali, attraverso i Servizi sociali territoriali, ad affiancare gli Enti Gestori per promuovere l'inclusione sociale degli stessi e per trattare le situazioni più vulnerabili attivando le risorse del Servizio sociale professionale, del privato sociale, delle reti di volontariato associato o singolo presenti sul territorio.</p> <p>Il lavoro quotidiano dei servizi è finalizzato a sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera su più livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> -accompagnamento delle persone neo arrivate alla conoscenza del luogo e della comunità in cui il proprio progetto migratorio si sta realizzando; - sostegno e promozione dell'alfabetizzazione linguistica e sociale; -trattamento e cura delle famiglie più fragili; - percorsi di inserimento sociale/lavorativo <p>Si conferma inoltre un forte investimento nei progetti di lunga durata per le persone straniere, che sono una parte molto consistente della casistica in carico; per tutte queste situazioni sono attivi gli strumenti educativi e di sostegno alla genitorialità e gli strumenti di inclusione sociale e lavorativa descritti nelle schede intervento relative alle tematiche specifiche.</p> <p>Sono inoltre attive su territori numerose azioni sociali e culturali con fini di inserimento sociale, apprendimento e valorizzazione delle diverse culture, conoscenza delle regole, legalità.</p> <p>Con riferimento all'inserimento scolastico, si conferma l'investimento specifico nei servizi di mediazione interculturale, e il coordinamento delle azioni distrettuali tramite il Coordinamento politiche educative in sinergia con gli Istituti comprensivi e le specifiche Funzioni strumentale da essi individuate. Tale organizzazione ha consentito nel tempo un efficace coordinamento degli interventi; il supporto all'insegnamento della Lingua italiana come L2 viene fornito direttamente dall'Unione tramite risorse che operano all'interno degli Istituti a seconda delle necessità individuate e di una programmazione coordinata di interventi.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>cittadini immigrati, servizi, scuole, popolazione</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sostegno e promozione dell'insegnamento della lingua italiana con azioni di supporto ai Centri Territoriali Permanenti quali il babysitteraggio, sedi, trasporti; - organizzazione di corsi di alfabetizzazione sociale, di educazione civica e di cittadinanza attiva, di sostegno alla genitorialità; - costruzione di percorsi di integrazione sociale con associazioni di Volontariato del territorio, con attivazione di laboratori di cucina, sartoria, informatica, attività di auto mutuo aiuto, attività di socializzazione; -inserimento delle famiglie più fragili nel progetto Casp-er, percorso di accompagnamento socio-culturale –educativo; - attivazione della mediazione culturale nelle singole situazioni, nelle scuole, nei progetti di comunità; - sostegno all'apprendimento della lingua italiana come L2 per studenti neo arrivati; - percorsi specifici per affrontare situazioni di dipendenza collegati a particolari gruppi etnici; <p>Integrazione dei richiedenti asilo e/o protezione internazionale in connessione con gli Enti gestori dei CAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -costruzione di percorsi di inclusione che prevedano esperienze di volontariato presso i servizi comunali e le Associazioni di volontariato del territorio, - inserimento dei migranti in associazioni sportive, culturali; -inserimento dei migranti giovani nel progetto "Giovani Protagonisti", per favorire esperienze

	<p>di volontariato con ragazzi, loro pari, del territorio;</p> <p>- affiancamento agli Enti Gestori per favorire inserimenti formativi/lavorativi nelle realtà locali;</p> <p>- istituzione tavolo di lavoro composto da Sociale (Servizio sociale integrato), Sanità (CSM e SERT) e Enti gestori CAS (Dimora di Abramo e Ovile) per il trattamento e cura dei soggetti più fragili (dipendenze, disagio psichico, genitorialità).</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, scolastiche e formative, del lavoro, abitative, culturali
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi sociali territoriali, Ufficio giovani, Servizio sociale integrato, Coordinamento politiche educative, Servizi culturali e Uffici scuola comunali, Servizi dell'Ausl, Istituti scolastici, Terzo Settore, Soggetto aggiudicatario del servizio di mediaz
Referenti dell'intervento	Margherita Merotto, Responsabile servizio sociale territoriale di Montecchio e Referente Unione per Area Immigrazione
Risorse non finanziarie	tempo lavoro dei professionisti coinvolti (Coordinatore servizio di mediazione, Mediatori culturali, operatori dei Servizi sociali territoriali, Coordinatore pedagogico, operatori sanitari, Dirigenti istituti scolastici, Insegnanti CTP, Terzo settore), sedi e materiali per attività, trasporti.

Totale preventivo 2018: € 356.370,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **24.693,70 €**
- Unione di comuni :**331.676,30 €**

6. SOSTENERE E FAR CRESCERE CHI CURA.

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
 28 Valorizzazione delle conosc

Riferimento scheda distrettuale: 8,11,14,18.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;D;

Razionale	<p>L'esclusione sociale e la fragilità sono manifestazioni derivano da carenza di risorse personali, familiari, relazionali. Tali carenze stanno diventando strutturali con il modificarsi della composizione delle famiglie, in crescente misura mono o bi - personali, l'invecchiamento della popolazione, la perdurante crisi economica, l'elevata mobilità e conseguente turn over di popolazione.</p> <p>In rete con le realtà associative, con il contesto del territorio e dei cittadini, si intende lavorare ad un empowerment di comunità, mirato a valorizzare le risorse presenti nei singoli e nei contesti e a ricostruire nuovi legami sociali. Il Servizio sociale territoriale, improntato ad un modello organizzativo di prossimità, oltre a svolgere una funzione di controllo e protezione dei soggetti più fragili (interventi assistenziali), investe importanti energie per stimolare le persone e le famiglie ad accrescere le proprie risorse personali e relazionali (interventi educativi) e perché le problematiche presenti siano assunte a livello di comunità attivando le risorse del contesto di vita (interventi comunitari).</p> <p>Nello specifico, si intende sostenere le famiglie con responsabilità educative e di cura nei confronti di minori, persone con disabilità, anziani non autosufficienti, persone con dipendenze o patologie psichiatriche attraverso azioni individuali e di gruppo, mirate a fornire spazi di accoglienza delle difficoltà e delle fatiche, conoscenza delle opportunità e dei servizi presenti nella rete territoriale formale ed informale, strumenti concreti per la gestione delle problematiche quotidiane, occasioni relazionali e di scambio.</p> <p>Il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico. Accogliere le istanze famigliari, saper ascoltare le aspettative e riconoscere difficoltà e affaticamenti relativi alle dinamiche a cui solitamente espone la presenza di famigliari con fragilità, sono punti di partenza imprescindibili per un corretto approccio di caring che sappia mettere al centro la persona.</p>
Descrizione	<p>I Servizi per l'Infanzia e l'Adolescenza non possono mai prescindere dal coinvolgimento dei famigliari o delle persone che ne ricoprono le veci. L'informazione/formazione e l'accompagnamento dei famigliari sono di fondamentale importanza per favorire percorsi di prevenzione, potenziamento di abilità e mantenimento di competenze acquisite. Inoltre i famigliari devono sempre essere coinvolti per rendere fluida l'informazione tra i vari agenti sociali a supporto dell'utente minore e risultano attori fondamentali in fase progettuale. Si rende quindi necessario trasmettere ai caregiver strumenti culturali e tecnici a supporto di percorsi terapeutici e di inclusione sociale.</p> <p>Nell'ambito delle responsabilità genitoriali, si intende presidiare i seguenti piani di lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • home visiting, per favorire nei primi mesi di vita del bambino funzioni riflessive sulla relazione genitore- figlio, rafforzare e confermare comportamenti corretti, fornire consigli per preparare i genitori alle diverse tappe di sviluppo del bambino, prevenire trascuratezza e maltrattamento, indirizzare alle diverse opportunità presenti nel territorio, e altre buone pratiche di salute.

- Psicoterapeuti a costo calmierato: si conferma la disponibilità di apposito albo, costituito dall'Unione tramite bando pubblico, grazie al quale famiglie in carico ai Servizi possono accedere ad interventi psicoterapeutici con professionisti specializzati in ambito familiare a costi accessibili
 - Affidato familiare: L'affido, soprattutto quando praticato con la modalità part-time, rappresenta anche un servizio di supporto alla famiglia d'origine. In molti casi, la famiglia affidataria si sostituisce completamente alla famiglia d'origine e necessita di specifico e costante supporto. Alle campagne di sensibilizzazione per il reperimento di nuove risorse accoglienti, alla formazione (2 corsi all'anno), e valutazione (5 incontri di 3 ore e 7 colloqui con psicologa e assistente sociale) segue quindi un lavoro di quotidiano supporto al lavoro di cura. Ad un' Assistente sociale dedicata alla funzione, si affiancano gli operatori dell'Area della tutela e dai Servizi sociali territoriali.
 - Sostegno alle competenze genitoriali: oltre al lavoro più professionale sulla casistica in carico, in cui il sostegno al ruolo genitoriale è di tipo individuale /educativo, vengono promossi sui territori, con il coordinamento dei Servizi sociali territoriali e con la collaborazione di Associazioni e specialisti, momenti di confronto, informazione e formazione su temi educativi
 - Coinvolgimento genitori dei pazienti della Neuropsichiatria in incontri di progettazione, Coinvolgimento Genitori nel processo di Transizione ai Servizi Adulti, Consulenze tecniche, Interventi educativi domiciliari e territoriali, Incontri di Parent Training individuali e di gruppo per genitori di minori con ASD, Ricoveri di Sollievo specie per situazioni ad elevata complessità
- Nell'ambito della cura di persone anziane non autosufficienti, il caregiver rappresenta il punto di riferimento relazionale e assistenziale che può direttamente svolgere parte delle funzioni di assistenza, delegarne altre e/o facilitare e monitorare l'eventuale accesso ai servizi. Oltre alle azioni di supporto fornite dai professionisti sanitari e sociali, si intende sviluppare le seguenti azioni:
- Studiare con i Responsabili del caso possibili percorsi formativi e di counselling ai caregiver;
 - intensificare la funzione di tutoring svolta dai servizi sociali, assistenziali e sanitari in particolare nei momenti di cambiamento del setting assistenziale
 - Campagne informative su temi relativi alla salute e al benessere, ricevere informazione e formazione su tematiche sociosanitarie ricorrenti nel lavoro di cura alle persone anziane, anche valorizzando la Casa della salute di Montecchio
 - corso sui diversi stadi della demenza, con l'obiettivo di sostenere i caregiver nei percorsi che, con il supporto dei servizi, è possibile intraprendere dall'esordio della malattia alla sua fase terminale, in collaborazione tra Servizi Sociali, Centro disturbi cognitivi distrettuale e associazione AIMA
 - valorizzare alcuni luoghi di socializzazione per renderli maggiormente inclusivi anche nei confronti delle persone più fragili (saletta di Laura, servizio ricreativo di Bibbiano, casa degli Alpini a Canossa) e dei loro caregiver
 - mantenere attivi i 5 gruppi di sostegno per familiari di persone con disturbi cognitivi presenti sul territorio a favore dei familiari di persone con demenza, lavorando per una partecipazione più diffusa dei caregiver
 - Aggiornare l'analisi del fenomeno delle assistenti familiari insieme alle agenzie private che sul territorio si dedicano alla somministrazione del lavoro a domicilio, per sviluppare azioni di facilitazione e accompagnamento delle famiglie da un lato e di affiancamento e formazione delle stesse lavoratrici dall'altro.
- Azioni rivolte ai familiari di persone con patologie psichiatriche:
- Gruppi skills per familiari di pazienti con gravi disturbi di personalità (anche per utenti del Ser-DP). L'intero ciclo si compone di 12 incontri a cadenza quindicinale con l'obiettivo di fornire le linee guida e le necessarie informazioni sulla cura del DBP (disturbo borderline di personalità)
 - parent training con psicologi per familiari di persone che hanno ricevuto la diagnosi di autismo non in età infantile ma già da adulti e pertanto non hanno usufruito nel periodo della minore età del trattamento abilitativo specifico per i disturbi dello spettro autistico
 - Psicoeducazione Familiare (Programma Regionale Esordio Psicotico): si attiva subito dopo la diagnosi di tale disturbo psichiatrico ed ha come obiettivi principali la riduzione dello stress familiare e la diminuzione/prevenzione delle ricadute e dei ricoveri dei pazienti.
- Azioni rivolte ai familiari di persone con dipendenze:
- Gruppi skills per familiari di pazienti con gravi disturbi di personalità in collaborazione con CSM. L'intero ciclo si compone di 12 incontri a cadenza quindicinale con l'obiettivo di fornire le linee guida e le necessarie informazioni sulla cura del DBP (disturbo borderline di personalità)
 - Gruppi di parent training per familiari di pazienti SerDP con l'obiettivo di fornire informazioni sulla dipendenza secondo il modello bio-psico-sociale e di aumentare le abilità

	<p>comunicative dei partecipanti. Ogni ciclo ha una durata di 6 mesi con incontri a cadenza mensile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione con gruppi di mutuo aiuto Club Alcolologici Territoriali (CAT), Alcolisti Anonimi (AA) per persone con problemi alcol correlati (PAC) e per i loro famigliari <p>Con riferimenti ai familiari di persone disabili, accompagnate nella quotidianità del Servizio perso-ne disabili in tutto il percorso di elaborazione e realizzazione del progetto individuale, sono inoltre previste le seguenti modalità di supporto specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppo di lavoro distrettuale, per la condivisione delle progettualità complessivamente rivolte all'area e la partecipazione attiva nelle scelte sulla programmazione dei servizi; • Gruppi di lavoro territoriali (su 3 ambiti sub distrettuali) insieme a volontari e professionisti, per la costruzione condivisa di opportunità di inclusione vicine ai contesti di vita.
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> • genitori in generale • genitori con fragilità nella gestione delle responsabilità genitoriali • caregiver di anziani non autosufficienti • caregiver di anziani non autosufficienti con disturbi cognitivi • attivazione di luoghi di socializzazione prossimi ai contesti di vita per persone non autosuf-ficienti e loro famiglie • familiari di persone con disabilità • familiari di persone con patologie psichiatriche • familiari di persone con dipendenza • cittadini
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazione dell'home visiting • Conferma dell'Albo psicoterapeuti a costo calmierato per famiglie in carico ai servizi • Potenziamento della campagna affido • Continuità alle iniziative a sostegno della genitorialità sui territori • iniziative informative e formative su temi di cura alla persona anziana, anche con disturbi cognitivi • Gruppi di sostegno per familiari di anziani con disturbi cognitivi • Iniziative rivolte alle assistenti familiari • Tutoring alle famiglie con anziani non autosufficienti da parte dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari • Gruppi di familiari di persone con disabilità • Sostegno psicologico e/o Gruppi di sostegno per familiari di persone in carico al Servizio di Salute mentale e al Servizio Dipendenze Patologiche • Azioni specifiche per i genitori o altri caregiver di utenti del servizio di Neuropsichiatria infantile (parent training, sollievi, consulenze, interventi educativi domiciliari)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, scolastiche ed educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Ausl – Centro disturbi cognitivi, Servizio infermieristico, Pediatria di Comunità Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta Comuni della Val d'Enza Azienda pubblica di Servizi alla Persona Istituti comprensivi Associazione La Cova Associazio</p>
Referenti dell'intervento	<p>Sonia Gualtieri - AUSL Distretto di Montecchio Emilia Fiorenza Pattaccini – AUSL Dipartimento di Salute Mentale Flavia Neri – AUSL SerDP Federica Anghinolfi - Servizio sociale integrato Annamaria Gianotti –Servizio assistenza Anziani distrettuale Nadia Campani –Ufficio di Piano</p>

	Gabriela Gildoni NPI
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Famiglie, famiglie affidatarie, volontari • Tempo lavoro dei professionisti (responsabili, operatori) • psicoterapeuti a costo calmierato • Privato sociale (associazioni, cooperative) • Agenzie private di somministrazione lavoro

Totale preventivo 2018: le risorse finanziarie dedicate alle azioni descritte nella presente Scheda intervento sono cumulativamente riportate nelle Schede intervento 3, 8, 11, 14 .

Indicatori locali: 2

1°: gruppi

di sostegno disturbi cognitivi

Descrizione: gruppi per familiari di anziani affetti da disturbi cognitivi

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 5

2°: iniziative di sostegno per familiari di

utenti CSM e SerDP

Descrizione: numero iniziative di sostegno per i familiari di pazienti con patologie psichiatriche o dipendenza

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 5

7. I PRIMI MILLE GIORNI: CAMMINARE INSIEME.

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: 8

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	<p>L'Home Visiting (HV) è uno strumento di promozione della salute e di contrasto precoce delle disuguaglianze. Praticato nei primi anni dopo la nascita di un bambino rappresenta uno dei più efficaci interventi a sostegno della genitorialità. E' raccomandato dall'American Academy of Pediatrics e dall'Ufficio Europeo dell'OMS, oltre che nel documento di indirizzo per le azioni a sostegno dei diritti sociali e civili dell'infanzia che il garante nazionale Spadafora ha recentemente sottoposto al Parlamento.</p> <p>Lo scopo delle visite domiciliari è quello di sostenere le competenze presenti nel contesto familiare, rafforzando i fattori di protezione, individuando gli elementi di rischio e di vulnerabilità che richiedono interventi mirati.</p> <p>L'HV è inserita all'interno del percorso nascita che inizia nei consultori con la presa in carico della gravidanza, prosegue in ospedale al momento del parto e continua nei primi mesi di vita del bambino con il sostegno al puerperio e all'allattamento.</p> <p>Nella realtà regionale la figura di riferimento nel percorso nascita è l'ostetrica, territoriale e ospedaliera, coadiuvata dal ginecologo e dal pediatra per gli ambiti di competenza nelle situazioni di patologia o di rischio.</p> <p>La gravidanza fisiologica è autonomamente gestita dall'ostetrica del consultorio che segue nel dopo parto anche il neonato per gli aspetti legati all'allattamento e al maternage.</p> <p>Le informazioni di promozione della salute e dei corretti stili di vita sono veicolati soprattutto attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita (compresi quelli per l'utenza straniera con barriera linguistica) e gli incontri tenuti dai pediatri dei punti nascita; in alcuni distretti sono attivi anche gruppi di auto-aiuto che contribuiscono a diffondere informazioni e fornire sostegno.</p> <p>L'HV "può fare quello che altrimenti non viene fatto e raggiungere quelli che altrimenti non verrebbero raggiunti"; può cioè mirare i suggerimenti al singolo nucleo familiare e ad un preciso contesto abitativo. Il contatto diretto, 'a casa loro', rende più facile l'individuazione di eventuali fattori di rischio psico-sociali, disturbi emozionali e relazionali, conflitti di coppia, povertà della rete parentale e amicale.</p> <p>Il compito dell'operatore in HV è quello di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leggere i bisogni • favorire funzioni riflessive sulla relazione genitori-figlio • rafforzare e confermare comportamenti corretti • fornire consigli anticipatori per preparare i genitori alle diverse tappe di sviluppo del bam-bino • prevenire la trascuratezza e il maltrattamento • indirizzare alle diverse opportunità di inclusione sociale presenti nel territorio • consigliare su come prevenire gli incidenti domestici • suggerire come riprendere l'attività sessuale nel postpartum e quali possibilità contraccettive • proporre buone pratiche di salute <p>I contenuti dei messaggi proposti nei diversi appuntamenti sono relativi allo stadio di sviluppo del bambino e si basano su iniziative e progetti nazionali già attivi e validati. In particolare possono essere citati Nati per Leggere, Nati per la Musica, Genitori Più, Massaggio infantile,</p>
------------------	--

	<p>Portage, e altre modalità di cure prossimali.</p> <p>La metodologia e l'approccio sono quelli del counselling, in ottica di sussidiarietà, rispettando abitudini e culture dei singoli, evitando uno stile direttivo, con attenzione all'empowerment e alle competenze presenti.</p> <p>In Italia ci sono pochissime esperienze di HV strutturato, molto diffuse all'estero: in particolare GB, Canada, Australia dove è praticato da diversi anni e gestito da personale dedicato e appositamente formato. Gli operatori sono i cosiddetti 'healthvisitors' o 'health promoters' o 'community healthnurses', un mix di puericultrice, assistente sanitaria, infermiere di comunità. Che il primi mille giorni di vita di un bambino siano una fase molto delicata per la famiglia e significativa per il suo successivo sviluppo è dato assunto da molto tempo dalla programmazione locale, che ha dimostrato un elevato investimento nei servizi educativi rivolti a questa fascia (nidi, micronidi ed altre tipologie flessibili di accoglienza per bambini e per genitori con bambini) e stimolato iniziative spontanee di mutuo aiuto e di gruppo. Negli stessi servizi vengono organizzate e offerte opportunità di momenti individuali e collettivi di incontro, formazione e confronto su temi educativi e genitoriali. Nonostante il forte investimento, permangono famiglie che non accedono ai servizi per motivi culturali o economici, e che occorre avvicinare per offrire opportunità per accedere in modo facilitato a questo importante patrimonio di servizi.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>1. Sperimentazione home visiting in val d'enza</p> <p>Il progetto si colloca tra gli obiettivi del Centro per le Famiglie della Val d'Enza approvati sia dalla Giunta dell'Unione dei Comuni della Val d'Enza che dal Comitato di Distretto ed è stato pensato in linea con le indicazioni regionali che promuovono la prevenzione al disagio attraverso interventi mirati alla fascia di età 0-3 anni, finanziati all'interno del Fondo Nazionale Politiche per le Famiglie e al conseguente Fondo Famiglia. È coerente con gli obiettivi di integrazione sociosanitaria ed educativa e con l'impostazione di prossimità declinata nel Piano Sociale e Sanitario.</p> <p>1.1 Gruppo di progetto</p> <p>Il Gruppo di progetto è il medesimo individuato per la recente riorganizzazione del Centro per le Famiglie (CPF) dell'Unione dei Comuni della Val d'Enza così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AUSL di Reggio Emilia <p>Responsabile del Progetto Materno Infantile Dipartimento Cure Primarie, Ausl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comuni <p>Responsabili Scuola e Cultura Comune di S. Ilario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unione Val d'Enza <p>Coordinatore Politiche Educative Responsabili S. Sociale Territoriale Sant'Ilario e S. Sociale Territoriale Bibbiano, San Polo e Canossa; Assistente Sociale referente per l'Affido e l'Accoglienza; Operatrici Centro per le Famiglie; Responsabile Servizio Sociale Integrato.</p> <p>Il gruppo di progetto, successivamente all'avvio, si incontra mensilmente per monitoraggio e verifica.</p> <p>1.2. Equipe operativa individuata</p> <p>E' composta da ostetrica, assistente sociale e, ove necessario, mediatore culturale. In totale lavorano al progetto 2 assistenti sociali e 2 ostetriche.</p> <p>1.3 target</p> <p>Si prevede di coinvolgere in totale 17 famiglie nell'anno 2018, e di dare continuità negli anni successivi in base all'andamento della sperimentazione e delle risorse disponibili.</p> <p>Stante la sperimentabilità e le risorse limitate inizialmente a disposizione, il Gruppo di progetto ha individuato come priorità famiglie con difficoltà evidenti ma in presenza di risorse del nucleo familiare/allargato su cui lavorare</p> <p>1.3 formazione preliminare</p> <p>L'integrazione con i settori sanitario, educativo, sociale e terzo settore avviene attraverso momenti di formazione con l'obiettivo di evidenziare i differenti punti di vista professionali sul tema della genitorialità, dell'attaccamento, dalla cura del neonato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione plenaria rivolta ai soggetti della rete sociosanitaria ed educativa nella rete: centro per le famiglie, Pediatri di Libera Scelta, Psicologa del Servizio Famiglia Infanzia Età Evolutiva, Psicologa Psicoterapeuta formatrice sul trauma, Coordinatrice delle Politiche Educative della Val d'Enza, Pedagogisti del Coordinamento Pedagogico, Responsabili degli Uffici Scuola, Assistenti Sociali area tutela, mediatori linguistico culturali, Ostetriche dell'Ospedale Franchini di Montecchio Emilia e dei Consultori, Assistenti Sociali Area Inclusione, Educatori Territoriali, Referente Dipartimento Cure Primarie (DCP), progetto materno infantile Ausl di Reggio Emilia, Responsabili dei Servizi Sociali Territoriali, realtà del

	<p>terzo settore presenti nella rete.</p> <ul style="list-style-type: none"> • incontri formativi per l'Equipe Operativa che svolge gli accessi a domicilio. <p>1.4 Modalità operative</p> <p>Le Ostetriche, osservando presso il consultorio il percorso di gravidanza, segnalano all'Equipe Operativa le situazioni potenziali da coinvolgere nel percorso.</p> <p>L'Equipe di progetto valuta quali progetti attivare, in base al target concordato.</p> <p>Le ostetriche propongono alla neo mamma/nucleo, durante la degenza in Ospedale, l'adesione al progetto.</p> <p>L'Equipe operativa propone la prima data di accesso a domicilio direttamente al nucleo familiare.</p> <p>L'Equipe operativa lavora in collegamento diretto con la pediatria di comunità, i pediatri di famiglia, i consultori ostetrici, i centri per le famiglie, il servizio sociale, la neuropsichiatria territoriale, il volontariato e i gruppi di auto-aiuto e procede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ad orientare e accompagnare nuclei familiari alle opportunità/servizi proposti dai territori della Val d'Enza; • a contattare i Servizi Sociali e Sanitari territoriali qualora serva una loro presa in carico <p>Il calendario delle visite è variabile in base agli obiettivi che ci si pone. Nel caso di un approccio universalistico occorre prevedere 3-4 visite nel primo anno di vita del bambino: nella seconda settimana dalla nascita, a 2-3 mesi, a 5-6 mesi e a 8-9 mesi. La durata prevista di una visita è di almeno 1 ora (sono poi da prevedere gli spostamenti).</p> <p>E' anche possibile un approccio mirato su casi selezionati, utilizzando griglie con check-list per i fattori di rischio psico-sociale.</p> <p>2. modificare il futuro</p> <p>Il progetto ha l'obiettivo specifico di contrastare la povertà educativa minorile attraverso azioni di socializzazione e apprendimento. Finanziato dalla Fondazione Con i Bambini e coordinato a livello provinciale dalla Coop.va Ambra, coinvolge 35 Comuni della Provincia di Reggio Emilia e 6 Coope-rative socio-educative.</p> <p>A livello locale il progetto è coordinato dall'Unione Val D'Enza. I destinatari sono i bambini dagli 0 ai 6 anni non frequentanti alcun servizio della prima infanzia e i loro genitori. Il progetto coinvolgerà le famiglie come forma di cittadinanza attiva e inclusione sociale durante le azioni di scolarizzazione dei minori. Saranno attivati complessivamente 9 servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presso i Comuni di Campegine, Sant'Ilario d'Enza, Canossa, Bibbiano e Gattatico si attiveranno servizi rivolti alla fascia 0/3: azioni rivolte alla coppia adulto bambino, con attività a sostegno della relazione in un contesto socio-educativo stimolante e facilitato da un coordinatore educativo; • presso i Comuni di Cavriago, Montecchio Emilia, Bibbiano e Sant'Ilario d'Enza si attiveranno servizi rivolti alla fascia 3/6: azioni rivolte a bambini in età pre-scolare con attività a sostegno della scolarizzazione per i bambini non inseriti nelle scuole dell'infanzia per un ingresso più competente alla scuola primaria; <p>Nel complesso il progetto offre gratuitamente ai bambini esperienze di socializzazione, apprendimento, gioco e creatività e ai genitori opportunità di condividere le esperienze con i loro figli, confrontandosi con altri genitori ed esperti.</p>
<p>Destinatari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neo mamme e nuclei con bambini entro i primi 1000 giorni di vita che possono presentare fragilità • Associazione di Promozione Sociale "La Cova" • "Multiplo" Centro Cultura Cavriago. • Famiglie con bambini in età 0/6 anni che non accedono alla rete locale dei servizi educativi <p>Gruppi informali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Mamme della Val d'Enza" a Ponte Novo • "Filos" di Sant'Ilario • Donne Indiane di Campegine • "A colazione con..." presso Polo educativo di Barco di Bibbiano
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione sull'home visiting rivolta ai soggetti della rete sociosanitaria ed educativa nella rete • Individuazione criteri di segnalazione/accesso all'home visiting • Costituzione dell'equipe operativa home visiting • incontri formativi per l'Equipe Operativa home visiting che svolge gli accessi a domicilio

	<ul style="list-style-type: none"> • avvio degli accessi a domicilio su segnalazione ospedale/consultorio • incontri mensili del gruppo di progetto home visiting e monitoraggio accessi al domicilio • attivazione di 9 opportunità presso i servizi educativi 0/6 anni del territorio, rivolte a famiglie non frequentanti
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, politiche educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Comuni aderenti all'Unione, Azienda pubblica di Servizi alla Persona,
Referenti dell'intervento	Alessandro Volta – Responsabile Dipartimento Cure primarie/ Area materno infantile Simona Bigi, Carla Pinelli - Responsabili Servizio sociale territoriale/ Unione Val d'Enza Federica Anghinolfi - Responsabile servizio sociale integrato/ Unione Val d'Enza Maria Angela Leni - Responsabile Coordinamento politiche educative Unione Val d'Enza e Responsabile Scuola e Cultura Comune di S. Ilario
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti (responsabili, operatori) • Organizzazioni del privato sociale • Gruppi informali di famiglie

Totale preventivo 2018: € 103.400,18

- Centri per le Famiglie: **5.694,18 €**
- Altri fondi europei: **97.706,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: attivazione progetto home visiting

Descrizione: svolgere

visite domiciliari per nuclei con minori nei primi 1000 giorni di vita

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 17

- **Obiettivo 2019:** 18

- **Obiettivo 2020:** 19

2°: nuove

opportunità per famiglie con bamibini 0/6

Descrizione: opportunità gratuite di apprendimento, socializzazione e incontro presso i servizi 0/6 anni

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 9

- **Obiettivo 2019:** 9

- **Obiettivo 2020:** 10

8. UN SISTEMA EDUCANTE CONSAPEVOLE PER UN'INFANZIA PROTETTA.

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda distrettuale: 1,2,3,8,9.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;D;

Razionale	<p>Prevenzione, sostegno e riparazione per una genitorialità consapevole e un sostegno/protezione all'infanzia traumatizzata</p> <p>MOTIVAZIONE</p> <p>Il Servizio famiglia infanzia età evolutiva, tra quelli con maggiore storicità nella gestione associata, si è modificato negli ultimi anni all'interno di una serie di fattori in rapidissima evoluzione:</p> <ul style="list-style-type: none">• modifica del contesto socio economico, della composizione delle famiglie, della componente straniera• aumento delle complessive tematiche di fragilità genitoriale e di povertà educative portate• modifica organizzativa del contenitore: progressivo cambiamento dell'Unione, per il quale insieme al servizio Persone disabili era inizialmente il core business dell'Ente, oggi in rapidissima espansione su altri settori• modifica organizzativa del Servizio sociale nel suo complesso (da parzialmente comunale a totalmente gestito in forma associata), con l'adozione di un modello a baricentro basso, cioè basato sulla prossimità e su articolazioni organizzative vicine al territorio ma con una componente specialistica trasversale. <p>Già dal 2012 il Servizio ha avviato sperimentazioni sull'emergenza per meglio interagire con le scuole, dare supporto agli insegnanti in difficoltà nelle segnalazioni e per rispondere in modo più competente all'emergenza, come richiedono le norme. La miglior connessione con il mondo degli insegnanti ha favorito la costruzione di un protocollo sulle segnalazioni, ed ha reso possibile una maggior vicinanza tra due mondi istituzionali con differenti mandati.</p> <p>Nel corso del 2012- 2013 si è potenziato e il sistema dell'educativa domiciliare trasformandola in educativa territoriale; i gruppi di lavoro dei Servizi Sociali Territoriali, presenti in ciascun Comune della Val d'Enza, avevano iniziato a sperimentare la collaborazione e la sinergia con le nuove figure educative e con collaborazioni trasversali ai target, mentre la gestione della funzione di tutela rimaneva centralizzata per poter rispondere al requisito di "integrazione" del servizio, cioè del suo raccordo con le funzioni sanitarie e la magistratura (Tribunale per i minorenni).</p> <p>Il reticolo territoriale ha consentito di cogliere in-put e out-put provenienti dalle comunità, sia per situazioni fragili, a rischio di deterioramento socio educativo e relazionale, sia riguardo alle risorse informali e relazionali della comunità stessa.</p> <p>La presenza di interventi territoriali sulle tematiche dell'infanzia e genitorialità svolto con gli Istituti Comprensivi della Val d'Enza ha cominciato a dare i primi risultati a partire dal 2013, dimostrando gli effetti positivi dell'interazione. La sperimentazione di un ascolto emotivo non giudicante e competente ha consentito maggiori collaborazioni con le e gli insegnanti e la maggior vicinanza empatica ha reso possibile sostenerli nel difficile ascolto di rivelazioni traumatiche da parte di numerosi bambini e bambine. Inoltre, numerose sono stati gli eventi formativi rivolti ad insegnanti e operatori socio-sanitari ed educativi dei servizi, per comprendere le sofferenze dei bambini nel vivere esperienze traumatiche.</p> <p>Negli anni successivi sono aumentate corposamente le segnalazioni provenienti dalle scuole. È stato pertanto necessario organizzare un presidio stabile che sostenesse gli insegnanti nel</p>
------------------	--

	<p>vedere con occhi e cuore diverso i bambini in difficoltà: in ogni scuola si è costituito un gruppo di lavoro (assistente sociale e educatore) che mensilmente si affianca agli insegnanti e sportelli psicologici esistenti.</p> <p>Le segnalazioni di sospette violenze possono contenere rivelazioni che entrano nello spettro dei reati perseguibili d'ufficio e le azioni di sostegno giuridico per i minori vittime di tali reati compiuti in un contesto familiare richiedono al Servizio sociale una presenza attiva e di alto livello qualitativo. Il lavoro di cura prevede anche il sostegno in giudizio, attraverso studi legali specializzati, per aprire questo "nuovo mondo" e partecipare a fianco delle piccole vittime, ai processi in ambito penale. Dal 2014 il servizio famiglia infanzia età evolutiva ha quindi strutturato in modo formale il "gruppo emergenza".</p> <p>Gli operatori dei servizi non sono stati lasciati soli: a partire dal 2014 la Regione Emilia Romagna, prima attraverso la Commissione Parità, poi con l'organo di Garanzia e con il gruppo di lavoro sulle linee di indirizzo regionali Maltrattamento e Abuso, ha posto molta attenzione e grande vicinanza al Servizio della Val d'Enza.</p> <p>Nel 2015, dopo alcuni incontri con il gruppo ristretto delle linee di indirizzo Regionali, la Regione Emilia Romagna, la Giunta dell'Unione, l'AUSL di Reggio Emilia con il supporto del gruppo di coordinamento provinciale per l'attuazione delle linee di indirizzo regionali sul maltrattamento e abuso sessuale sui minori, hanno accolto la proposta di realizzare un Convegno di due giornate, nella primavera del 2016 a Bibbiano (RE), avente come obiettivo l'emersione di un fenomeno come quello dell'abuso sessuale e il maltrattamento all'infanzia e tracciare il percorso di "ascolto e cura del trauma, ed i percorsi di giustizia a sostegno dei minori".</p> <p>Nel 2016 anche la Commissione Parlamentare Infanzia e Adolescenza ha chiesto un'audizione specifica per capire quanto stava accadendo e le modalità con cui veniva svolto il lavoro di cura e tutela dei minori. Altri momenti di confronto, formazioni, approfondimenti sono stati portati all'esterno dell'Ente attraverso la promozione e partecipazione a convegni, lezioni universitarie, trasmissioni televisive e articoli di stampa locale e nazionale.</p> <p>Dal settembre 2016, visto il numero elevato di minori traumatizzati all'interno delle loro famiglie, si rendeva indispensabile l'intervento psicoterapeutico specifico – richiamato dai LEA, dalle norme regionali, nazionali e internazionali – con spazi e professionisti disposti a svolgere il lavoro di cura. Ne è nato -in collaborazione con l'AUSL di Reggio Emilia- lo spazio "La cura", appositamente allestito e gestito a seguito di un Bando Pubblico con la collaborazione Associazioni ONLUS per ospitare le psicoterapie specifiche sul trauma dell'infanzia.</p> <p>Dal gennaio 2017, inoltre, per superare la precarietà degli operatori dedicati al Servizio, si è sperimentata con successo la gestione del Servizio tramite ASP.</p> <p>Il numero di minori vittime di maltrattamenti e abusi sessuali è continuato nel 2017 e 2018 ad aumentare sensibilmente, richiedendo di destinare molto tempo lavoro alle emergenze e non consentendo di realizzare la funzione di sostegno, prevenzione e collaborazione con il territorio, in questa fase delegata in modo improprio al servizio Sociale Territoriale (Responsabili e Assistenti Sociali Area Inclusione). Il Tavolo Tecnico dei Responsabili ha attivato di un gruppo di lavoro per studiare una soluzione organizzativa coerente con i quadri normativi di riferimento, la letteratura a disposizione e le esperienze effettuate negli anni precedenti, dell'organizzazione complessiva del servizio sociale improntata da un lato alla prossimità (servizio sociale territoriale) dall'altra alla necessaria specializzazione su ambiti particolarmente delicati (tutela).</p> <p>Malgrado i servizi per la tutela dei minori siano in perenne mutamento in relazione ai mutamenti sociali, sono pochi gli studi che ne hanno analizzato le caratteristiche specifiche, riflettendo su come essi si siano evoluti e su come affrontino il tema cruciale del bilanciamento degli interessi tra protezione del bambino e aiuto al genitore. Per questo motivo il gruppo di lavoro si è trovato a sperimentare - in assenza di un background culturale già preparato ed attraverso una autonoma lettura della situazione locale in rapidissima evoluzione - azioni organizzative coerenti e flessibili.</p> <p>Una parte consistente dell'utenza è di provenienza straniera o da altre regioni d'Italia, con differenti culture familiari. In diversi casi la violenza o la prevaricazione, nelle sue diverse forme, sono agite normalmente nelle relazioni in famiglia, nel gruppo amicale (gang), nelle giovani e giovanis-sime coppie .</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Il progetto di riorganizzazione prende le mosse dal modello di prossimità complessivo su cui è organizzato il Servizio sociale in val d'Enza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • livello territoriale, con articolazione organizzativa presso ognuno dei Comuni, per il presidio diretto sul territorio delle funzioni di prevenzione, accoglienza, valutazione, progettazione, presa in carico, monitoraggio e verifica, la promozione delle reti locali, in modo trasversale rispetto ai target tradizionali e con la presenza di tutte le figure professionali; • livello trasversale, con articolazioni organizzative uniche per il territorio distrettuale, per il presidio delle complessità più elevate, l'interfaccia con altri enti ed lo svolgimento di

compiti che richiedono elevata specializzazione: programmazione generale, area della tutela dei minori, centro per le famiglie, area della non autosufficienza.

Grazie ad un capillare lavoro di costruzione di reti e di attenta cura della relazione con i contesti di vita, si è potuto ricorrere maggiormente a famiglie affidatarie, adulti accoglienti, progetti di vita autonoma, situazioni meno strutturate ma anche più "calde" e più flessibili rispetto al modificarsi e moltiplicarsi dei bisogni.

Il triennio 2015-2017 ha richiesto un forte investimento per il presidio e la cura delle situazioni di abuso e grave maltrattamento, rispetto al quale Val d'Enza si è qualificata come un distretto innovativo ed efficace a livello regionale per la qualità e appropriatezza degli interventi. Si prevede di continuare a valorizzare questa competenza anche in collaborazione con le strutture regionali, il Garante per l'Infanzia e l'Ausl. In ogni caso la casistica presenta un livello di complessità molto elevato che dovrà interrogare anche l'organizzazione in termini di soluzioni che consentano la tenuta anche della casistica ordinaria.

Si è strutturato il servizio su tre livelli:

LIVELLO A: servizio sociale territoriale e area tutela, è rivolto a situazioni di famiglie con minori dove il problema prevalente riguarda la povertà anche educativa (non specialistico, coinvolge l'area inclusione);

LIVELLO B: art. 17 LR 14/2008 area tutela, dedicato a situazioni di famiglie con minori dove il problema prevalente riguarda la disfunzionalità della gestione delle funzioni genitoriali, con la presenza di un decreto del Tribunale dei Minori o del Tribunale Ordinario (area specialistica);

LIVELLO C: art. 18 LR 14/2008 gruppo di riferimento rivolto a situazioni di minori vittime di gravi maltrattamenti fisici e psicologici e abusi sessuali (area altamente specialistica).

Gli obiettivi di lavoro:

- Costituire il team che segue il minore e il suo contesto di vita nel percorso di tutela, salute e giustizia
 - Formare e responsabilizzare i genitori, operatori minorili, insegnanti, operatori giudiziari e i professionisti dell'infanzia
 - Presa in carico psicoterapeutica individuale e di gruppo per minori e giovani adulti traumatizzati a causa di maltrattamenti e abusi sessuali
 - Strategie per coinvolgere se e dove possibile, i familiari coinvolti
 - Formazione psico socio educativa all'intelligenza emotiva
 - Sinergie tra assistenti sociali, educatori, psicologi, medici, operatori sanitari e insegnanti nella comprensione delle ferite emotive dei bambini traumatizzati
 - Ridare ai bambini traumatizzati fiducia, speranza e capacità di amare
 - Sviluppare sensibilità e competenze, nei genitori, educatori, operatori sociali e professionisti
 - Preparazione della vittima ad un autonomo e graduale reinserimento in società
- Funzioni del servizio di riferimento Maltrattamento/abuso sessuale
- Emergenza: Prima valutazione, Gestione della messa in protezione del minore, Attività con autorità giudiziaria
 - Presa in carico situazioni molto complesse: Presa in carico per un periodo limitato (5/7 mesi) per dare in put al progetto e riportarlo in situazione stabile, Consulenza e co conduzione aree critiche (Giuridica, Legale, Medica, Psicologica)
 - Prevenzione e formazione, ricerca fondi
 - formazione alle scuole di ogni ordine e grado anche con l'aiuto di specialisti
 - percorsi di prevenzione all'interno di attività sanitarie (ginecologie, pediatrie, pronti soccorsi, MMG, Neuro psichiatria infantile.)
 - formazione alle famiglie del territorio in una logica preventiva ed educativa
 - Ricerca fondi grazie alla collaborazione di associazioni che già si sono attivate in tal senso (associazioni Casina dei bimbi, Uditori di voci, Rompere il silenzio, Cuore di Zucchero)
 - Messa a disposizione del sistema dei servizi e della cittadinanza di un "luogo di cura" per le psicoterapie e assistenza medico legale
- Accoglienza

Il Referente – appartenente all'area Tutela - progetta e realizza percorsi e attività inerenti alle tematiche dell'accoglienza. E' punto di riferimento per costruire visioni condivise e azioni relative al tema dell'affido, dell'adozione in tutte le loro accezioni e fasi del percorso. Sono ormai numerosi i corsi per affidatari (almeno 2 all'anno), con le rispettive valutazioni (5 incontri di 3 ore per il gruppo affido e 7 colloqui con psicologa e assistente sociale per valutazione); il gruppo accoglienza programma incontri di sensibilizzazione, gruppo affidatari e gruppo genitori, monitoraggio dell'andamento affidi, abbinamento affidato/affidante. Gli operatori sui territori attivano sensibilizzazioni sul tema dell'affido, oltre a fare i primi colloqui informativi.

Minori seguiti per ambiti (SSFIEE e SST inclusione) nel 2016 e 2017:

2016: 980 minori seguiti, di cui 391 seguiti dall'area A (inclusione) e 589 seguiti dall'area B (tutela);

	<p>2017: 1.134 minori seguiti di cui 439 seguiti dall'area A (inclusione), 606 seguiti dall'area B (tutela) e 89 seguiti dall'area C (maltrattamento e abuso).</p> <p>Il ruolo dei servizi sociali territoriali Il lavoro che ha coinvolto i servizi sociali territoriali e l'integrato dell'Unione Val d'Enza ha dato modo di sviluppare una rete di "enzimi sociali" in supporto alle situazioni di gravi difficoltà, diffondendo uno stile di buona pratica comunitaria in quanto la comunità stessa diventa piano "educante", facendo il massimo sforzo per accogliere e sostenere i minori all'interno dei loro territori di vita.</p> <p>Lo sviluppo di questa "coscienza collettiva comunitaria" è frutto di almeno 10 anni di lavoro preziosissimo e lungimirante che i Servizi Sociali dei Comuni afferenti all'Unione hanno costruito con pazienza, professionalità, lungimiranza e creatività.</p> <p>L'attivazione di esperienze educative inclusive all'interno dei Servizi Sociali Territoriali, hanno permesso la costruzione di "spazi educativi inclusivi" che prevedono l'accoglienza diurna di minori con la presenza di figure adulte professionali (educatori), adulti accoglienti (affidatari) e volontari (spesso studenti). La funzione di questi luoghi, oltre a quelle di osservazione e ascolto, è educativa e di prevenzione all'istituzionalizzazione ed in parallelo di recupero delle capacità genitoriali.</p> <p>I progetti innovativi messi a sistema negli ultimi 2 anni, accolgono circa 150 minori, e sono: "Il Filos di Sant'Ilario", piccolo APP di Campegine, Fuori Classe Montecchio, "L'Isola che non c'è di Cvriago", "Casale di Barco", APPerò Gattatico, l'APP di San Polo e Canossa; l'APP di Montecchio.</p> <p>Dati accoglienza al 30.06.2018 Comunità Case famiglia: (anche con mamme)39Minori; APP e luoghi educ. territoriali:150 (di cui 37 App); Affidi:58.</p> <p>Oltre alla cura e individuazione precoce delle situazioni famigliari gravi, il sistema territoriale lavora in modo preventivo sulle situazioni con difficoltà genitoriale, attivando corsi per genitori e progetti di comunità che puntano a ricreare una rete di sostegno ed educativa a favore delle famiglie a rischio.</p>
<p>Destinatari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunità • Genitori e minorenni, in situazioni di povertà educativa, • genitori con fragilità nella gestione delle responsabilità genitoriali • minori in difficoltà • minori con particolare esposizione a traumi complessi • risorse accoglienti • scuole • insegnanti • operatori socio sanitari e educativi • Magistratura Ordinaria e Minorile
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento progetto di riorganizzazione attraverso l'approvazione in Giunta/Comitato di distretto • Convegno sugli esiti della riorganizzazione delle funzioni di tutela nell'autunno 2018 • Collaborazione a nuova edizione di apposito Master e Corso di altra specializzazione da Gennaio 2019 • Redazione nuovo Accordo di Programma con Ausl di Reggio Emilia • Consolidamento offerta territoriale di luoghi accoglienti per la prevenzione dell'istituzionalizzazione • Ampliamento ed ulteriore qualificazione del lavoro sull'affido familiare
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche sanitarie, scolastiche ed educative</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Regione Emilia Romagna, Ausl di Reggio Emilia, Azienda pubblica di Servizi alla Persona,</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Federica Anghinolfi - Responsabile servizio sociale integrato Simona Bigi, Simona Monari, Alberto Grassi, Chiara Tarana, Carla Pinelli, Margherita Merotto - Responsabili Servizio sociale territoriale</p>

	Vanja Guidotti – Direttore Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Nadia Campani – Responsabile Ufficio di Piano
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti (responsabili, operatori,) • Risorse accoglienti (affidatari e volontari) • Privato sociale (cooperative, comunità, case famiglia)

Totale preventivo 2018: € 4.857.292,73

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **98.774,80 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **173.147,00 €**
- Centri per le Famiglie: **18.946,61 €**
- AUSL : **185.048,32 €**
- Altri fondi statali/pubblici (): **31.000,00 €**
- Unione di comuni :**4.350.376,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: minori coinvolti in luoghi educativi territoriali

Descrizione: numero di minori in situazione di povertà educativa coinvolti in APP e altre opportunità educative organizzate con il Servizio sociale territoriale

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 150 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 150
- **Obiettivo 2019:** 150
- **Obiettivo 2020:** 150

2°: costituzione gruppo di riferimento maltrattamento abuso

Descrizione: costituzione struttura organizzativa conforme alle norme regionali per presa in carico cura e assistenza psicologica e legale

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si

9. SEI UN ESSERE SPECIALE, ED IO AVRO' CURA DI TE

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

Riferimento scheda distrettuale: 2,8.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	<p>Attraverso il Piano sociale e sanitario la Regione Emilia Romagna esprime le proprie priorità di governance tra le quali individua le misure di contrasto alla violenza degli uomini contro le donne e i minori.</p> <p>Al riguardo la Regione afferma che sono necessarie politiche di accoglienza e di ascolto per individuare il fenomeno e le persone coinvolte (minori e/o adulti coinvolti in qualità di vittime) prendendosene carico ed offrendo, attraverso i diversi Servizi, risposte integrate e standardizzate, ispirate ai principi di giustizia ed equità.</p> <p>Obiettivi delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bimbi e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso sessuale sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di accoglienza e cura dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso; - implementare assetti organizzativi che favoriscano il confronto/integrazione tra professionisti/servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell'ottica del preminente interesse del minore. <p>Siamo di fronte ad un problema di salute pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce che "ogni bambino ha diritto alla salute e ad una vita priva di violenza" (WHO, 2006). Il maltrattamento è dunque "un problema di salute pubblica" (WHO, 2006) per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, sul loro sviluppo e, più in generale, sulla società, anche in termini di spesa sociale e sanitaria (Felitti et al., 2012).</p> <p>"Io l'amavo. Nonostante avesse abusato di me, nonostante mi avesse ucciso l'anima io l'amavo, perché lui mi dava affetto a modo suo e a me, il suo modo di darmi affetto, piaceva..."</p> <p>L'abuso sessuale è riconosciuto nella comunità scientifica come un fenomeno capace di generare una ferita nell'anima, in altri termini un segno indelebile tatuato con dolore su coloro che ne sono stati vittime. Le conseguenze negative che l'abuso porta con sé sono protratte nel tempo e possono essere le più disparate a seconda delle personalità delle vittime e dei fattori di rischio e protettivi che le circondano.</p> <p>Alcuni effetti emotivi che si possono ritrovare nei soggetti vittime di violenza sessuale non sono di semplice comprensione. Si riscontra spesso una ambivalenza di sentimenti opposti: dipendenza e rifiuto, fascinazione e rabbia, eccitazione ed angoscia. Compare inoltre il senso di colpa, un vissuto nel quale spesso le vittime si trovano invischiare. Vengono inoltre individuati una serie di comportamenti di attaccamento e sentimenti d'amore connessi col senso di colpa e contrastanti e incomprensibili se visti in relazione alle violenze e agli abusi che quelle vittime hanno subito.</p> <p>Com'è possibile che questo avvenga? Nella letteratura sono stati individuati diversi termini per identificare la relazione che si instaura, a volte, tra la vittima e il suo aguzzino: Summit la chiama "sindrome di adattamento", Gabbard "sindrome di Stoccolma", riferita ai bambini vittime di rapimento e maltrattamenti, A. Miller "idealizzazione difensiva", A. Freud e Ferenczi "identificazione con l'aggressore". Ciò che è comune a tutte quante le diverse formulazioni del fenomeno è il meccanismo che ne sta alla base, per cui la vittima si ritrova ad identificarsi</p>
------------------	--

emotivamente con il proprio aggressore, fino a provare per lui sentimenti di attaccamento e amore.

Il senso di colpa è un vissuto che deriva dal fatto che la vittima sente di aver colluso con l'abuso, di avervi partecipato con la curiosità, con l'eccitazione, con il desiderio affettivo. La vittima quanto più è piccola, quanto più è isolata, tanto più perde il senso della propria innocenza e non riesce a cogliere che l'adulto è il regista responsabile della strategia che produce, accompagna e segue alla violenza.

Il senso di colpa può nascere anche dalla consapevolezza, da parte della vittima, di aver raggiunto un grado di complicità con il suo aguzzino che l'ha portata a mantenere il segreto sulle violenze subite o, addirittura, a credere di essere stata lei stessa a desiderare quel tipo di rapporto e ad "esserselo cercata". Se la piccola vittima non trova comprensione e solidarietà ed è abbandonata a se stessa, la complicità della vittima con il proprio abusante può anche sfociare in una forma di identificazione con l'aggressore, per cui la vittima si trova ad agire gli stessi comportamenti perversi messi in atto nei suoi confronti: le bambine vengono, in molti casi, trasformate in esperte del sesso, in fantastiche Lolite che hanno imparato l'arte della seduzione come unico modo per dare e ricevere affetto. In questi casi la rivelazione appare ancora più complicata perché costituisce un segreto particolarmente indicibile: l'esperienza dell'eccitazione sessuale diventa sorgente di un profondo vissuto di vergogna, di cui non sono pienamente consapevoli. La mancata elaborazione di questa parte del sé può sfociare nella perpetrazione di tali comportamenti perversi da parte della vittima stessa.

La violenza sui minori è una realtà molto diffusa ma, al contempo, difficilmente rilevabile sia per meccanismi culturali di minimizzazione, rimozione e negazione del fenomeno, sia perché si caratterizza per il suo verificarsi prevalentemente all'interno della famiglia (WHO, 2002), col forte rischio di restare inespressa e invisibile, ampliando e cronicizzando i danni sul piano fisico e psicologico delle vittime.

Tra i numerosi disturbi psichici che possono affliggere le persone che hanno subito un trauma, il più comune e direttamente collegato all'esperienza traumatica è il PTSD (post traumatic stress disorder). Tuttavia, solo a un terzo delle persone che sono state abusate durante l'infanzia viene formulata una diagnosi di PTSD, perché questa categoria diagnostica non consente di descrivere pienamente i complessi e multifaccettati sintomi di origine traumatica che si manifestano durante lo sviluppo e nell'arco della vita dei sopravvissuti. I traumi interpersonali precoci (tra cui l'abuso sessuale) interferiscono, infatti, con il normale sviluppo della persona alterando 6 macro-aree, ciascuna delle quali risulta associata a delle manifestazioni sintomatologiche specifiche che, sommate tra loro, determinano un quadro psicopatologico complesso (van der Kolk et al., 2005):

1. regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi: le persone non riescono a gestire emozioni intense e improvvise (come la rabbia) e mettono in atto condotte auto-distruttive (auto-lesionismo, abuso di sostanze, ecc.) quando iniziano a percepire come intollerabili e opprimenti anche minimi fattori di stress;
2. attenzione e consapevolezza: presenza di episodi dissociativi, amnesia e incapacità di focalizzarsi su uno stimolo rilevante, che rappresentano delle risposte emesse dagli individui per sottrarsi ai pensieri/ricordi e sensazioni fisiche/emozioni legati alle esperienze traumatiche;
3. percezione di sé: le vittime di esperienze traumatiche sviluppano una visione di se stesse come indesiderate, deboli, impotenti, "danneggiate" e provano senso di colpa e vergogna cronici perché, nella maggior parte dei casi, si ritengono responsabili dell'abuso che hanno subito;
4. rapporti interpersonali: incapacità di fidarsi o di entrare in intimità con gli altri, elevata sospettosità e isolamento sociale;
5. sistemi di significato: le persone iniziano a pensare che la vita non abbia più senso e che non saranno mai in grado di apportare dei cambiamenti positivi alla propria vita, come se osservassero se stessi, gli altri e il mondo attraverso delle "lenti di colore nero";
6. somatizzazione: presenza di sintomi cronici a livello somatico (dolori addominali, nausea, vomito, mal di testa, ecc.) che non sono riconducibili a delle cause mediche, ma che sono il risultato di alterazioni neuro-biologiche causate dalle esperienze traumatiche (iperattivazione del sistema nervoso centrale, eccessiva produzione delle catecolamine, bassi livelli di serotonina, ecc. spiegati nella sezione Neuroscienze e Trauma) e che sembrano rappresentare una modalità inconsapevole per comunicare il dolore emotivo (i sopravvissuti a eventi traumatici non riescono ad esprimerlo con le parole, né a se stessi né agli altri).

	<p>Tutti questi sintomi rientrano nel costrutto diagnostico chiamato CPTSD/DESNOS (Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso/Disturbo da Stress Estremo non Altrimenti Specificato, dalla denominazione inglese Complex Post-Traumatic Stress Disorder / Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Alcuni studi (p.e. Van der Kolk et al., 2005) hanno riscontrato che il 25-45% delle persone che avevano subito un trauma e il 68% tra coloro che avevano subito abusi sessuali mostravano sintomi di CPTSD/DESNOS.</p> <p>Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute, evidenziando danni fisici e psicologici, che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche (Cheli et al., 2012). Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il fenomeno</p> <ul style="list-style-type: none"> • resta sommerso e non viene individuato; • è ripetuto nel tempo; • la risposta di protezione alla vittima, ritarda o è elusa; • il vissuto traumatico è negato, resta non espresso o non elaborato; • è intrafamiliare. <p>Il Servizio Famiglia Infanzia Età Evolutiva dell'Unione Val d'Enza per il triennio 2018-2020 prosegue un percorso di azione e riorganizzazione costante a partire dall'ascolto ormai quotidiano delle piccole vittime di maltrattamento e abuso sessuale.</p> <p>La maggiore attenzione all'ascolto è un esito di diversi fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maggior ascolto verso "chi ascolta" (insegnanti, pediatri, ospedale, educatori), attraverso un lavoro capillare di formazione, informazione, sostegno e accompagnamento; • Presenza attiva in situazioni di emergenza: grazie ad un gruppo di lavoro che da alcuni anni si prende cura di riflettere e agire sulle richieste di emergenza portate al servizio dai diversi interlocutori della rete (insegnanti, pediatri, ospedale, educatori); • Sinergia quotidiana con i Servizi Sociali Territoriali per condividere e concordare le strategie di sostegno, protezione, prevenzione; • riorganizzazione continua del Servizio Famiglia Infanzia Età Evolutiva in stretto contatto con i Servizi Sociali Territoriali per accompagnare il cambiamento repentino dello scenario oggi rappresentato dalle difficoltà genitoriali; • luogo di "cura del trauma" dedicato, appositamente allestito ed attrezzato.
<p>Descrizione</p>	<p>Nel settembre 2016, vista l'urgenza nel dover aiutare i minori vittime di maltrattamenti e abusi sessuali intra familiari ad elaborare gli eventi traumatici, è stato promosso in accordo con l'AUSL un bando pubblico per la gestione di un luogo che potesse ospitare psicoterapie specifiche sul trauma dell'infanzia. Il bando, vinto dall'associazione "Casina dei Bimbi" di Reggio Emilia, in collaborazione con l'Associazione Nazionale "Sentire le Voci" e l'Associazione Onlus "Hansel e Gretel" di Torino, è diventato un luogo di "cura" per i minori, per alcuni genitori, per gli operatori dei servizi. Il progetto "la Cura" è uno spazio costruito a misura di bambino, per guarire le ferite inflitte dai gravi traumi subiti dai bambini vittime di maltrattamenti e abusi sessuali.</p> <p>"LA CURA": è un progetto sperimentale che Unione e Ausl stanno portando avanti per far fronte in modo efficace e qualificato all'emergere di nuove e preoccupanti situazioni di violenze ed abusi a danno di minori. Alla Cura i bambini possono accedere a percorsi di psicoterapia specialistica per guarire dalle ferite e dalle violenze, assistenza legale, medico-legale e gli operatori possono fruire di formazione e supervisione mirate. Il centro si avvale delle competenze qualificate del Centro studi Hansel e Gretel. Ad oggi sono 206 i bambini e le bambine in carico al Servizio Sociale della Val d'Enza per abuso sessuale e grave maltrattamento su oltre 1200 bambini in carico. Questo dato, che allarma e preoccupa, richiama tutti ad una assunzione collettiva di responsabilità, ad una battaglia quotidiana per garantire ai minori il diritto al benessere psicofisico.</p> <p>I risultati di questo percorso sono oggettivi: i bambini che hanno cominciato la psicoterapia specialistica presso il centro la Cura stanno rielaborando il trauma vissuto, imparando a riciclare il dolore e la violenza subiti e riacquistando la capacità di comunicare il proprio stato emotivo, di stare con i pari, di frequentare la scuola con successo.</p> <p>L'esperienza vede attualmente coinvolti 25 minori in psicoterapia specifica di cui 5 stanno concludendo in modo molto positivo ed incoraggiante il percorso di cura e di liberazione dal trauma della violenza. Sviluppare e incentivare la capacità dei bambini di guarire e liberarsi dalle violenze subite non è solamente possibile, ma anche necessario.</p> <p>I percorsi di formazione e sensibilizzazione promossi hanno coinvolto pediatri, insegnanti, educatori con l'esito di una più rapida e precoce rilevazione degli indicatori di rischio. Gli operatori dei servizi hanno sviluppato competenze sempre più qualificate ed una migliore capacità di entrare nella sofferenza dei bambini per accompagnarli nel loro percorso di</p>

guarigione: la sfida che viene posta ai professionisti è molto elevata ma se i bambini vengono visti e accolti prima l'interruzione delle violenze e la guarigione sono possibili.

La Cura: presa in carico psicoterapeutica e legale

La valutazione clinica sulla necessità della presa in carico terapeutica specifica spetta a chi ha in carico la situazione: Psicologo e Assistente Sociale. Si sottolinea che è compito dello/a Psicologa dell'Ausl in forza al servizio – in base alle linee di indirizzo regionali, ai LEA e all'accordo di programma fra AUSL e Unione - proporre il trattamento psicoterapeutico specifico sul trauma per le piccole vittime. Chi prende in carico le situazioni rimane il responsabile del caso.

La valutazione dell'appropriatezza dell'intervento psicoterapeutico specifico sul trauma il team istituzionale e il sistema curante

L'Assistente Sociale e lo psicologo AUSL (TEAM istituzionale), prendono in carico il minore vittima di violenza. La presa in carico congiunta può avere due percorsi a seconda della valutazione iniziale:

- a) Il minore e la sua famiglia sono oggetto di provvedimento dell'autorità (in questo caso il Tri-bunale per i minorenni)
- b) in situazione di particolare urgenza, la presa in carico può avvenire anche prima di un eventuale provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Nel caso in cui i sospetti che il minore sia vittima di violenza abbiano evidenze con sintomi da esiti da post trauma semplice o complesso, iniziano le valutazioni per la presa in carico della psicoterapia specifica. La fase di valutazione del trauma come esito di un sospetto di violenza è in carico allo psicologo. La valutazione richiede tempi non rapidi e non in emergenza perché la relazione terapeutica necessita della costruzione di una relazione di fiducia.

Fatta la valutazione, il team presenta il progetto allo psicoterapeuta del trauma.

E' indispensabile il TEAM coinvolga nel progetto e nel processo di cura il "sistema curante": genitori laddove possibile, eventuale famiglia affidataria o caregiver, Educatore (della comunità o del territorio), Pediatra, Neuropsichiatra, Medico legale, Avvocato.

E' importante che il gruppo di lavoro sia supportato da periodica supervisione professionale (indicativamente una volta al mese).

Lo stesso team necessita di un percorso costante di formazione giuridica.

L'Invio

Avviene attraverso la comunicazione all'assistente sociale del gruppo di riferimento che si occupa del maltrattamento e abuso sessuale con l'autorizzazione dello psicologo individuato per seguire il minore nella fase di valutazione del trauma; gli psicoterapeuti del trauma definiscono la presa in carico e la modalità più opportune per la situazione.

Il primo incontro avviene alla presenza, possibilmente, di tutti gli operatori coinvolti sulla situazione, anche se il TEAM istituzionale rimane il punto di riferimento con cui la psicoterapeuta specializzata si confronta nell'esclusivo interesse del minore e del percorso progettato.

La psicoterapia specifica dovrebbe avere una durata media di due anni con cadenza settimanale di 45 minuti\un'ora, oppure ogni due settimane con sedute di un'ora e trenta minuti o due ore. I due anni di attività terapeutica ben si connettono con la direttiva sull'accoglienza dove questo periodo di tempo indica un percorso con cadenza temporanea e congruente con il sospetto di eventi gravemente traumatici.

Il TEAM di riferimento si incontra una volta al mese per la supervisione congiunta della situazione; si tratta di una supervisione che serve anche per riorientare gli interventi in tutti gli ambiti del progetto di vita, incluse le necessità di aggiornamento formale clinico e giuridico. Possono essere coinvolti anche in questa fase componenti del sistema curante, come sopra descritto.

La protezione del minore come vittima o autore di reato

Il team allargato segue il minore nelle fasi anche pre processuali e processuali.

Le situazioni di minori vittime di presunto abuso o maltrattamento determinano la necessità per il Servizio Sociale di gestire il percorso di tutela del minore senza rapportarsi costantemente con i due rami della magistratura civile ed i due rami della magistratura ordinaria.

La Procura c/o il Tribunale Ordinario di Reggio Emilia ha competenza in merito ai reati nei confronti dei minori (abuso sessuale, maltrattamento, ecc) mentre i reati di prostituzione

	<p>minorile e pedopornografia sono gestiti nella prima fase dalla Procura c/o Tribunale Ordinario di Bologna (BO) competente per tutto il territorio regionale.</p> <p>I reati commessi da minorenni imputabili sono di competenza della Procura c/o Tribunale per i Minorenni sezione penale.</p> <p>Tutto quello che riguarda gli effetti della presunta notizia di reato sul piano civile, connesso all'esercizio della responsabilità genitoriale, alla necessità di dare sostegno sul piano di protezione, cura e sostegno al minore e alla famiglia (quando non coinvolta come autore di reato) è materia del Tribunale per i Minorenni.</p> <p>Si possono però individuare alcune buone prassi e indicazioni generali che vanno tenute sullo sfondo nelle diverse fasi di raccolta.</p> <p>Quando si viene a conoscenza di una notizia di sospetto abuso o maltrattamento a danno di minore occorre immediatamente convocare il gruppo di riferimento al fine di avviare tempestivamente una valutazione sul caso e non lasciare isolato chi è stato ricevitore della notizia.</p> <p>Tutti coloro che hanno elementi di conoscenza della situazione sul nucleo e sul minore debbono potere partecipare o quanto meno inviare comunicazione scritta al fine di poter ricostruire il quadro più completo possibile, specie per prese in carico già avviate.</p> <p>I rischi che può correre l'operatore, soprattutto se alle prime armi ed emotivamente poco equipaggiato, sono infatti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il "passaggio all'atto": l'ansia e l'urgenza di dare risposte e trovare soluzioni immediate senza concedersi uno spazio di pensiero e di rielaborazione dei contenuti sconvolgenti appresi attraverso la rivelazione possono avere conseguenze di una certa gravità sul percorso di protezione del minore; • il "sequestro emotivo": le emozioni aumentano di intensità in modo incontrollato, prendono il sopravvento sulla razionalità e la travolgono rendendo il professionista incapace di pensare; • l'utilizzo inconsapevole e massiccio di meccanismi di difesa quali ad esempio <ul style="list-style-type: none"> ☐ sfuggire ai contenuti mentali della vittima: l'irruzione delle emozioni nell'osservatore genera talvolta una reazione di difesa che ha come effetto l'anestesia delle funzioni conoscitive. Tale situazione può assumere i connotati, socialmente accettati e molto spesso persino incoraggiati, della neutralità fredda e di una malintesa obiettività (G.Guasto) ☐ la negazione: è un analgesico e ha come effetto l'esclusione dell'attenzione (...). La mente può proteggersi dall'ansia diminuendo la consapevolezza (...) questo meccanismo crea una zona cieca di paralisi dell'attenzione e di autoinganno (D.Goleman) ☐ la razionalizzazione: per difendersi dal contatto con il dolore proprio e altrui l'operatore può ricorrere a giustificazioni razionali e "scientifiche" per dimostrare a se stesso e agli altri che la situazione in fondo non è così grave. <p>Tali rischi vengono affrontati con il lavoro di equipe, la supervisione e il coordinamento costante.</p>
Destinatari	minorenni vittime di maltrattamenti e abusi sessuali in carico al servizio famiglia infanzia età evolutiva; genitori, famiglie affidatarie, operatori psico-socio-educativi
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> • consolidamento del servizio sperimentale "la cura" • Trattamento psicoterapeutico specifico del trauma nell'infanzia che presentano un quadro di sintomi rientranti nel costrutto diagnostico CPTSD/DESNOS (Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso/Disturbo da Stress Estremo non Altrimenti Specificato, dalla denominazione inglese Complex Post-Traumatic Stress Disorder / Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). • Assistenza legale alle vittime • Formazione e supervisione degli operatori psico socio educativi • Formazione giuridica agli operatori psico socio educativi • Incontro con i familiari dei bimbi o testimoni soccorrevoli
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, scolastiche ed educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Val d'Enza, AUSL di Reggio Emilia, Centro Studi Hansel e Gretel, Associazione Casina dei Bimbi, Coop Soc Creativ Cise
Referenti dell'intervento	Federica Anghinolfi - Responsabile servizio sociale integrato
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti sociali, sanitari e del privato sociale

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Competenze di alta specializzazione dei professionisti• Risorse accoglienti della comunità (affido)• Luogo fisico dedicato ed appositamente attrezzato |
|--|--|

Totale preventivo 2018: le risorse finanziarie che sostengono le azioni descritte nella presente Scheda intervento sono cumulativamente riportate nelle Schede 2 e 8.

Indicatori locali: 1

1°: luogo dedicato per la cura del trauma

Descrizione: messa a disposizione in Val d'Enza di uno spazio appositamente allestito e predisposto per assistenza psicologica e legale

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

10. WORK IN PROGRESS: GIOVANI AL CENTRO.

Riferimento scheda regionale

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

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

Riferimento scheda distrettuale: 8,9,21

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;D;

Razionale	<p>L'Ufficio Giovani, parte del Servizio sociale integrato dell'Unione, si occupa in modo trasversale delle azioni rivolte alla fascia d'età compresa tra i 14 e i 29 anni per tutti gli otto comuni della Val d'Enza. Da Agosto 2015 è gestito dalla Cooperativa Creativ Cise a seguito di gara d'appalto riguardante anche il Servizio di Educativa Territoriale.</p> <p>A Settembre 2017 è stata inaugurata una nuova sede a Montecchio Emilia in Via Fratelli Cervi 7, creando uno spazio apposito in cui si potessero incrociare pensieri e progettualità che riguardavano la popolazione giovanile.</p> <p>In seguito a diversi avvenimenti rilevati nel territorio provinciale si sono presi in considerazione alcuni dati regionali che hanno orientato gli obiettivi di lavoro dell'Ufficio Giovani e stanno dando impulso alle azioni concrete di intervento.</p> <p>Alcuni esempi possono rendere evidenti le urgenze, senza dimenticare che la promozione del benessere e dell'agio rimane l'azione più efficace all'interno del sistema della prevenzione.</p> <p>Uso di sostanze: il dato regionale evidenzia che il 45% dei giovani assume farmaci auto-prescritti almeno una volta a settimana. I ragazzi iniziano per sostenere fatiche e sforzi di studio o movimento oppure come aiuto al sonno e trovano a disposizione i farmaci in casa generalmente appartenenti ai genitori che ne fanno uso. Le ragazze utilizzano maggiormente psicofarmaci non prescritti, un 13% contro un 6% dei maschi coetanei; l'utilizzo prevalente è per dormire o per regolare il peso.</p> <p>Fumo: almeno il 70% dei ragazzi ha iniziato a fumare prima dei 15 anni. In un recente convegno a Reggio Emilia è stato segnalato che almeno il 25% della popolazione giovanile ha utilizzato cannabinoidi e il 2% in modo abituale abituale.</p> <p>Alcool: l'uso è frequente per il 47% dei quindicenni. Il 32% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni dichiara di aver consumato cinque o più unità alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 30 giorni. Il 36% dichiara di essersi ubriacato vomitando senza riuscire a parlare e ricordare nulla almeno una volta.</p> <p>Immagine di sé: la percezione del proprio corpo come grasso aumenta con l'età (11% a 12 anni e 48% a 15) in modo particolare per le ragazze. Il 42% delle ragazze è a dieta per perdere peso mentre il 14% dei ragazzi è a dieta per aumentare la massa muscolare. Nel 2014 la percentuale della presa in carico per disturbi alimentari è raddoppiata rispetto al 2012 (219 nel 2014)</p> <p>Gioco d'azzardo: il 20% delle ragazze e il 46% dei ragazzi gioca d'azzardo in modo occasionale. A 15 anni lo 0,6% delle ragazze e lo 0,9 dei ragazzi sono dipendenti dal gioco</p> <p>Comunicazione: il 94% degli adolescenti frequenta i propri coetanei e il 92% li vede almeno una volta a settimana ma se un adolescente deve confidarsi con un amico per il 64% scelgono di utilizzare il cellulare.</p> <p>Bullismo: nel 20% dei casi tra gli 11 e i 13 anni i ragazzi dichiarano di aver subito atti di bullismo. La percentuale scende col crescere dell'età (a 15 anni 8%). Non ci sono sostanziali differenze di genere.</p> <p>Rapporti sessuali: tra i quindicenni il 24% delle femmine e il 19% dei maschi dichiara di aver avuto rapporti completi. Nel 36% delle femmine e il 32% dei maschi riferiscono di non aver</p>
------------------	--

	<p>usato il preservativo. La percentuale è aumentata del 15% rispetto al 2010. I ragazzi dichiarano di essere maggiormente informati sulla sessualità (aumento del 3% rispetto al 2010) ma il canale privilegiato di diffusione delle informazioni rimane il contatto coi coetanei. I ragazzi preferiscono informarsi su internet mentre le ragazze si affidano maggiormente a genitori e insegnanti.</p> <p>Occupazione: A Reggio Emilia il 16% in media dei ragazzi sono Neet non occupati e non inseriti in percorsi di studio tra i 15 e i 29 anni.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>L'Ufficio giovani vede la presenza del Coordinatore generale del Progetto oggetto di appalto, un Referente Ufficio Giovani e un Referente Giovani protagonisti. Si avvale dell'impianto di Educativa Territoriale che vede la presenza di uno (nei comuni piccoli come San Polo, Canossa, Gattatico e Campegine) o due (nei comuni grandi come Montecchio, Bibbiano, Cavriago e Sant'Ilario) educatori in ogni comune della Val d'Enza.</p> <p>Il Referente Ufficio Giovani ha il compito di progettare azioni in stretta sinergia con l'equipe educativa oltre che condurre direttamente progetti, mantenendo i contatti con i diversi Referenti comunali. Si occupa inoltre delle azioni trasversali di promozione e consulenza per i destinatari indiretti come gli operatori scolastici, le famiglie e gli operatori di altri servizi. Di seguito si elencano i progetti che si sono strutturati negli ultimi tre anni.</p> <p>Giovani Protagonisti</p> <p>Il Progetto Regionale è volto al coinvolgimento dei ragazzi e giovani adulti in attività di volontariato e cittadinanza attiva. Da diversi anni si è strutturato tramite una rete di Referenti territoriali che si occupano dell'attivazione dei singoli interventi, del contatto con le associazioni e servizi che accolgono e del contatto con i ragazzi disponibili al servizio. I Referenti territoriali sono convocati regolarmente dall'Ufficio giovani per confrontarsi e decidere sia su aspetti di contenuto che organizzativi. Negli ultimi due anni, in particolare modo per i progetti estivi, sono stati organizzati eventi di presentazione dei degli stessi (a giugno) e un momento finale di premiazione dei ragazzi (a settembre). Nel 2017 in Val d'Enza sono stati attivati circa un centinaio di progetti. Il funzionamento e la sinergia tra territori e Unione è consolidata e anche nel 2018 si prevede un aumento delle attivazioni dei progetti.</p> <p>Progetto D'Arzo</p> <p>L'Istituto D'Arzo è l'unico istituto di scuola superiore presente sul territorio con due sedi una a Montecchio e una a Sant'Ilario.</p> <p>Il Referente dell'Ufficio Giovani incontra tutte le classi prime dell'istituto in un progetto volto alla maggiore consapevolezza dei fenomeni che possono interessare i ragazzi. L'obiettivo è rendere visibile l'Ufficio Giovani come punto di riferimento e lavorare sull'attivazione della capacità critica dei ragazzi, per offrire una possibilità di confronto e il contatto con adulti significativi che possono mediare conoscenze, informazioni e contatti utili anche in fasi critiche o di sviluppo della loro vita.</p> <p>Luoghi educativi / App</p> <p>In diversi comuni della Val d'Enza ad opera degli educatori territoriali in collaborazione con il servizio sociale territoriale, sono nati luoghi di accoglienza aperti uno due o tre volte a settimana e rivolti ai ragazzi che necessitano di un supporto relazionale ed educativo che va oltre le proprie risorse familiari. In questi luoghi si condividono pratiche quotidiane come il pranzo, i compiti, attività ed esperienze creative per favorire una maggiore vicinanza dei ragazzi ad adulti significativi in grado di ascoltarli e indirizzarli in percorsi di crescita e sviluppo armonici e in stretto collegamento con la comunità locale. I luoghi nascono per i ragazzi nel proprio comune di residenza (Filos-Sant'Ilario, Casale-Bibbiano, Fuoriclasse-Montecchio, Appino-Campegine, Appy Hour-San Polo). In due comuni in particolare sono sorti due luoghi cui accede la popolazione giovanile di tutta la Val d'Enza (App—Montecchio e Apperò-Gattatico). In entrambe sono accolti dai dieci ai quindici ragazzi per quattro giorni alla settimana. Generalmente sono in carico al servizio sociale e necessitano di un accompagnamento educativo importante. In alcune situazioni si tratta di ragazzi vittime di maltrattamento o abuso, per i quali si è ritenuto opportuno mantenere legami di vita con il proprio territorio di origine pur necessitando di una presa in carico significativa.</p> <p>Coordinamenti Educativi</p> <p>In diversi territori è previsto un raccordo regolare e continuo tra le figure che in diverso modo si occupano di adolescenti e giovani. Tali coordinamenti prevedono il coinvolgimento degli educatori territoriali, dei centri giovani, dei referenti delle biblioteche, di un referente della scuola media o superiore, dei referenti della parrocchia o di altre associazioni locali. Si svolgono incontri ogni mese e mezzo con l'obiettivo di condividere informazioni e prassi di accoglienza e lavoro coi ragazzi. In alcuni casi si possono trattare insieme situazioni problematiche e complesse oppure semplicemente favorire la comunicazione che riguarda eventi o avvenimenti.</p> <p>Sportelli socio-educativi a scuola</p>

L'educatore territoriale si reca regolarmente a scuola (primaria di primo e secondo grado) talvolta con altre figure del servizio sociale (assistenti sociali o psicologi) con l'obiettivo sia di monitorare le situazioni in carico ma anche quello di raccogliere preoccupazioni e segnalazioni per situazioni nuove cercando strategie di lavoro comuni. Lo sportello socio-educativo è altresì strumento di confronto e sostegno al corpo docente in collaborazione con lo sportello psicologico della scuola.

Campo Estate in Part'Enza

Nel 2017 e 2018 è stato organizzato "Estate in partEnza", campo estivo residenziale che ha visto la partecipazione di una trentina di ragazzi per edizione.

Il primo anno il tema centrale del campo ha riguardato una riflessione rispetto al come i ragazzi percepiscono e danno significati alla parola "legalità". Questo in virtù delle recenti vicende giudiziarie (processo Aemilia) che hanno coinvolto negli ultimi anni Reggio Emilia con numerosi accadimenti anche nel territorio della Val d'Enza. L'esperienza ha visto i ragazzi impiegati, oltre che in momenti di laboratorio e riflessioni comuni, anche direttamente in piccole esperienze di affiancamento al lavoro all'interno di realtà associative virtuose.

La seconda edizione ha visto al centro della vita del campo l'incontro tra i ragazzi e diversi linguaggi creativi. La proposta ha la sua origine nella volontà di offrire ai ragazzi nuovi linguaggi espressivi, strumenti potenziali per aumentare la loro capacità di raccontarsi e raccontare all'interno di un mondo e in una età in cui le relazioni sociali non sempre riescono ad essere efficaci.

Estate in PartEnza ha consentito ai ragazzi di esplorare dimensioni di vita più complete consolidando la relazione con gli educatori e sperimentandosi in nuove opportunità.

Legalopoly

Nel 2017 è stato progettato un gioco di società, gioco di ruolo partendo dal concetto di legalità dei ragazzi. Il gioco è stato sperimentato nei luoghi prossimi ai ragazzi: biblioteche, centri giovani, app. La dimensione ludica permette ai ragazzi di assumere ruoli differenti provando a spostare il proprio punto di vista e avendo la possibilità di creare un pensiero critico relativo ai fenomeni che impattano sulla loro quotidianità. La forza vincente del gioco è risultata essere la scelta di confrontarsi su episodi specifici e accadimenti che direttamente interessavano i ragazzi, mantenendo un posizione di non giudizio e provando ad esplorare opportunità da loro non previste.

Centri Giovani

la Val d'Enza nelle sue tre principali zone geografiche vede la presenza di un Centro di aggregazione giovanile (Sant'Ilario-Centro Culturale Mavarta, Cavriago-Centro Giovani, Gattatico-Centro Giovani La palazzina). Ogni Centro Giovani ha caratteristiche differenti che si adattano alle esigenze dei ragazzi e alle loro specificità. La Val d'Enza si sviluppa in lunghezza e ha nel sistema dei trasporti una criticità importante. In paesi piccoli come Gattatico e difficilmente collegati alla città, il Centro Giovani diventa polmone importante soprattutto per la fascia delle medie e delle superiori che non riesce a spostarsi in modo autonomo.

Tavolo Coordinamento Giovani Val d'Enza

è composto da:

- Responsabile Ufficio di Piano
- Responsabile Servizio Sociale Integrato
- Responsabile Ufficio Giovani
- Coordinatore Educativa Territoriale
- Coordinatore Amministrativo Progettuale Servizio Sociale Integrato
- Coordinamento Politiche educative
- Direttore di distretto Ausl
- Rappresentanti degli amministratori
- Comandante Polizia municipale
- Responsabili Servizi sociali territoriali

Il Tavolo ha come obiettivo principale quello di promuovere un pensiero condiviso sulle azioni rivolte ai giovani della Val d'Enza in merito ai temi della prevenzione, cercando di offrire un luogo dove poter anche leggere e rileggere in modo critico e propositivo le dinamiche e i fenomeni che riguardano i giovani. Oltre ai membri stabili si potranno invitare, a seconda dell'ordine del giorno, altri interlocutori per le singole occasioni (es. assessori locali, associazionismo, consulte, forze dell'ordine, ecc.) e per trattare tematiche specifiche. Il tavolo si riunirà due volte l'anno e avrà un mandato di indirizzo.

Tavolo di coordinamento operativo

è composto da:

- Ufficio di piano
- Responsabile SSI
- Coordinatrice educativa
- Responsabile Ufficio Giovani
- Dirigente scolastica

	<p>-Assessore giunta Unione -Referente Tavolo tecnico -Sert</p> <p>Il tavolo operativo ha l'obiettivo di declinare annualmente le principali azioni che verranno realizzate in stretta sinergia con il territorio, le associazioni e i giovani che verranno intercettati e incontrati. La funzione maggiormente operativa richiederà che il tavolo si incontri mensilmente per progettare e riprogettare, oltre che sostenere le azioni previste.</p> <p>LUOGHI DI PREVENZIONE</p> <p>A livello provinciale, è attivo LUOGHI DI PREVENZIONE - Centro Regionale di Didattica Multimediale per la Promozione della Salute.</p> <p>È il centro di riferimento della regione Emilia-Romagna per la Formazione degli operatori socio-sanitari sui temi della Promozione della Salute e la Sperimentazione, il monitoraggio e la valutazione di modalità di intervento innovativo (attività di Ricerca-Azione).</p> <p>Luoghi di Prevenzione è una proposta rivolta a individui e a gruppi per iniziare o approfondire una riflessione sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, ambiente e consapevolezza nella scelta. In particolare rispetto ai giovani offre percorsi formativi e di approfondimento sui temi delle dipendenze, dell'alimentazione, dell'affettività e della salute sessuale.</p>
Destinatari	Ragazzi di età compresa tra i 14 e i 29 anni e loro famiglie
Azioni previste	<p>I dati regionali relativi a fenomeni emergenti nella popolazione giovanile hanno orientato in modo determinante la scelta degli obiettivi per i prossimi anni. Si è deciso che la principale azione dell'Ufficio giovani sia quella della prevenzione primaria su diversi fronti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uso e abuso di sostanze -Abuso di farmaci -Disordini della condotta alimentare -Dipendenza da Videogames -Dipendenza da internet -Gioco d'Azzardo -Bullismo e Cyberg Bullismo -Comportamenti sessuali a rischio <p>Nella realizzazione delle azioni di prevenzione si ritiene di grande importanza il consolidamento di relazioni con gli uffici del distretto sanitario preposti (Sert, Csm, Npi).</p> <p>RILANCI PROGETTUALI PER I PROSSIMI TRE ANNI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Progetti trasversali legati a finanziamenti diversi e legati ai temi sopracitati: Ufficio Giovani si concentrerà su proposte rivolte a tutti i comuni, intercettando sia iniziative locali che azioni sovracomunali. 2. Progetto prevenzione. Si sceglieranno su fronti differenti azioni di prevenzione rivolte sia ai destinatari diretti (ragazzi dal 14 ai 29) che alle loro famiglie. 3. Progetti link in work: recuperare alcune azioni che mettano in collegamento le competenze dei ragazzi e l'impiego del loro tempo libero. Si utilizzeranno le arti e linguaggi creativi per favorire una maggiore consapevolezza di se e delle proprie capacità espressive ai fini di svolgere attività che generino benessere. Questa azione ai fini di favorire quelle competenze trasversali necessarie all'inserimento più efficace anche nel mondo del lavoro. 4. Stabilizzazione del Progetto Estate in Partenza con connessioni nuove durante l'anno: l'esperienza residenziale richiede di non essere isolata per offrire ai ragazzi la possibilità di sentirsi parte di una progettualità pensata in continuità e non occasionale. 5. Valorizzazione delle specificità di ogni comune e promozione di scambi e collegamenti tra i diversi centri giovani. Si ipotizza inoltre la costruzione di una rete tra i diversi luoghi educativi nati sui territori. La rete è pensata non per omologare l'offerta ma per renderla coerente nella mission e nel rispondere ai diversi bisogni. 6. Sviluppo dei due livelli di coordinamento: -Tavolo Coordinamento Giovani Val D'Enza-Tavolo di coordinamento operativo. Nei primi mesi del 2018 i tavoli sono stati istituiti e c'è stata la prima convocazione. Nei prossimi tre anni i due tavoli dovranno consolidare e sviluppare consapevolezza e linee di indirizzo chiare per orientare le azioni più specifiche dell'Ufficio Giovani e dell'Educativa 7. Sviluppo di alcune azioni sui giovani adulti di età compresa tra i 20 e i 29 anni soprattutto i Neet. 8. Interventi educativi sull'affettività e consulenza sulla salute sessuale e riproduttiva presso ed in collaborazione con lo Spazio Giovani che sarà attivato presso la Casa della Salute

	di Montecchio
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche scolastiche ed educative, sanitarie, politiche per la sicurezza.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Ausl, in particolare SerT, Neuropsichiatria infantile, Servizio Salute donna e infanzia • Comuni • Istituti comprensivi ed enti di formazione • Istituto Cervi • Coop.va Creativ, CEIS • Coordinamento politiche educative • Polizia municipale • Associazion
Referenti dell'intervento	Federica Anghinolfi, Servizio sociale integrato Chiara Tarana- Servizio sociale territoriale Gattatico Sonia Gualtieri – Distretto AUSL
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • professionisti a supporto dei processi (responsabili e operatori dei Servizi e delle Cooperative) • Volontari Caritas, volontari Auser, volontari singoli, centro servizi per il volontariato • Utenti dei servizi, famiglie e cittadini

Totale preventivo 2018: € 18.633,00

- Altri fondi regionali (*Giovani generazioni L.R. 14/08*): **18.633,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: sportello

salute sessuale

Descrizione: apertura

di un servizio sanitario specifico rivolto ad adolescenti e giovani, ad apertura settimanale

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

2°: collaborazione

istituti comprensivi

Descrizione: presenza

di un progetto coordinato con i dirigenti scolastici in ogni istituto comprensivo del territorio

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

11. H-PRIDE. DIRITTI DI CITTADINANZA DIVERSAMENTE RITROVABILI.

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

14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere,

Riferimento scheda distrettuale: 1, 2, 6

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;D;E;

Razionale	<p>Il Servizio Sociale Persone Disabili dell'Unione Val d'Enza per il triennio 2018-2020 sta costruendo con i propri operatori un rimodulamento dei Servizi alla disabilità, spostando il focus da concetti di "disabilità", "patologia", "malattia", "condizione" a concetti come "cittadinanza", "territorio", "diritti" delle persone, diritti di avere Servizi come cittadini, ancor prima che come disabili.</p> <p>Quando si cerca di tradurre questi obiettivi nella realtà, e quindi quando davvero si tenta di modificare consuetudini, servizi, punti di riferimento, si va incontro a grandi fatiche, da parte degli operatori dei Servizi, delle famiglie, delle persone, dei gestori delle strutture e di tutti gli interlocutori della rete.</p> <p>Porre le persone con disabilità in condizione di esercitare tutti i loro diritti e di beneficiare di una piena partecipazione alla vita sociale, culturale ed economica, rappresenta l'obiettivo al quale tendere nell'organizzazione dei propri servizi. All'interno di questi principi, si pone l'esigenza di riorganizzare il sistema dei servizi dedicato alle persone con disabilità a partire dal mutamento dei dati di contesto, economico, del territorio, dell'emersione di nuovi bisogni complessi e di una maggiore estensione e valorizzazione dei legami comunitari e del terzo settore.</p> <p>Persone disabili e loro famiglie, Enti, Terzo settore, Soggetti Gestori dei Servizi accreditati, Comunità, sono tutti chiamati, alla luce di profondi cambiamenti socio-economici-culturali, a ripensare alla rete dei servizi offerti alle persone disabili, con l'obiettivo di favorire il più possibile progetti di vita autonomi, in cui vengano valorizzate tutte le risorse che i vari attori coinvolti possano immettere nel sistema. Proporre un'ampia gamma di risposte, il più possibile diversificate, in grado di accompagnare fasi diverse nell'arco della vita della persona disabile, a seconda del mutamento dei bisogni, rappresenta certamente un obiettivo al quale oggi non è possibile rinunciare. La rete dei servizi non può più essere concepita in modo statico e standardizzato, ma deve contemplare un'elasticità e una dinamicità, volta a valorizzare qualsiasi risorsa, umana ed economica, possa essere messa in gioco anche dal territorio e dalla comunità locale. La deistituzionalizzazione, anche alla luce delle nuove norme relative al "Dopo di Noi", va perseguita e conquistata perché ha come sguardo finale l'esercizio della propria libertà. Gli assunti da cui parte la riorganizzazione del servizio disabili e su cui convergono le differenti politiche locali sono:</p> <p>La disabilità non è una malattia ma una situazione di vita, difficile, non scelta, ma che dev'essere affrontata con un impegno - anche culturale - per l'integrazione e la piena auto rappresentanza che passa anche per sport, arte, lavoro, scuola, affinché non vi siano "cittadini invisibili".</p> <p>Persone libere nella diversità - Le condizioni di disabilità divengono gravi soprattutto se il mondo circostante non tiene conto delle diversità e trasforma la differenza, in fattore di esclusione. A creare le barriere sono soprattutto, purtroppo, i limiti della nostra organizzazione sociale e le nostre mancanze culturali, a partire dai riflessi lenti di fronte agli ostacoli che</p>
------------------	--

	<p>impediscono la piena espressione delle personalità.</p> <p>L'autodeterminazione della persona è al tempo stesso punto di partenza e traguardo di una piena cittadinanza. E' il cuore della Convenzione Onu.</p> <p>Nella Dichiarazione di Roma, si è compiuto un passo ancora ulteriore: la piena cittadinanza deve portare all'"auto-rappresentanza". "Niente su di noi, senza di noi" è il motto che riassume anni di confronto tra diritto e società, tra istituzioni e associazioni che si battono per la dignità delle persone con disabilità.</p> <p>Il dopo di noi : è un tema sociale, un dovere civico che tocca tutti e ciascuno, non soltanto i familiari delle persone con disabilità. E' fuori dallo spirito e dalla lettera della Costituzione chi pensa, egoisticamente, che la solidarietà sia a carico esclusivamente di altri.</p> <p>Un welfare attento alle persone con disabilità non deve abbandonare i familiari nell'incubo del "dopo di noi", perché la presa in carico della persona è un percorso graduale, che garantisce forme di assistenza diverse durante tutto il corso della vita. Garantisce cittadinanza, dunque inclusione nella società, a partire dalla scuola e dal mondo del lavoro.</p> <p>Il diritto al lavoro - Il diritto al lavoro è fondamentale per la libertà e per l'autodeterminazione. Diverse imprese scelgono di subire sanzioni economiche piuttosto che ottemperare alle norme sull'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. E' questo un segno di scarsa efficacia del sistema, a cui occorre rispondere con un impegno maggiore, ad esempio agevolando forme di tirocinio o di praticantato, che favoriscano l'avvicinamento della persona con disabilità e sviluppino le sue competenze e professionalità.</p> <p>Promuovere l'inclusione significa lavorare per cambiare le regole del gioco e far sì che ogni persona, indipendentemente dalla propria condizione, non subisca trattamenti differenti e degradanti, non viva o lavori in luoghi separati, abbia le medesime opportunità di partecipazione e coinvolgimento nelle scelte che la riguardano. Occorre agire nei confronti della società e dei territori per renderli inclusivi, capaci di dare concretezza - modificandosi quando è necessario - al diritto di cittadinanza di tutte le persone, indipendentemente dalla loro condizione. Quello dell'inclusione sociale è un concetto avanzato rispetto ai processi d'integrazione sociale su cui per anni si è concentrata l'attenzione di quanti si sono occupati di disabilità. Agire sulla società e sul territorio implica la necessità di ampliare l'attenzione dalla dimensione dell'individuo a quella dei sistemi relazionali in cui ogni individuo è immerso, sul prendersi cura di qualcuno – nel nostro caso la persona con disabilità - significa comprendere quanto l'ambiente sociale in cui si opera sia determinante nel costruire esclusione e disagio piuttosto che inclusione e benessere. Concretamente significa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • creare occasioni d'incontro, scambio, conoscenza, condivisione e dialogo in grado di coinvolgere le realtà del territorio attraverso proposte che sappiano creare le condizioni ideali per la costruzione di relazioni positive • porre l'accento non solo sulla condizione di disagio ma sulla ricerca di un benessere comune, proponendo esperienze partecipative: dall'organizzazione di momenti d'intrattenimento e socializzanti alla realizzazione di progetti comuni dove ogni partecipante può sperimentarsi in un ruolo attivo. <p>Uno strumento che potesse tenere insieme tutti gli interlocutori, rilanciare sfide quelle dell'innovazione, del diritto di cittadinanza è stato il Convegno di fine 2017, da cui prende il nome la presente scheda.</p> <p>Nel Convegno sono stati tratteggiati, narrati e messi in scena questi temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le diverse relazioni familiari, perché la persona disabile è figlia ma anche sorella/fratello; • riflessioni dentro e fuori la scuola, a partire dalle riflessioni emerse nel convegno del 18 novembre; • sguardi sul futuro, rispetto a come sono oggi i servizi e come dovrebbero diventare; • il mondo del lavoro come diritto e la persona disabile come opportunità; • il tempo del divertimento ed esperienze di socialità allargata; • relazioni, amicizia, affetto, amore, intimità; • il significato del Dopo di noi: quando è che i ragazzi diventano grandi? <p>La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno in particolare al domicilio, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere l'educazione personale e familiare. In quest'ottica porre l'obiettivo di una vita più indipendente ed autonoma possibile diventa orientamento di primaria rilevanza.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>La ri-organizzazione delle Politiche sulla disabilità dell'Unione Val d'Enza secondo le linee di mandato sopra espresse, attraverso trasversalmente e complessivamente tutti i livelli di responsabilità e di gestione delle politiche stesse, in un'ottica non verticistica, né orizzontale, ma circolare, in un sistema cioè in cui ciò che succede dopo influenza e richiama giocoforza in causa ciò che è successo prima.</p>

1. Condivisione del Mandato Politico e Programmazione

Il primo livello interessato dalla riorganizzazione è quello della Giunta dell'Unione e dell'Ufficio di Piano, dove l'indirizzo territoriale è stato condiviso e dove è stato posto il tema dell'allocazione delle risorse. Risorse tradizionalmente impiegate per oltre il 90% a copertura dei Servizi Socio Riabilitativi accreditati. Risorse che, pur essendo consistenti, se confermate con quelle caratteristiche e quegli obiettivi di programma, rischiano di non essere:

- a) sufficienti a coprire il fabbisogno delle persone disabili giovani, in uscita dal circuito scolastico, che approderanno nei prossimi anni al Servizio;
 - b) adeguate nel salvaguardare e valorizzare i diritti di cittadinanza delle Persone con disabilità.
- In sede di Giunta dell'Unione si sono condivise quindi le linee di riorganizzazione, coinvolgendo in particolare il sindaco con delega alle Politiche Sociali in tutti i vari passaggi, a partire dall'organizzazione di un convegno di "lancio e rilancio" dei diritti di cittadinanza delle Persone Disabili

2. La territorializzazione del Servizio Sociale Persone Disabili (SSPD)

Il primo step della riorganizzazione riguarda gli operatori dell'Unione.

- a) E' un servizio centralizzato e non dislocato sui territori: il primo obiettivo sarà quello di territorializzarlo, ipotizzando due sotto-aree (ciascuna composta da quattro Comuni) e assegnando ciascuna area a un operatore, che non avrà più una propria sede centrale, ma dislocata sui Comuni assegnati.

- b) Questa vicinanza "fisica" con i Servizi Sociali Territoriali (SST) dell'Unione, dislocati su ciascun Comune, fa sì che l'operatore dell'Area disabili possa partecipare maggiormente all'equipe integrata territoriale, comunicare più agevolmente con i colleghi dell'SST e, così facendo, generare un circolo virtuoso di co-progettazione: la persona disabile non viene presa in carico solo dall'operatore dell'SSPD, ma anche dall'equipe integrata del territorio. E' un primo passo da un concetto specialistico/medico di disabilità ad un concetto di cittadinanza. Ulteriore conseguenza di questo processo è la generazione di risorse che il Servizio territoriale, presidio costante e autorevole del territorio, ha facilità nel mettere in campo, e che vanno a rendere qualitativamente più elevato il livello di progettualità verso la Persona Disabile. Trasporti sociali, appartamenti per co-housing, volontari, iniziative: queste sono esempi di risorse che la contiguità con i servizi a vocazione territoriale può garantire.

- c) Prevedere una maggiore sinergia SSPD-SST in sede di Unità di Valutazione Handicap, dove viene prevista, in forma stabile, la presenza di un operatore del territorio di residenza dell'utente oggetto di valutazione

3. La riorganizzazione dell'educativa territoriale disabili

Il punto cardine attorno cui ruota il ripensamento della rete è la riorganizzazione del servizio educativa disabili connotandolo non più (o non solo) come braccio operativo del servizio sociale nel seguire le situazioni più complicate, ma come presidio territoriale. Sono state individuate tre aree territoriali (Alta Val d'Enza, Centro Val d'Enza e Bassa Val d'Enza), ciascuna delle quali assegnata ad un educatore che ne diventa a tutti gli effetti Referente Territoriale. Tal figura ha a disposizione un tempo lavoro dedicato, nel quale dovrà garantire la costruzione di legami attorno alle persone disabili di quel territorio: gruppi di volontari, attività decentrate, collaborazioni con realtà associative per costruire dei veri e propri "luoghi accoglienti", in connessione con le risorse del territorio: sono infatti luoghi della comunità (parrocchie, aziende agricole, spazi comunali, ecc) dove gli educatori territoriali organizzano attività diurne, compreso il pasto, per persone disabili di quel determinato territorio. Si prevede di costituire un Luogo accogliente per ciascuna Area territoriale.

Questa articolazione, oltre a procedere verso l'obiettivo di cittadinanza a monte, consente di razionalizzare i trasporti (le persone disabili frequentano attività che sono prossime alla propria abitazione) e al contempo di generare risorse aggiuntive ai Centri Diurni Socio Riabilitativi, garantendo così quella maggiore offerta (e di maggior qualità) in grado di dare risposte anche alle persone disabili di oggi e di domani, e non solo a quelli già in carico.

4. La territorializzazione di Centri Socio Riabilitativi e delle famiglie

I servizi di Centro socio riabilitativo, residenziale e semiresidenziale, pur restando destinatari di risorse molto consistenti nella programmazione delle attività per la non autosufficienza, in particolare rivolti alle persone con maggiore gravità, cessano di essere il principale elemento di offerta di Servizio sociale persone disabili per diventare il più possibile uno dei possibili tasselli di una mappa di offerta sempre più varia, personalizzata, vicina al territorio e al contesto di vita delle persone.

Questa rappresenta probabilmente la sfida più complessa, ma anche più strategica.

Territorializzare i Centri Socio Riabilitativi significa coinvolgerli, accompagnarli in un percorso di confronto (in un Tavolo permanente a cui prendono parte Ufficio di Piano, SSPD, Enti gestori dei Centri) che interessa trasversalmente il livello politico/di rappresentanza degli Enti Gestori e il livello operativo dei Coordinatori dei Centri. Si sta creando quindi una fitta ragnatela che, partendo dal Tavolo Gestori, si dipana lungo incontri con i singoli gestori, sperimentazioni, contatti. La sfida a cui l'Unione chiama i Gestori è quella di "pensarsi come altro da sé",

pensarsi cioè non solo come operatori, precisi e professionali, dentro le mura di un Centro, ma pensarsi liberi di creare nuovi servizi (pubblici ma anche sul mercato privato) fuori dal Centro, sul territorio.

Sono in corso, e proseguiranno nel triennio, incontri serrati per individuare le strategie migliori per mantenere vivi e continuamente attivi sul cambiamento questi servizi, dare loro sostenibilità economica e gestionale in un contesto in cui è richiesta, rispetto al passato, maggiore flessibilità ed adattamento.

Si riassumono alcune prime traiettorie, individuate nel confronto finora condotto:

- rendere i Centri molto aperti nell'offerta ed integrati con le risorse informali del territorio, creando un continuum nelle attività proposte all'interno e all'esterno;
- utilizzare i posti disponibili e non contrattualizzati per offrire opportunità al territorio di tipo differente rispetto all'offerta accreditata (per esempio accoglienza temporanea o attività socio occupazionali) o a libero mercato (liberi accordi tra famiglie e gestori),
- utilizzare il know how e la professionalità maturata per offrire al territorio opportunità innovative, sia all'interno che all'esterno.

Anche con le famiglie delle persone disabili si comincia a parlare di territorio. Si sono creati dei Laboratori Territoriali in cui gli Operatori territoriali referenti, gli operatori dei Centri, gli operatori degli SST si incontrano periodicamente con i famigliari di quel territorio, in un'ottica il più possibile pro-attiva e operativa verso la costruzione di nuove possibilità, opportunità, legami per i propri figli. Diritti di cittadinanza quindi vuole anche dire chiedere ai genitori delle persone disabili di fare e di sentirsi cittadini, ancor prima che "genitori di...".

5. Le Persone disabili

Parallelamente ai percorsi di territorializzazione, si proverà a coinvolgere le Persone disabili stesse, in una logica di imprenditorialità e di empowerment. Sono stati creati due "gruppi di progetto", uno under 30 e uno over 30, guardando solo le età e non le patologie, immaginando le diverse esigenze che possa avere un cittadino di 20 anni rispetto ad uno di 50.

Questi gruppi hanno cominciato ad incontrarsi insieme agli educatori territoriali, con l'intento di definire meglio cosa voglia dire per loro "vivere il proprio paese". Stanno nascendo spunti interessanti, e soprattutto stanno nascendo legami (interessanti).

6. Gli strumenti. Ricerca azione, scheda utente, carta d'identità del servizio

a) La ricerca azione, quale strumento di ricerca e di costruzione di legami. Si intende per ricerca - azione un modo di concepire la ricerca che si pone l'obiettivo non tanto di approfondire determinate conoscenze teoriche, ma di analizzare una pratica relativa ad un campo di esperienza (ad esempio, la pratica educativa) da parte di un attore sociale con lo scopo di introdurre, nella pratica stessa, dei cambiamenti migliorativi. Il mandato alla ricerca azione sulla disabilità in Val d'Enza è stato dato:

- agli operatori del Servizio sociale persone disabili (nell'avvicinarli ai territori),
- agli educatori territoriali (nel chiedere loro di costruire legami con volontari e luoghi accoglienti delle comunità)
- ai gestori dei Centri (nel chiedere loro di cominciare a progettare servizi legandosi ai territori e uscendo dalle porte dei Centri)
- alle famiglie e alle persone disabili (nel chiedere loro di sentirsi cittadini, e di costruire con gli operatori del Servizio nuove possibilità e opportunità per se stessi)
- agli operatori dei servizi sociali territoriali (nel chiedere loro di mettere a disposizione tutto il bagaglio di legami e contatti che hanno costruito in anni di lavoro e di ricerca azione)

b) La scheda utente, strumento di valutazione delle Persone con disabilità in uso a tutti i livelli operativi e professionali che consenta di operare una fotografia complessiva delle risorse che ciascuna persona possiede. E' uno strumento flessibile, non rigido, dinamico, che permette di mettere a fuoco la gradualità e le sfumature della situazione di una persona disabile, tenendo insieme informazioni e valutazioni relative alle Capacità Personali, con valutazioni e informazioni relative al Contesto in cui la persona vive e si muove. La Scheda Utente consente di dare origine a diverse "tipologie" utili ad inquadrare la persona in una versione dinamica, non ferma, che può evolvere, e a collegarla alle progettualità più indicate in base alle risorse e alle problematiche presenti. È in sostanza pensata per costruire i percorsi in un'ottica di appropriatezza, flessibilità, innovazione.

c) La carta d'identità del servizio sociale persone disabili, con lo scopo di ricostruire anche formalmente la visione complessiva dei percorsi di presa in carico, progettazione ed offerta in modo coerente alla visione innovativa della disabilità che si intende sostenere.

7. Interventi della Neuropsichiatria infantile

a) Attraverso interventi psico - educativi individuali o di gruppo, svolti all'interno del Servizio di Npia e in particolare in contesti domiciliari e territoriali, si favorisce l'acquisizione di autonomie personali legate alla cura del sè, la gestione delle proprie risorse e la conoscenza degli spazi e dei tempi di vita e il potenziamento di abilità sociali e relazionali.

b) Promuovendo interventi di rete e di comunità al fine di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse delle persone con disabilità, delle loro famiglie e di tutte le reti di

	<p>solidarietà presenti nella comunità (reti informali, volontariato, associazionismo), si punta ad accompagnare la persona disabile nel riconoscimento delle proprie caratteristiche e aspirazioni per giungere alla massima autonomia e realizzazione personale possibili. Si pone l'accento sull'importanza di percorsi centrati sulla persona e ciò rende fondamentale connessioni fluide tra i vari agenti della rete, portatori di memoria storica e informazioni necessarie a una progettazione realmente calzante e saldamente condivisa.</p>
Destinatari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persone con Disabilità 2. Operatori dei Servizi alla Disabilità (interni ed esterni all'Unione) 3. Familiari delle persone disabili 4. Comunità: imprenditori, associazioni, scuole, volontari
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione del Mandato Politico e Programmazione • territorializzazione del Servizio Sociale Persone Disabili (SSPD) • riorganizzazione dell'educativa disabili • territorializzazione di Centri Socio Riabilitativi e delle famiglie • coinvolgimento diretto delle Persone disabili • Ricerca azione • scheda utente • carta d'identità del servizio <p>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi educativi domiciliari e territoriali individuali e di gruppo rivolti all'Autismo e altra Disabilità, interventi psico - educativi, Atelier Musicali; • Monitoraggio e applicazione Protocolli di Passaggio, Incontri di transizione con utente e familiari, Incontri di rete, alternanze scuola-lavoro, Progetti di osservazione scolastica, Progetto Simonini.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sanitarie, politiche scolastiche ed educative, politiche del lavoro, politiche abitative</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Ausl, Comuni aderenti all'Unione, Azienda pubblica di Servizi alla Persona, Forze dell'Ordine, Istituti Comprensivi, Centro servizi per il volontariato</p>
Referenti dell'intervento	<ul style="list-style-type: none"> • Federica Anghinolfi, Servizio sociale integrato • Nadia Campani, Ufficio di Piano • Sonia Gualtieri, Distretto AUSL • Gabriela Gildoni Neuropsichiatria infantile
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Persone disabili • Famiglie delle persone disabili • Contesti di vita (vicini di casa, volontari singoli, associazioni) • Operatori del Servizio sociale persone disabili • Operatori dei servizi sociali territoriali • Educatori territoriali • Operatori e coordinatori dei servizi socio sanitari • Infermieri e medici dei servizi sanitari territoriali

Totale preventivo 2018: € 4.145.685,69

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **57.019,00 €**

- FRNA: **1.989.346,30 €**

- FNNA: **205.208,00 €**

- AUSL : **159.642,61 €**

- Altri fondi statali/pubblci (*Programma vita indipendente 2017 e 2018*): **57.063,00 €**

- Unione di comuni :**1.677.406,78 €**

Indicatori locali: 4

1°: redazione carta d'identità del servizio disabili

Descrizione: redigere

un documento complessivo su politiche, servizi e procedimenti atto a rappresentare la nuova organizzazione

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** adozione sperimentale

- **Obiettivo 2019:** formalizzazione

- **Obiettivo 2020:** verifica

2°: gruppi accoglienti

Descrizione: costituire in ciascuna sotto area dell'Unione Val d'Enza

(alta, media, bassa) un gruppo di volontari, cittadini che organizzano e seguono progetti di tempo libero e tempo di vita per persone disabili, coordinato, formato e supportato dagli educatori territoriali

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 3

3°: implementazione di presidi territoriali dell'SSPD

Descrizione: implementare

in ciascuna sotto area dell'Unione Val d'Enza (così come sopra definito) una sede territoriale del Servizio Sociale Persone Disabili (SSPD) dell'Unione, (NDR: potrebbero essere cavriago per area centrale, sant'ilario per area bassa, barco per

Tipo: S | N

Situazione di partenza: no - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** no

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

4°: progettazione co-housing e vita autonoma

Descrizione: implementare

in ciascuna sotto area dell'Unione Val d'Enza (così come sopra definito) di almeno un nuovo progetto abitativo improntato all'autonomia (appartamento, co-housing, ecc)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

12. SOLO UN BRANDELLO DI BUFERA: USCIRE DALLA VIOLENZA DI GENERE.

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

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

25 Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda distrettuale: 1,8,25

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;D;E;

Razionale	<p>Tutto – una parola sfrontata e gonfia di boria. Andrebbe scritta fra virgolette. Finge di non tralasciare nulla, di concentrare, includere, contenere e avere. E invece è soltanto un brandello di bufera.</p> <p>Sia l'UNICEF che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno recentemente presentato i risultati del primo studio internazionale che ha analizzato i dati sulla diffusione degli abusi fisici e sessuali subiti dalle donne in varie nazioni del mondo. Lo studio evidenzia come la violenza sulle donne sia diventato un "problema sanitario di dimensioni epidemiche". Leggendo i dati dei singoli stati europei, osserviamo che i paesi in cui si registrano le percentuali maggiori di denunce, non a caso, sono quelli più "paritari": Danimarca (52%), Finlandia (47%) e Svezia (46%). Le percentuali più basse si registrano in Polonia (19%), Austria (20%) e Croazia (21%); in Italia è il 27% a denunciare gli abusi subiti.</p> <p>Alcuni dati riportati dalla ricerca FRA (European Union Agency For Fundamental Rights)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Violenza sessuale: circa 3,7 milioni di donne nell'UE hanno subito violenza sessuale nel corso dei 12 mesi precedenti le interviste dell'indagine. Questo dato corrisponde al 2 % delle donne di età compresa tra i 18 e i 74 anni nell'UE. -Nell'Unione Europea il 18 % delle donne ha subito atti persecutori dall'età di 15 anni, mentre il 5 % ne è stata vittima nei 12 mesi precedenti l'indagine. Questo dato corrisponde a 9 milioni di donne che nell'UE hanno subito atti persecutori in un periodo di 12 mesi. -Circa il 12 % delle donne ha indicato di avere subito una forma di abuso o atto sessuale da parte di un adulto prima dei 15 anni, percentuale che corrisponderebbe a 21 milioni di donne nell'UE. <p>I risultati mostrano che il 30 % delle donne che ha subito vittimizzazione sessuale da parte di un partner precedente o attuale ha anche subito violenza sessuale durante l'infanzia, mentre il 10 % delle donne che non ha subito vittimizzazione sessuale durante la relazione attuale o precedente indica di avere subito violenza sessuale durante l'infanzia</p> <p>Da questi dati emerge chiaramente come le discriminazioni e le violenze sulle donne da parte degli uomini, non possano, quindi, inquadrarsi come problemi "privati", ma debbano essere considerati una reale questione di salute pubblica. L'OMS ha lanciato l'allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio per una serie di patologie di forte rilevanza per la popolazione femminile.</p> <p>Gli effetti delle violenze subite dalle donne da parte del partner sono infatti devastanti: le donne vittime di violenza vengono letteralmente private di diritti umani e riportano molto frequentemente complesse problematiche fisiche e psicologiche, con sintomi che vengono equiparati a chi subisce traumi quali, l'essere ostaggi e vittime di torture. I più diffusi disturbi psicologici associati alla violenza sono la depressione e il disturbo da stress post-traumatico,</p>
------------------	---

	<p>anche nella fattispecie “complesso” (prolungato nel tempo)</p> <p>La violenza come esperienza, soprattutto se prolungata, mette la donna in un ruolo sociale caratterizzato dall’impotenza e dall’immobilismo: anche la dimensione individuale è indispensabile per comprendere l’insorgenza, lo sviluppo e il mantenimento di una situazione discriminatoria o di violenza. Questa dimensione è infatti correlata con lo sviluppo del sé che si definisce e si struttura a partire da esperienze primarie significative, nel corso degli anni. Sperimentare le proprie risorse in contesti relazionali positivi permette di crescere con un buon livello di autostima, una immagine positiva di sé e la percezione di meritare amore e rispetto. Là dove questo non è possibile, per esperienze precoci di violenza o per la presenza di contesti familiari caratterizzati da carenza affettiva ed emotiva, il senso di sé può risultare “indebolito” o fortemente danneggiato.</p> <p>Violenze e discriminazioni costituiscono un attacco all’integrità fisica e psichica della donna che produce pesanti effetti e conseguenze. Le reazioni del contesto familiare e sociale, spesso giudicante e ostile, la carenza di risorse materiali, il momento della vita in cui la violenza insorge, la gravità dell’aggressione, insieme alla presenza di violenze pregresse, rappresentano elementi che possono andare ad appesantire l’entità del danno.</p> <p>Il punto di vista portato in tal senso dall’etno- psichiatria diventa significativo: le storie di vita di moltissime donne madri e figlie migranti sono legate a storie di inaudita violenza e di vittimizzazione plurima. Spesso gli esiti dei disturbi legati al trauma da stress complesso possono essere letti dalle culture di provenienza in modi molto diversi rispetto alla psicologia occidentale. In questo senso per sostenere, curare ma anche fare prevenzione all’interno di luoghi culturalmente chiusi come spesso sono le comunità che si creano nei territori della nostra provincia, occorrono azioni di sistema che vadano dal “micro” al “macro”, passando anche per interventi di formazione che coinvolgano medici, psichiatri, infermieri, ovvero il personale sanitario che si “prende cura” dei disturbi che interferiscono con la salute mentale. La diffusione di una cultura non violenta e contraria ad ogni tipo di discriminazione parte quindi, necessariamente, dal sé individuale, dal riconoscimento e dalla messa in parola della propria storia e soggettività, dalla valorizzazione delle differenze come portatrici di ricchezze e risorse, dall’ empowerment della capacità del riconoscimento dei segnali e dei comportamenti violenti e vessatori.</p> <p>In val d’Enza nell’ultimo anno si è assistito ad un aumento dei casi di violenza ai danni delle donne, con esiti gravi sia per le dirette interessate che per i loro figli, spettatori inermi. Nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le donne in carico dal Servizio Sociale Integrato per violenza di genere sono state complessivamente 43 di cui 16 di origine straniera; nel solo anno 2017 i nuovi casi sono stati 9, di cui 3 straniere. • i minori presi in carico dal Servizio Sociale Integrato per violenza assistita sono stati complessivamente 63 di cui 22 di origine straniera; nel solo anno 2017 i nuovi casi sono stati 17, di cui 6 stranieri. <p>A partire dai progetti “Nessuno ti tocchi” e “Solo un brandello di Bufera”, cofinanziati dalla Regione Emilia Romagna, l’Unione val d’Enza ha dato corpo al lavoro che da diversi anni sta portando avanti sul tema della violenza di genere nelle relazioni di intimità. Occorre lavorare sul contesto sul piano culturale, educativo e sociale con finalità preventive rispetto al fenomeno della violenza di genere, ed allo stesso tempo è necessario lavorare sulle vittime perché la violenza subita non rimanga un “tutto” ma torni ad essere “soltanto un brandello di bufera”.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Occorre promuovere una cultura della non violenza e dell’antidiscriminazione di genere che permetta di circoscrivere e de-strutturare la dimensione “totalizzante” della violenza, e favorire un cambiamento a livello sociale e culturale che porti a riconoscere e valorizzare la differenza, la reciprocità dei ruoli tra uomo e donna nonché le risorse di ognuno.</p> <p>SGUARDI DI NON DISCRIMINAZIONE TRA I GENERI</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorire l’esplorazione dell’immaginario dei bambini e delle bambine sul femminile e sul maschile per la piena espressione di un sé in evoluzione; - favorire riflessioni sugli atteggiamenti educativi degli adulti perché siano in ascolto delle infinite modalità di espressione dei bambini e delle bambine, maturando modalità di comportamento non giudicanti e il meno stereotipate possibile; - migliorare nei ragazzi e nelle ragazze la capacità di percezione di sé e dell’altro/a attraverso i comportamenti assunti, in particolare, nelle relazioni affettive; - favorire una consapevolezza diffusa, in ambito educativo, sul riconoscimento e il significato della violenza nelle relazioni tra i generi. <p>APPROCCIO GLOBALE ALLA VIOLENZA DI GENERE</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare la capacità di ascolto di operatori, educatori, insegnanti per costruire contesti educativi accoglienti, aperti al riconoscimento delle soggettività e al rispetto delle differenze; - favorire la responsabilizzazione della comunità educativa rispetto alle situazioni di violenza

	<p>negli ambienti familiari e sociali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare forme sperimentali di convivenza inclusiva tra cittadine e cittadini appartenenti alla comunità indiana e della “bassa val d’enza” capaci di incentivare cambiamenti culturali; - promuovere percorsi di empowerment delle risorse individuali di donne immigrate e/o di seconda generazione che stanno uscendo da percorsi di violenza e discriminazione; <p>PERCORSI DI ASSISTENZA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA</p> <p>A seguito della formazione condotta negli anni scorsi insieme a professionisti sociali sanitari e delle forze dell’ordine si sono create le condizioni per una presa in carico rapida ed efficace dei fenomeni di violenza di genere, per la messa in protezione delle vittime e la strutturazione di percorsi di autonomia e uscita dalla violenza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si è sperimentata la presa in carico in situazione di emergenza da parte dell’equipe già costituita per le emergenze nell’ambito della tutela dei minori • si sta portando a termine un “protocollo operativo per la gestione in emergenza di situazioni di violenza di genere nelle relazioni di intimità” per la gestione dell’accesso presso i presidi sanitari (pronto soccorso Ospedale “Franchini”) e l’invio coordinato tra servizi; hanno collaborato al protocollo Ausl di Reggio Emilia, Asp Carlo Sartori, Servizio Sociale Integrato Unione val d’Enza, Corpo di Polizia Municipale Unione val d’Enza, Associazione Nondasola Onlus. • Sono stati formati in modo omogeneo e diffuso i punti di accesso e di prossimità sui territori
<p>Destinatari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • operatori dei servizi sociali sanitari scolastici ed educativi • cittadini e associazioni • bambini delle scuole d’infanzia del territorio • adolescenti e preadolescenti degli istituti Comprensivi coinvolti • adolescenti e preadolescenti seguiti nelle attività extra-scuola • donne che vogliono uscire da un percorso di violenza e che vengono accompagnate da progettualità del servizio sociale
<p>Azioni previste</p>	<p>SGUARDI DI NON DISCRIMINAZIONE TRA I GENERI</p> <p>percorsi formativi al personale educativo su come proporre ai bambini e alle bambine ambiti, spazi, tempi e modalità di crescita che non risentano a priori di un discorso stereotipato in base a differenze di genere codificate né di confini che possano precludere ai bambini e alle bambine la possibilità di scelta nel gioco e nelle dinamiche relazionali</p> <p>Laboratori con i bambini e le bambine delle scuole d’infanzia coinvolte e con i loro genitori, i ragazzi e le ragazze delle scuole primarie e secondarie finalizzati a dar loro voce, ad attraversare i loro pensieri e vissuti per esperire come certi comportamenti e atteggiamenti, apparentemente irrilevanti, finiscano per legittimare la violenza contro le donne. I laboratori, attraverso una modalità coinvolgente e attiva, aiuteranno a capire di cosa si parla quando viene nominata la violenza contro le donne, valorizzando l’importanza di confrontarsi circa il proprio essere maschio o femmina, circa la rigidità o flessibilità dei ruoli, le modalità relazionali, l’assunzione di comportamenti assertivi.</p> <p>Laboratori extrascolastici per ragazzi e ragazze inseriti in progetti del servizio sociale: spesso i minori presi in carico hanno vissuto sulla propria pelle l’essere vittime di violenza e hanno bisogno di confrontarsi con nuovi e possibili paradigmi perché la violenza subita, non rimanga un “tutto” ma torni ad essere “soltanto un brandello di bufera”.</p> <p>APPROCCIO GLOBALE ALLA VIOLENZA DI GENERE</p> <ul style="list-style-type: none"> • focus group (Gruppo di progetto partecipato) con professionisti sociali e sanitari, forze dell’ordine, docenti, educatori/educatrici, associazioni e terzo settore per confrontarsi su una lettura del fenomeno fatta da una pluralità di sguardi e per incrementare la corresponsabilità a lavorare sui temi della violenza di genere e delle discriminazioni. • Incontri seminariali per figure educative e socio sanitarie sulle tematiche dell’educazione all’ascolto, all’affettività, dell’alfabetizzazione emotiva, del contrasto all’aggressività e alla violenza. Per la rilevante presenza dell’etnia indiana occorre uno specifico seminario di approfondimento con sguardo etnopsichiatrico e antropologico. • formazione/supervisione per operatori a supporto della loro capacità di ascolto e accoglienza di donne vittime di violenza e delle loro storie. • azioni di supporto alle donne per favorire la loro piena autonomia e indipendenza e che stanno portando avanti percorsi di uscita dalla violenza

	<ul style="list-style-type: none"> • sostegno individualizzato mirante ad affiancare e sostenere le donne nei loro percorsi di auto-nomia, attivazione di tirocini di formazione/orientamento per facilitare un loro ingresso nel mondo del lavoro, • attivazione di un gruppo di auto-mutuo aiuto quale luogo in cui dare spazio e visibilità a racconti, vissuti, pensieri spesso indicibili per le donne in altri luoghi • per la forte presenza di etnia indiana in alcuni Comuni dell'Unione (bassa val d'Enza), laboratori specifici sulle buone prassi nelle relazioni. <p>PERCORSI DI ASSISTENZA</p> <p>Si conferma la sperimentazione per la presa in carico rapida ed efficace dei fenomeni di violenza di genere, tramite l'equipe emergenza presso il Servizio tutela minori. In seguito alla messa in protezione delle vittime si lavora in modo coordinato con i Servizi sociali territoriali per la strutturazione di percorsi di autonomia e uscita dalla violenza.</p> <p>Si intende mettere a disposizione percorsi di cura specifici per gli esiti dei traumi quali "il disturbo da stress post-traumatico"</p> <p>Si conferma appartamento ad alta autonomia a s. Ilario d'Enza</p> <p>Si conferma e si intende consolidare il protocollo operativo per la gestione in emergenza di situazioni di violenza di genere nelle relazioni di intimità, per una gestione il più possibile tempestiva e competente sia dell'accesso ai presidi sanitari (pronto soccorso) sia delle fasi di collaborazione tra servizi nei percorsi di emancipazione dalla violenza.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, scolastiche ed educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Val d'Enza (Servizi sociali e Polizia Municipale) AUSL di Reggio Emilia (Distretto di Montecchio e Ospedale Franchini) ASP Carlo Sartori Associazione Nondasola - Donne insieme contro la violenza - ONLUS Cooperativ
Referenti dell'intervento	Federica Anghinolfi - Responsabile servizio sociale integrato Sonia Gualtieri – Direttore di Distretto
Risorse non finanziarie	Tempo lavoro dei professionisti (responsabili, operatori) Appartamento ad alta autonomia Spazio "La cura"

Totale preventivo 2018: € 36.000,00

Indicatori locali: 2

1°: appartamento ad alta autonomia

Descrizione: messa

a disposizione di luogo abitativo nel distretto per uscita da percorsi di violenza e sperimentazione di autonomie

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si

- **Obiettivo 2019:** si

- **Obiettivo 2020:** si

2°: formazione ai ragazzi

Descrizione: percorsi laboratoriali per una cultura

valorizzante i generi e per la prevenzione delle discriminazioni

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

13. L'AZZARDO NON E' UN GIOCO.

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Riferimento scheda distrettuale: 3,6.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>In base ai dati 2016 delle rilevazioni annuali dei Monopoli di Stato, l'Emilia Romagna, insieme a Lazio e Abruzzo, era la prima regione italiana per numero di vlt presenti sul territorio con 1,2 apparecchi ogni mille abitanti, la quarta regione per spesa complessiva in slot e vlt. Subito dopo Lombardia (10,3 miliardi), Lazio (5,1 miliardi) e Veneto (4,6 miliardi). La raccolta complessiva in Emilia-Romagna ammonta a 4,5 miliardi di euro (2,1 dei quali giocati in slot, e 2,3 in vlt). Sempre a livello regionale, sono 32.416 gli apparecchi sparsi nel territorio. Con 1.014 euro, inoltre, la nostra è anche la seconda regione per spesa pro-capite in slot e vlt, subito dopo la Lombardia (1.036 euro). I dati sono sicuramente calati dopo l'entrata in vigore della nuova normativa a tutela dei luoghi sensibili, ma il dato resta elevato e da tenere in forte attenzione.</p> <p>In particolare per quanto riguarda Reggio Emilia, sono presenti 7,4 apparecchi ogni mille abitanti, per un totale di 3.930 macchinette sparse per il territorio (3.261 slot e 669 vlt), e ogni giorno viene giocata una cifra pari a 1,5 milioni di euro. La provincia è al terzo posto a livello regionale e al 16esimo posto a livello nazionale per spesa pro-capite, pari a 1.063 euro.</p> <p>Con riferimento alla Val d'Enza, si evidenzia il seguente andamento.</p> <p>GIOCATI PRO CAPITE ANNUA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bibbiano: € 232,00;- Campegine: € 507,00;- Canossa: € 105,00;- Cavriago: € 511,00;- Gattatico: € 625,00;- Montecchio: € 587,00;- San Polo: € 1.792,00;- Sant'Ilario: € 1.696,00. <p>APPARECCHI PER MILLE ABITANTI:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bibbiano: 2,7;- Campegine: 6,7;- Canossa: 4,0;- Cavriago: 6,4;- Gattatico: 12,20;- Montecchio: 6,90;- San Polo: 11,00;- Sant'Ilario: 11,80. <p>L'Emilia-Romagna è stata una delle prime Regioni italiane a fare una legge per la riduzione dei rischi del gioco d'azzardo, con la legge 5 del 2013. Successivamente la Regione ha promulgato la legge 18 del 2016 e la delibera di giunta 831 del giugno 2017, nelle quali si danno disposizioni sul fatto che le nuove sale da gioco, le sale scommesse e l'installazione di nuove slot o vlt, non possano avvenire a distanza inferiore ai 500 metri dai luoghi sensibili, come scuole, ospedali, chiese, centri aggregativi, impianti sportivi, strutture socio sanitarie, ed altri. In seguito alla Delibera tutti i Comuni della Val d'Enza hanno proceduto a mappare il territorio alla ricerca di luoghi di gioco a distanza inferiore ai 500 metri dai luoghi sensibili, comunicando successivamente ai titolari l'adozione di provvedimenti di chiusura o il divieto di rinnovo dei</p>
------------------	---

	<p>contratti con i concessionari. L'attuazione di questa importante misura consentirà nel giro di alcuni anni (termine di scadenza di concessioni attive) ad una importante riduzione del numero di sale da gioco e sale scommesse.</p> <p>Il Piano regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo prevede i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti di locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale; - Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza, e in ampliamento, con quanto previsto dal Piano regionale della Prevenzione (PRP), al fine di sostenere le Scuole aderenti al PRP e ampliarne il numero; - Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con 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; - 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 gruppi di auto-aiuto; <p>La strategia individuata è la condivisione e collaborazione tra i Soggetti istituzionali e non istituzionali dei territori dove questo fenomeno sociale è ormai ampiamente diffuso.</p> <p>Sono previste le seguenti azioni di carattere regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi di indirizzo, sostegno e coordinamento alle AUSL e agli EE.LL; - Realizzazione di studi epidemiologici su base regionale e provinciale; - Organizzazione di eventi formativi su base regionale per diversi target; - Elaborazione di strumenti di monitoraggio e reportistica sui progetti locali; - Pubblicazione di materiali sul sito collegato all'Osservatorio regionale; - Interventi di coordinamento verso soggetti del territorio (Centri Antiusura e altri soggetti che si occupano di sovraindebitamento); <p>Sono previste a livello territoriale 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"> • Coordinamenti territoriali tra AUSL, Ente Locale, Enti accreditati del Sistema per le Dipendenze Patologiche e eventuali Associazioni territoriali; • 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; • Organizzazione di eventi locali, promozione del marchio etico 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.
<p style="text-align: center;">Descrizione</p>	<p>Il recente PIANO LOCALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO (DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 2098 DEL 20/12/2017 PIANO REGIONALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO 2017-2018) approvato a livello distrettuale rappresenta una preziosa opportunità per fornire una base omogenea di attività in tutti i Comuni, individuando come prioritari i seguenti ambiti di attività, da prevedere quale minimo comune denominatore per tutti i territori comunali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eventi pubblici di sensibilizzazione, privilegiando le modalità ad alto coinvolgimento emotivo e relazionale; • costituzione di una rete qualificata di accoglienza e supporto, tramite formazione specifica degli operatori sociali e attivazione di consulenze qualificate sui temi dell'indebitamento; • percorsi formativi interattivi da prevedere in modo capillare in tutte le scuole secondarie del territorio, collegate ad azioni educative che diano continuità, nella quotidianità, agli eventi formativi.
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>Scuole, famiglie, utenti</p>
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<p>AZIONI LOCALI PREVISTE BREVE DESCRIZIONE</p> <p>Eventi pubblici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dal punto di vista della sensibilizzazione dell'opinione pubblica si ritiene strategico organizzare eventi di carattere teatrale-laboratoriale che incidano sia sulla conoscenza del fenomeno e dei meccanismi psicologici alla base delle situazioni di dipendenza da gioco, sia

sull'impatto emotivo e relazionale.

L'approccio del seminario o del dibattito, tipologie che saranno comunque previste nei vari territori a seconda delle esigenze di gruppi di cittadini e/o associazioni, ed in continuità con iniziative già in corso, riescono infatti a coinvolgere persone già sensibili al tema e non appaiono significative per raggiungere ampi numeri di popolazione.

Si prevede di organizzare n. 3/4 eventi teatrali serali in diversi punti del distretto socio sanitario, ed un evento specifico per gli alunni delle scuole medie superiori.

Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo, attraverso momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento, con modulo discusso a livello regionale come si è fatto con i programmi della formazione obbligatoria:

- Collegato a politiche locali condotte in ogni singolo Comune.

Valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati:

- Collegato a politiche locali condotte in ogni singolo Comune.

Sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie (sportelli, convenzioni con centri antiusura):

- Si intende svolgere apposita formazione agli operatori dedicati all'inclusione sociale e di avvalersi di apposita consulenza on-demand in base alla casistica.

Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura:

-Si ritiene che i gruppi attivi a livello provinciale siano idonei a sostenere la domanda presente.

Laboratori per Scuole (spettacoli, conferenze ecc.):

- Si intende investire la maggior parte delle risorse su questo livello, nel quale la prevenzione risulta maggiormente necessaria ed efficace.

Si prevede di proporre in modo omogeneo a tutte le scuole secondarie di primo grado del territorio (per es. classi seconde) un percorso di tre incontri interattivi sullo schema del progetto finanziato dal Ministero dell'istruzione nel 2016 (l'Azzardo non è un gioco).

Con riferimento alla scuola secondaria di secondo grado, si intende proporre lo spettacolo di cui al precedente punto specifico.

- Si ritiene inoltre strategico accompagnare i percorsi formativi di prevenzione con azioni educative territoriali, da organizzare nei luoghi di incontro e socializzazione dei ragazzi e in raccordo con le Associazioni Sportive.

AZIONI PROVINCIALI PREVISTE - BREVE DESCRIZIONE.

Potenziamento funzioni di accoglienza e trattamento con formalizzazione di percorsi e di interfaccia e risorse aggiuntive dedicate:

- 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.

Le attività previste saranno:

- accoglienza del paziente e della famiglia di appartenenza;

- approfondimento diagnostico;

- trattamento integrato individuale e familiare;

- attivazione di eventuali consulenze sul versante alcolico, tossicologico, psichiatrico ed economico-legale;

- attivazione di percorsi nei gruppi riabilitativi e nelle strutture residenziali.

- 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.

- 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.

Copertura costi delle rette per Comunità residenziale per giocatori:

	- Definizione di progetti individuali intensivi brevi per giocatori patologici - Previsione d'ingressi in Comunità residenziale per giocatori (progetto PLUTO) per n. 250 gg nell'anno 2018.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, scolastiche ed educative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Comuni aderenti all'Unione,
Referenti dell'intervento	Nadia Campani - Ufficio di Piano Maria Angela Leni –Politiche educative Simona Bigi, Simona Monari, Alberto Grassi, Chiara Tarana, Carla Pinelli, Margherita Merotto – Servizi sociali territoriali Flavia Neri – SerT Montecchio Emilia
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti (responsabili, operatori, amministratori) • Applicativi e gestionali

Totale preventivo 2018: € 35.215,06

- Programma gioco d'azzardo patologico: **35.215,06 €**

Indicatori locali: 1

1°: iniziative di

prevenzione gioco d'azzardo

Descrizione: eventi pubblici e corsi nelle scuole per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 3

14. RIPENSARE LA RETE PER LE PERSONE ANZIANE.

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
 24 La casa

Riferimento scheda distrettuale: RIPENSARE LA RETE PER LE PERSONE ANZIANE. SCHEDA DISTRETTUALE: 1,2,4,6.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;D;E;

Razionale	<p>La popolazione anziana (>65 anni) distrettuale risulta costituita da 13.342 unità che corrisponde al 21,19 % della popolazione totale del distretto; poco più della metà costituita da ultrasettantacinquenni di cui il 61% da "grandi anziani", persone cioè con più di 80 anni e quindi a maggiore rischio di fragilità sanitaria e sociale.</p> <p>Alla luce del trend demografico, da diversi anni sul territorio della Val d'Enza si sono sviluppate iniziative sociali e socio-sanitarie finalizzate a favorire il buon invecchiamento e a ritardare il più possibile la non autosufficienza.</p> <p>Oltre all'impegno per la promozione del benessere, significativo negli anni è stato l'investimento da parte di Comuni, Azienda USL e Regione nell'area della non autosufficienza. L'offerta (sia pubblica che privata) è molto articolata nella zona e comprende diversi servizi sia a sostegno della domiciliarità che di natura residenziale.</p> <p>Va tuttavia rilevato che il trend del carico di lavoro degli operatori sociali e sanitari evidenzia un aumento esponenziale della casistica non proporzionale all'aumento della popolazione anziana e questo dato, a fronte di investimenti che nei prossimi anni presumibilmente non subiranno significative variazioni, sta stimolando nuove riflessioni sul piano della governance tra cui l'urgenza di assumere, anche nell'area anziani, approcci e metodologie che in altre aree di lavoro hanno permesso di generare risorse inedite.</p> <p>Il lavoro dei servizi dovrà superare definitivamente l'approccio domanda-risposta per orientarsi ad una attività finalizzata ad accompagnare, facilitare, sostenere le famiglie nei compiti di cura attraverso il coinvolgimento delle comunità locali.</p> <p>La condizione dei caregiver si è andata notevolmente modificando negli ultimi anni a causa della diversa composizione della struttura familiare nell'attuale contesto sociale ed economico. I caregiver familiari, laddove presenti, o sono a loro volta anziani con scarsa o assente rete supportiva o sono cittadini ancora in età lavorativa, con carichi assistenziali gravosi dovuti alla presenza sia di genitori molto anziani che di figli a loro volta portatori di bisogni.</p> <p>Una riflessione a parte va fatta per le Assistenti familiari che spesso sono il principale aiuto per i caregiver familiari. Dai dati INPS forniti recentemente dalla Regione (Osservatorio lavoratori domestici) emerge che nella Provincia di Reggio Emilia nel 2016 i collaboratori domestici (assistenti familiari e colf) risultavano essere complessivamente 8.206. Nonostante si evidenzino un calo del fenomeno rispetto agli anni precedenti, in particolare relativamente alle lavoratrici straniere, nelle situazioni intercettate anche indirettamente dai servizi sociosanitari del distretto, l'assistente familiare continua a rivestire un ruolo importante nel lavoro di cura. Pur mantenendo alto nel territorio l'investimento nella funzione di tutoring/educazione dell'assistente familiare ai compiti assistenziali da parte dei servizi integrati, il tema dovrà diventare oggetto di una analisi più approfondita per rilanciare piste progettuali che</p>
------------------	--

	<p>consentano di intercettare e accompagnare maggiormente le famiglie e i lavoratori coinvolti nella cura di persone non autosufficienti.</p> <p>Un ulteriore dato di complessità, relativamente alle persone affette da demenza, il cui numero è in costante crescita, è rappresentato dall'aumento della casistica giovane; come rileva il Centro per i disturbi cognitivi distrettuale, sta crescendo il numero di persone con disturbi cognitivi nella fascia d'età compresa fra i 65 e i 70 anni ma anche quello di persone con età inferiore ai 65 anni; il dato impone un ripensamento dell'offerta dei servizi oggi non in grado di sostenere persone giovani, ancora relativamente attive, di fronte ai cambiamenti determinati dalla malattia. Occorrerà progettare per questa casistica risposte flessibili e personalizzate.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Alla luce dei punti di forza e delle criticità descritte, la sfida per il territorio è quella di continuare a promuovere benessere e di estendere la capacità di risposta dei servizi sociosanitari mettendo in campo nuove modalità di lavoro: se da un lato occorre mantenere alta la qualità dei servizi per la non autosufficienza programmati negli anni, d'altro lato è necessario lavorare per rendere più flessibile l'offerta e mettere a disposizione funzioni integrate di facilitazione, orientamento, sostegno.</p> <p>La revisione della rete per le persone anziane prevede alcune direttrici progettuali che vengono di seguito sintetizzate:</p> <p>OBIETTIVO 1 - mantenere alto l'investimento nella promozione dell'invecchiamento attivo e di contesti locali includenti</p> <p>Si prevede di continuare a perseguire la strada sperimentata secondo una duplice direzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incentivare il protagonismo degli anziani attraverso il loro coinvolgimento negli organismi di partecipazione locale e nell'associazionismo - sostenere un programma di iniziative di formazione/informazione finalizzate a favorire il buon invecchiamento. <p>In ogni Comune della zona gli anziani sono protagonisti vitali di associazioni di volontariato che promuovono benessere per le persone più fragili sia garantendo servizi di accompagnamento che organizzando occasioni culturali e di socializzazione (gite, vacanze ecc). In varie sedi del territorio è presente l'Università del tempo libero e vengono costantemente organizzate iniziative culturali che coinvolgono cittadini di diverse età; sono altresì presenti società sportive che collaborano con gli Enti locali per promuovere gruppi di cammino, corsi di attività motoria e ginnastica adattata; sono anche molto diffusi corsi e laboratori vari (ricamo, cucito, cucina, intaglio del legno, pittura ecc.), compresa la gestione di orti sociali, che complessivamente hanno il pregio di favorire, nelle persone che li frequentano, il mantenimento delle autonomie e delle competenze relazionali.</p> <p>Si intende inoltre dare continuità alle proposte formative/informative sistematicamente programmate nei territori per promuovere stili di vita sani. Numerosissime le iniziative formative realizzate su temi ricorrenti (alimentazione, movimento, psicologia dell'invecchiamento...) che si riproporranno per tutto il triennio di programmazione.</p> <p>A tale proposito, in collaborazione con i servizi sanitari, si intende valorizzare la Casa della salute di Montecchio, che nel distretto è sede di servizi strategici per la prevenzione e la cura, come luogo dove trattare i temi relativi alla salute e al benessere, ricevere informazione e formazione su tematiche sociosanitarie emergenti.</p> <p>Grazie alla collaborazione tra Servizi Sociali, Centro disturbi cognitivi distrettuale e l'associazione AIMA, è in fase di progettazione un corso informativo sui diversi stadi della demenza, con l'obiettivo di sostenere i caregiver nei percorsi che, con il supporto dei servizi, è possibile intraprendere dall'esordio della malattia alla sua fase terminale.</p> <p>In diversi territori si sono avviate o si stanno programmando esperienze finalizzate a valorizzare alcuni luoghi di socializzazione per renderli maggiormente inclusivi anche nei confronti delle persone più fragili (saletta di Laura a Gattatico, servizio ricreativo di Bibbiano). In particolare nel Comune di Canossa si è avviata una sperimentazione, grazie alla collaborazione tra Servizio Sociale territoriale e Associazione Malattia di Alzheimer, finalizzata a qualificare l'attività dei volontari all'interno della Casa degli alpini, luogo di ritrovo molto frequentato dagli anziani attivi nel paese. L'obiettivo che si intende perseguire con queste azioni è quello di sviluppare forme di accoglienza più leggera ma altrettanto qualificata rispetto ai servizi più tradizionali. Il monitoraggio delle sperimentazioni consentirà di valutarne gli esiti e l'opportunità di un loro sviluppo su tutto l'ambito distrettuale.</p> <p>OBIETTIVO 2 – mantenere una rete di servizi sociali e sanitari vicini alle famiglie, capaci di intercettarne precocemente i bisogni, di orientarle e accompagnarle verso le possibili soluzioni ai problemi e di promuovere nuove opportunità di risposta</p> <p>Si prevede lo sviluppo delle seguenti azioni/progettualità:</p> <p>2.1 Intensificare le forme di sostegno ai caregiver (familiari e non)</p>

Anche nel contesto locale, il lavoro di cura alle persone anziane trova il suo perno nella figura del caregiver, punto di riferimento relazionale e assistenziale che può direttamente svolgere alcune o gran parte delle funzioni di assistenza, delegarne altre e/o facilitare e monitorare l'eventuale accesso ai servizi. Oltre alle azioni di supporto individuale fornite dai professionisti sanitari e sociali, si programma lo sviluppo delle seguenti azioni:

- costruire e intensificare l'alleanza con il caregiver in sede di valutazione della non autosufficienza, per la definizione e gli accordi relativi alla realizzazione del progetto di assistenza (a tale proposito si prevede incontro formativo per i professionisti coinvolti)
- intensificare la funzione di tutoring svolta dai servizi sociali, assistenziali e sanitari in particolare nei momenti di cambiamento del setting assistenziale
- mantenere attivi i 5 gruppi di sostegno a favore dei familiari di persone con demenza, lavorando per una partecipazione più diffusa dei caregiver
- promuovere incontri informativi/formativi di gruppo su tematiche ricorrenti nel lavoro di cura alle persone anziane.

Rispetto alle assistenti familiari, oltre alle azioni sopra descritte, sarà da incentivare l'analisi del fenomeno insieme alle agenzie private che sul territorio si dedicano alla somministrazione del lavoro a domicilio, per sviluppare azioni di facilitazione e accompagnamento delle famiglie da un lato e di affiancamento e formazione delle stesse lavoratrici dall'altro.

2.2 sviluppare ulteriormente i percorsi di continuità assistenziale ospedale territorio

Da alcuni anni la zona ha investito nel rendere più efficaci i percorsi di continuità assistenziale, in particolare tra ospedale e territorio. L'obiettivo rimane quello di mantenere un alto investimento su questi percorsi per migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse e degli interventi nel cambiamento del setting assistenziale.

Nello specifico si prevede di:

- costituire un gruppo di lavoro ospedale/territorio pensato come dispositivo organizzativo in grado di tenere un monitoraggio costante dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari verificandone l'appropriatezza sulla base della fluttuazione della domanda
- estendere il collaudato percorso di dimissione protetta delle persone anziane anche alle altre tipologie di cittadini fragili in modo da agire con tempestività e appropriatezza e facilitare l'accesso alle risorse disponibili.

2.3 sostenere l'istituto dell'amministratore di sostegno, in particolare per gli anziani soli e a maggior rischio di isolamento.

In un contesto in cui sono in aumento gli anziani soli o con rete familiare conflittuale, si è verificato che l'amministratore di sostegno può svolgere un ruolo strategico a supporto e tutela delle persone fragili. Si è pertanto avviato un duplice investimento i cui esiti andranno verificati nel tempo in termini di efficacia:

- apertura, grazie al supporto del volontariato, di uno sportello informativo in grado di orientare e accompagnare i cittadini interessati nell'espletamento delle funzioni necessarie all'avvio del procedimento di amministrazione presso il Tribunale
- attivazione di una consulenza legale per l'avvio delle pratiche a sostegno delle situazioni più compromesse, su richiesta dei servizi sociali.

OBIETTIVO 3 – contribuire a diffondere il valore della domiciliarità sperimentando forme abitative innovative e flessibili

Nel distretto da tempo si sta lavorando in modo trasversale per incidere sull'approccio culturale rispetto al tema abitativo attraverso forme di sensibilizzazione e coinvolgimento delle comunità locali e lo sviluppo di forme abitative diversificate e tra loro correlate, in grado di rispondere alle molteplici esigenze dei cittadini a rischio di marginalità e di perdita progressiva delle autonomie.

3.1 Si sono costruite le premesse per diffondere, in co-progettazione con alcune associazioni molto radicate sul territorio, opportunità di coabitazioni basate sulla reciprocità e il mutuo aiuto. In particolare si intende sviluppare il progetto "Abitare solidale" con l'obiettivo principale di promuovere forme di cittadinanza attiva, sviluppando opportunità abitative per persone con bisogni diversi.

Destinatari del progetto sono cittadini del territorio con le seguenti caratteristiche:

- proprietari o affittuari che vivono in case troppo grandi per le loro esigenze di vita e che sono a rischio di perdita di autosufficienza
- famiglie che necessitano di aiuto nella conciliazione dei tempi di lavoro, cura e gestione della casa
- soggetti in momentanea difficoltà economica e/o sociale o persone che necessitano di una temporanea opportunità abitativa in attesa di una maggiore autonomia.

La progettazione prevede l'individuazione della domanda/offerta e il loro incrocio, in termini solidaristici, sulla base di una approfondita analisi dei bisogni, delle aspettative e delle opportunità rilevate. Dopo la delicata fase di matching, si prevede una fase abitativa

	<p>sperimentale che dovrà essere attentamente accompagnata e monitorata dagli operatori dei servizi, grazie al supporto dei volontari , per arrivare ad un vero e proprio accordo di coabitazione.</p> <p>Il progetto prevede la supervisione di Abitare solidale Auser Firenze, da tempo capofila della progettazione in Italia, associazione con la quale Unione Val d’Enza si è di recente convenzionata.</p> <p>3.2 Una ulteriore scelta strategica compiuta dai Comuni della zona è la decisione di arricchire l’offerta residenziale “leggera”, basata su misure di protezione parziali, a favore di cittadini adulti o anziani con una iniziale perdita di autonomie. Il progetto ha previsto la costruzione di mini alloggi protetti collocati presso la Casa residenza gestita da ASP C. Sartori nel Comune di San Polo d’Enza, zona del distretto sprovvista di questa tipologia di servizi.</p> <p>Destinatari degli alloggi, la cui apertura è prevista a partire da settembre dell’anno in corso, potranno essere anziani parzialmente non autosufficienti ma anche persone adulte con disabilità o con condizioni assimilabili all’età senile e a rischio di emarginazione.</p> <p>Il servizio, costituito da 10 unità abitative per un totale di 12 posti, ha lo scopo di prevenire l’isolamento e l’emarginazione favorendo rapporti interpersonali e relazioni affettive.</p> <p>Gli alloggi, integrati da spazi comuni e servizi collettivi di supporto, essendo adiacenti ad altri servizi socio assistenziali, potranno essere utilizzati con modalità flessibili, commisurate ai bisogni degli ospiti.</p> <p>OBIETTIVO 4 – mantenere una qualificata offerta di servizi per le persone non autosufficienti diversificando la rete e rendendo più visibili i criteri di accesso e di priorità.</p> <p>Rispetto al percorso di accreditamento dei servizi sociosanitari, in corso d’anno andrà portato a compimento il percorso di accreditamento definitivo dei servizi sociosanitari del Comune di Cavriago che, dal 1 gennaio 2019, passeranno dall’attuale gestione in capo al privato sociale alla gestione pubblica (ASP).</p> <p>Relativamente all’offerta per la non autosufficienza, si confermano le scelte compiute lo scorso anno che prevedevano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l’aumento dei posti residenziali secondo criteri di maggiore equità rispetto alla popolazione ultrasessantacinquenne residente -la riduzione dell’offerta temporanea (sia dei posti ad alta valenza sanitaria che di quelli di sollievo, ripristinati nel periodo estivo) con l’attenzione a mantenere costantemente monitorata la fluttuazione della domanda -la conferma dei servizi a sostegno della domiciliarità, in particolare Centri diurni e SAD, che pure presentano un utilizzo discontinuo da verificare nel tempo. <p>Tale offerta, riportata nella parte generale del presente Piano di zona alla sezione Mappa di Offerta: Risorse del Territorio/servizi socio sanitari andrà costantemente monitorata e verificata, sia in termini di adeguatezza alle problematiche portate sia in termini di sostenibilità.</p> <p>Si prevede di completare revisione di tutte le procedure di accesso ai servizi sociosanitari accreditati; avendo ultimato il percorso relativo alle risorse residenziali, sono da completare quelli relativi ai servizi a sostegno della domiciliarità, in modo da dare evidenza ai criteri di accesso e di priorità e monitorare la compartecipazione dei cittadini al costo dei servizi.</p>
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>Popolazione anziana autosufficiente e non autosufficiente</p> <p>Familiari</p> <p>Care givers</p> <p>Assistenti familiari</p> <p>Operatori e professionisti dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari</p>
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • coinvolgimento degli anziani negli organismi di partecipazione locale e nell’associazionismo • iniziative di formazione/informazione finalizzate a favorire il buon invecchiamento • servizi di accompagnamento • occasioni culturali e di socializzazione (gite, vacanze) • Università del tempo libero e iniziative culturali • gruppi di cammino, corsi di attività motoria e ginnastica adattata • corsi e laboratori vari (ricamo, cucito, cucina, intaglio del legno, pittura ecc.), • orti sociali • proposte formative/informative per promuovere stili di vita sani (alimentazione,

	<p>movimento, psicologia dell'invecchiamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • iniziative sui temi relativi alla salute e al benessere, presso la Casa della salute di Montecchio, • sperimentazione di luoghi di socializzazione inclusivi nei confronti delle persone più fragili (saletta di Laura a Gattatico, servizio ricreativo di Bibbiano, Casa degli alpini di Canossa) • sostegno ai caregiver (familiari e non): intensificare l'alleanza in sede progettuale, incontro formativo per i professionisti coinvolti, sperimentazione di percorsi di sostegno specifici ed aggiuntivi • intensificare la funzione di tutoring svolta dai servizi sociali, assistenziali e sanitari in particolare nei momenti di cambiamento del setting assistenziale • gruppi di sostegno a favore dei familiari di persone con demenza, • promuovere incontri informativi/formativi di gruppo su tematiche ricorrenti nel lavoro di cura alle persone anziane • corso informativo sui diversi stadi della demenza • analisi del fenomeno assistenti familiari e azioni di facilitazione e accompagnamento delle famiglie e formazione delle lavoratrici • rafforzare i percorsi di continuità assistenziale ospedale territorio, tramite gruppo professionisti per monitoraggio dell'accesso ai servizi sanitari • estendere il percorso di dimissione protetta delle persone anziane anche alle altre tipologie di cittadini fragili • sostenere l'istituto dell'amministratore di sostegno, tramite conferma dello sportello informativo e attivazione di consulenza legale per l'avvio delle pratiche a sostegno delle situazioni più compromesse, su richiesta dei servizi sociali . • forme abitative innovative e flessibili: abitare solidale per incrociare bisogni e risorse complementari e offerta residenziale "leggera" per situazioni di autosufficienza con fragilità • mantenimento offerta di servizi socio sanitari per le persone non autosufficienti diversificando la rete e rendendo più visibili i criteri di accesso e di priorità.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche culturali e del tempo libero, politiche di coesione sociale, politiche sportive, abitative, sociali e sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Unione Val d'Enza Azienda USL di Reggio Emilia Comuni Regione Emilia Romagna Azienda Pubblica di Servizi alla persona altri gestori di servizi socio sanitari Ospedale Franchini e Ospedali delle Province di Reggio E. e Parma, Medici di medicina generale</p>
Referenti dell'intervento	<p>Annamaria Gianotti - Responsabile Servizio Assistenza Anziani Annamaria Picciati - Responsabile Infermieristico Distrettuale Sonia Gualtieri - Direttore di Distretto Nadia Campani - Responsabile Ufficio di Piano</p>
Risorse non finanziarie	<p>Operatori sociali e sanitari; Famigliari; Assistenti famigliari; Cittadini; Associazioni; Sedi dei servizi socio sanitari, anche sperimentali; Sede punto informativo amministratore di sostegno; Luoghi di socializzazione e di promozione culturale dei comuni e delle associazioni.</p>

Totale preventivo 2018: € 8.698.177,89

- FRNA: **4.413.499,42 €**
- FNNA: **239.208,00 €**
- AUSL : **2.555.481,08 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC...): **70.000,00 €**
- Unione di comuni :**1.419.989,39 €**

Indicatori locali: 2

1°: utenti in carico al Servizio sociale- area anziani

Descrizione: numero situazioni in carico al Servizio sociale, area anziani, all'anno

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 1705 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 1750
- **Obiettivo 2019:** 1750
- **Obiettivo 2020:** 1750

2°: sportello consulenza amministratore di sostegno

Descrizione: apertura di uno sportello distrettuale

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** si
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si

15. PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Riferimento scheda distrettuale: PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Direzione del Distretto
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera finalizzata al raggiungimento di una maggiore appropriatezza della risposta ai bisogni ed ad una maggiore efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, co-morbidità, fragilità), i nuovi modelli organizzativi che prevedono setting differenziati per intensità di cura e assistenza, lo sviluppo della rete dei servizi territoriali (assistenza primaria, cure intermedie, servizi socio-sanitari e sociali) richiedono una "rifunzionalizzazione" delle connessioni in una visione di continuità ed efficacia ed il potenziamento dei processi di integrazione tra professionisti, con particolare riferimento alle figure professionali dei diversi ambiti (ospedale, cure primarie, servizi sociali, servizi socio-sanitari) coinvolte nella gestione dei percorsi di accesso e dimissione con l'obiettivo di garantire appropriatezza e continuità nei percorsi di cura e assistenza.
Descrizione	Applicazione di criteri, modalità di lavoro e strumenti operativi condivisi per la gestione appropriata dei percorsi, attraverso un progetto strutturato di confronto e condivisione delle modalità di gestione dei percorsi dei pazienti (conoscenza della rete di offerta, modalità di lavoro condivise, strumenti operativi integrati ecc.), la revisione e l'implementazione delle procedure di presa in carico e dimissione protetta.
Destinatari	Professionisti delle unità operative ospedaliere, delle cure primarie e dei servizi sociali
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo di coordinamento multidisciplinare per la gestione dei percorsi di presa in carico e di dimissione protetta - Realizzazione di un progetto di formazione-intervento finalizzato a: <ul style="list-style-type: none"> ☐ analisi e definizione dei percorsi nell'ambito della rete di offerta ☐ condivisione di strumenti integrati e modalità operative per la presa in carico e la dimissione protetta dai diversi setting di cura e assistenza ☐ definizione di metodi e strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	La progettualità è coerente con le politiche di programmazione e gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL, Enti locali, Servizi Sociali
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Sonia Gualtieri – Direttore del Distretto</p> <p>Dott.ssa Nadia Campani – Responsabile Ufficio di Piano</p> <p>Dott.ssa Annamaria Picciati – Responsabile Infermieristico Cure Primarie</p> <p>Dott.ssa Annamaria Gianotti – Responsabile Servizio Assistenza Anziani</p>
Risorse non finanziarie	

16. CASE DELLA SALUTE E MEDICINA DI INIZIATIVA

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Riferimento scheda distrettuale: CASE DELLA SALUTE E MEDICINA DI INIZIATIVA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Dipartimento Cure Primarie
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;D;E;

Razionale	Implementare la medicina d'iniziativa, la promozione della salute, l'approccio multidisciplinare integrato nella risposta ai bisogni, con particolare riferimento alla gestione della cronicità e favorire la partecipazione attiva dei cittadini.
Descrizione	<p>Nel 2016 sono state approvate le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR Emilia Romagna 2128/2016).</p> <p>Le Case della Salute intendono garantire in modo coordinato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento; 2. la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata; 3. la prevenzione e promozione della salute; 4. la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza in integrazione con i servizi della rete; 5. la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa; 6. l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali; 7. la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver, dei Comitati Consultivi Misti; 8. la promozione dell'integrazione con la Rete ospedaliera e gli ospedali di comunità per garantire la continuità dell'assistenza. <p>I principi che orientano lo sviluppo delle Case della Salute sono l'equità di accesso e presa in carico, secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e la qualità dell'assistenza, declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza).</p> <p>Nel Distretto di Montecchio le Case della Salute di Montecchio e S. Ilario costituiscono un nodo strategico nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari per la popolazione di riferimento.</p> <p>In riferimento agli obiettivi descritti, nelle Case della Salute di Montecchio e di S. Ilario d'Enza si intende proseguire e rafforzare l'implementazione dei percorsi integrati sulla cronicità con approccio multidisciplinare, il coordinamento della continuità tra i livelli assistenziali, l'ampliamento delle attività di prevenzione e promozione della salute.</p>
Destinatari	Popolazione del Distretto di Montecchio Emilia
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Proseguire l'implementazione dei percorsi integrati delle principali patologie croniche (PDTA Scemenso Cardiaco e Diabete) e degli ambulatori integrati per i disturbi cognitivi e le cure palliative; - Sviluppare ulteriormente modelli operativi a forte integrazione tra livelli assistenziali e tra team professionali e modelli di integrazione socio-sanitaria; - Proseguire con la programmazione e l'offerta di incontri tematici rivolti ai cittadini e ai care giver

	<p>(ad esempio: cure palliative, disturbi cognitivi , organizzazione e percorsi di accesso ai servizi socio-sanitari ecc.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguire con l'offerta di incontri tematici dedicati a genitori e bambini; - Proseguire con l'offerta di incontri tematici sulla prevenzione e gli stili di vita salutari; - Completare l'attivazione dei gruppi di cammino in tutti i Comuni del Distretto (Gattatico e Campegine) - Ampliare l'offerta di sedi di erogazione di Attività Fisica Adattata
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, Enti locali, Servizi Sociali territoriali, istituzioni scolastiche ed educative, terzo settore
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Sonia Gualtieri– Direttore di Distretto</p> <p>Dott. Alessandro Volta – Direttore Programma Materno Infantile e Responsabile Cure Primarie Area Sud</p> <p>Dott.ssa Annamaria Picciati – Responsabile Infermieristico Cure Primarie</p> <p>Dott.ssa Annamaria Gianotti Responsabile Servizio Assistenza Anziani</p>
Risorse non finanziarie	

17. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Riferimento scheda distrettuale: RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<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>
Descrizione	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.
Destinatari	Pazienti del Servizio Sanitario Regionale, strutture dell'AUSL di RE, strutture del Privato Accreditato e i rispettivi professionisti.
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adeguamento della dotazione di posti letto con quanto previsto dal DM 70/2015 e dalla DGR n. 2040/2015. 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>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 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</p>

	<p>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 & 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 & 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>L'integrazione tra rete ospedaliera e territorio dovrà evolvere 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.</p> <p>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.</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> <ul style="list-style-type: none"> - Area dell'Emergenza Urgenza - Area della Chirurgia elettiva e specialistica - Area Materno Infantile - Area della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	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.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti locali, CTSS
Referenti dell'intervento	Giorgio Mazzi - Direttore Presidio Ospedaliero AUSL -IRCCS Reggio Emilia Mirco Pinotti - Direttore Dipartimento Cure Primarie AUSL -IRCCS Reggio Emilia
Risorse non finanziarie	

18. UN APPROCCIO GLOBALE ALLA SOFFERENZA PSICHIATRICA: INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E BUDGET DI SALUTE.

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Riferimento scheda distrettuale: 2,3,4.

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione dei Comuni Val d'Enza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	<p>Operare oggi nei Servizi Sanitari e Sociali significa lavorare con realtà sempre più complesse. I problemi presentati dalle persone comprendono sempre più sia componenti sanitarie che sociali. La multi-problematicità 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>Occorre superare accezione tradizionale di assistenza come realizzazione di interventi meramente riparativi del disagio, per considerare la persona nella sua completezza, valorizzando le risorse personali e del contesto familiare e territoriale. Il lavoro in integrazione socio-sanitaria oggi non può infatti 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>L'integrazione tra sanità e sociale – promossa all'interno degli Accordi di programma - si pone come modalità strategica e ineludibile, per una ricaduta positiva in termini di appropriatezza ed economicità promuovendo risposte unitarie ai bisogni complessi.</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 /grave stato di dipendenza 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"> - della salute (in un'ottica di recovery), -del benessere, -del funzionamento psico-sociale, -dell'inclusione della persona nella vita della comunità di appartenenza. <p>Occorre andare verso una presa in carico ed investimento sulle capacità "residue" della persona, come premessa necessaria alla definizione di percorsi di uscita dalla dipendenza/marginalità. Per fare questo è necessario che interventi e servizi escano dalla "autoreferenzialità" e si aprano al territorio e alla cittadinanza, con l'obiettivo di abbattere lo stigma, stimolare lo scambio di conoscenze ed attivare nuove risorse e sinergie.</p> <p>Gli elementi che caratterizzano il modello di intervento secondo il budget di salute sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione multi-dimensionale del bisogno, - Definizione di un progetto personalizzato (centrato su bisogni, abilità, competenze del soggetto) condiviso con l'utente ed i suoi familiari e che tenga conto dei principali determinanti sociali di salute: -L'abitare -formazione e lavoro - socialità
Descrizione	Il recente ACCORDO DI PROGRAMMASULL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA AREE

	<p>“DIPENDENZE/ESCLUSIONE SOCIALE” – “SALUTE MENTALE”, frutto di una costruzione partecipata tra i servizi coinvolti, è improntato alla piena valorizzazione delle risorse della persona, della famiglia e del contesto ed all’integrazione tra i servizi per offrire una progettazione differenziata, flessibile, accogliente per tutte le tipologie di problema, caratterizzata da un atteggiamento non giudicante e non stigmatizzante. Operativamente ha comportato:</p> <p>1) l’avvio di un percorso unitario finalizzato alla continuità di tutela, assistenza e cura alle persone con problemi di salute mentale o di dipendenza, la definizione di strumenti e procedure per la presa in carico integrata socio sanitaria, per la progettazione personalizzata, il monitoraggio e la verifica degli interventi.</p> <p>2) la definizione delle modalità operative per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L’accesso alla rete integrata, - la consulenza reciproca; - la valutazione e presa in carico integrata dei casi che presentano una complessità del bisogno; - le funzioni e composizione dell’Unita di Valutazione Multidimensionale (UVM); - le modalità per la realizzazione dell’integrazione organizzativa e professionale; - le modalità di progettazione individualizzata e verifica. <p>Con particolare riferimento alla Valutazione Multidimensionale, sono state definite tre modalità:</p> <p>a. UVM “semplice”, composta da operatore CSM/SerT e assistente sociale dell’Unione, attivabile attraverso e-mail o richiesta telefonica, prevalentemente negli ambiti della genitorialità, della non autosufficienza e della fragilità sociale.</p> <p>b. UVM “complessa”, attivabile per progetti di inserimento/progetti di dimissione in strutture residenziali sociali, sociosanitarie, sanitarie, situazioni multiproblematiche che richiedono di andare oltre le competenze dei singoli servizi e di attivare risorse che non sono ordinariamente disponibili o utilizzate per quel determinato target. È all’occorrenza integrata da figure con specifiche responsabilità quali: Responsabile di Servizio sociale territoriale, Responsabile di servizio sociale Specialistico, Responsabile CSM, Responsabile Sert.</p> <p>c. UV anziani, UVH e UvM minori per situazioni con caratteristiche riconducibili all’area della non autosufficienza e della genitorialità: malattie senili degenerative, disabilità fisiche o intellettive gravi, situazioni di genitorialità a rischio</p> <p>3) La definizione di tipologie di problemi per facilitare la lettura delle situazioni e la progettazione degli interventi, consentendo di portare a sintesi la molteplicità degli elementi in gioco. In particolare, mettendo a sintesi la valutazione delle risorse presenti nella persona e nel contesto, sono individuate le seguenti tipologie, a cui corrispondono – in modo flessibile e non deterministico – una serie di modalità operative e progettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sofferenza grave con sostegno familiare • Sofferenza reattiva e disagio transitorio con capacità di ripresa • Sofferenza grave con multi problematicità e marginalità • Sofferenza moderata. Perdita di legami e di punti di riferimento <p>Il trend delle UVM, a seguito della sperimentazione, è in forte aumento, confermando questo strumento quale luogo di integrazione professionale atto a valorizzare le risorse della persona e del contesto e a progettare interventi il più possibile personalizzati, nell’ottica sostenuta dal modello “budget di salute”.</p>
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>utenti dei servizi, familiari e caregivers, associazioni di volontariato e di promozione sociale, aggregazioni spontanee della società civile e organizzazioni informali, Caritas/Centri di Ascolto</p>
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • consolidamento della valutazione dei bisogni e della progettazione degli interventi integrata, affinando l’utilizzo dell’UVM nelle accezioni semplice / complessa (appropriatezza); • formazione integrata dei professionisti sanitari e sociali- associazione di famigliari per la condivisione di strumenti e percorsi finalizzati alla progettazione condivisa; • Affinamento degli accordi in merito ad adulti multiproblematici senza rete parentale, per i quali individuare soluzioni di accoglienza anche in collaborazione con il privato sociale e valutare la possibilità di sperimentare la modalità dell’affido, sperimentata con successo in diversi paesi europei; • approfondimento in merito alla sofferenza psichica presente nella categoria dei richiedenti asilo, anche in sinergia con i soggetti gestori delle attività di accoglienza;

	<ul style="list-style-type: none"> • formazione congiunta per operatori dei servizi sociali e sanitari per costruire modalità specifiche di integrazione sulle situazioni di genitori con gravi patologie/dipendenze e figli minorenni. • Integrazione delle progettualità rivolte ai Giovani • consolidamento delle azioni finalizzate all'inclusione sociale e a 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) • • azioni volte ad una maggiore autonomia dei pazienti: gruppi di DBT (Dialectical Behavior Therapy) per persone con diagnosi di Disturbo Grave di Personalità, tenuti da personale interno appositamente formato (medici CSM, educatori CSM e SerDP, infermieri CSM e SerDP); psicoeducazione individuale per i pz svolta dalla psicologa dedicata al Programma Esordi Psicotici (in affiancamento ad Infermieri Professionali del CSM); gruppi SST (Social Skills Training) dedicati a giovani pz autistici ad alto funzionamento. • aumento risorse psicologiche per l'autismo
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	politiche del lavoro, politiche abitative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • AUSL dipartimento di salute mentale • Unione • Associazione di famigliari ed altre organizzazioni e associazioni del privato sociale
Referenti dell'intervento	<p>Fiorenza Pattaccini – Dipartimento di Salute Mentale</p> <p>Sonia Gualtieri - Direttore di Distretto</p> <p>Nadia Campani - Responsabile Ufficio di Piano</p>
Risorse non finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo lavoro dei professionisti a supporto dei processi (responsabili, operatori, amministratori) • Volontari, utenti dei servizi, famiglie e cittadini • Risorse accoglienti del privato sociale <p>ATTENZIONE: le risorse economiche relative a questo intervento sono inserite cumulativamente alle risorse dedicate alla salute mentale nella scheda 3 del presente PIANO</p>

Indicatori locali: 1

1°: attivazione unità di valutazione multidimensionale

Descrizione: consolidamento dell'UVM quale strumento di integrazione tra servizi

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 49 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 60

- **Obiettivo 2019:** 60

- **Obiettivo 2020:** 60

19. RETE CURE PALLIATIVE

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	<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>
Descrizione	<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>
Destinatari	Tutti gli utenti bisognosi di Cure Palliative per patologie di carattere oncologico e non oncologico. Loro famigliari e persone significative.
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1) Creazione delle Accoglienze Rete Cure Palliative. Inizio lavori per i requisiti strutturali e organizzativi (primo semestre 2018) 2) Estensione delle Cure Palliative nelle CRA. Inizio sperimentazione su 2 CRA (secondo semestre 2018) 3) Implementazione delle Cure Palliative nel paziente non oncologico con particolare riguardo alla SLA 4) Formazione continua diffusa di base e specialistica in Cure Palliative 5) Predisposizione di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure

	<p>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 CRA –I Ronchi finalizzati anche ad accogliere utenti con bisogno di Cure Palliative</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	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
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl / Enti Locali/ Associazioni di Volontariato
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Indicatori locali: 2

1°: Attivazione dell' accoglienza rete cure palliative

Descrizione:

Tipo: S | N

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** SI

- **Obiettivo 2019:** SI

- **Obiettivo 2020:** SI

2°: Evidenza di programmi/eventi divulgativi sulle cure palliative rivolti ai cittadini

Descrizione:

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** almeno 1

- **Obiettivo 2019:** almeno 2

- **Obiettivo 2020:** almeno 2

20. EQUITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Programma Specialistica Ambulatoriale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Le azioni previste sono coerenti con le indicazioni regionali e i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
Descrizione	Gli ambiti di lavoro sono suddivisi in: Gestione dei Tempi di Attesa (strettamente legata agli obiettivi regionali) e Specialistica Ambulatoriale (che fa riferimento all'attività della specifica struttura complessa)
Destinatari	Cittadini, pazienti in lista di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali o chirurgiche programmate, operatori interni all'organizzazione, strutture private accreditate con contratto di fornitura
Azioni previste	<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 aziendale 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"> • 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 alla fusione delle 2 aziende si è creata la necessità di una revisione della composizione del Team multi-professionale per il governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. • 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'Indice di Performance (IP) provinciale e mantenerlo a un valore $\geq 90\%$ sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle urgenti differibili. Il monitoraggio ha visto coinvolte 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'IP relativo alle prestazioni monitorate $\geq 90\%$. • Applicazione del protocollo operativo aziendale sull'elaborazione delle sanzioni per "le mancate o tardive disdette" in conformità con la Delibera della Regione ER n. 377/2016 relativa all'applicazione della sanzione amministrativa per mancata disdetta della prestazione da parte del cittadino. Per l'anno 2018-2019 si prevedono circa 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 la 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 informativo (brochure, locandine, ecc.) da consegnare nei luoghi di accesso ai servizi di maggiore affluenza.

- Attivazione del Progetto Equità e liste d'attesa

che 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, ecc). 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, garantendo così equità clinica e sociale (tempi commisurali al bisogno) ed un uso appropriato ed equo delle risorse. Le azioni previste sono le seguenti:

- valutazione d'impatto sull'equità delle procedure che determinano la formazione/gestione delle liste d'attesa, tramite l'utilizzo dello strumento "Equity Impact Assessment"

- definizione del profilo d'equità dei pazienti in lista d'attesa

- Identificazione di variazioni (ingiustificate) di accesso alle liste d'attesa per la medesima prestazione sanitaria.

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, individua le condizioni di erogabilità e detta indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (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, ad oggi si rimane in attesa del nuovo Tariffario.

- Reti Cliniche per l'integrazione ospedale-territorio

Le reti sono state pensate al fine di garantire l'omogeneità dei processi di cura, l'integrazione

	<p>trasversale tra le strutture organizzative, favorire l'equità di accesso, l'interazione professionale, la condivisione dei processi di cura e il miglioramento dell'appropriatezza.</p> <p>- Convenzionati interni</p> <p>È previsto un ulteriore potenziamento dei medici convenzionati interni per rispondere alla domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali 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.</p> <p>-Contratti con le strutture private accreditate</p> <p>Il Programma Specialistica ambulatoriale governa i contratti per la fornitura delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei privati accreditati con un impegno economico annuo di circa 9 milioni di Euro. 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>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Strutture e professionisti AUSL, Strutture sanitarie private accreditate, Farmacie, Servizi Sociali Territoriali
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Eletta Bellocchio Direttore Programma Specialistica Ambulatoriale e Responsabile Unico dell'Accesso</p> <p>Dott. Antonino Chiarenza- Staff Governo Clinico, Responsabile Innovazione e Ricerca</p>
Risorse non finanziarie	

21. EQUITÀ: UN APPROCCIO DI SISTEMA NELL'AUSL DI REGGIO EMILIA

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Staff Governo Clinico- Ricerca e Innovazione
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Promuovere l'equità nell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia come tema trasversale alla programmazione aziendale.
Descrizione	<p>Si vuole dare corpo alla strategia di equità attraverso l'attivazione di un "micro-board contestuale" che funzioni come gruppo di lavoro operativo che porterà avanti le singole azioni definite nel nuovo "piano aziendale dell'equità". Il micro-board aziendale sarà composto da professionisti e dirigenti sia di ambito ospedaliero e sia di ambito territoriale per garantire interventi di miglioramento dell'equità trasversali ai servizi in una logica multidisciplinare di integrazione sociale e sanitaria dell'assistenza e che preveda anche l'implementazione di un approccio di genere. Il nuovo piano dell'equità prevede l'applicazione della "lente dell'equità" ad alcuni progetti che affrontano priorità aziendali già individuate: (i) le cure di fine vita in ambito oncologico; (ii) i percorsi di cura (PDTA) dello scompenso e del diabete; (iii) le liste e tempi d'attesa degli interventi chirurgici elettivi; (iv) la partecipazione al progetto "Diversity management" proposto dalla regione con particolare riferimento all'individuazione di buone pratiche. Per ogni progetto è prevista la sperimentazione degli strumenti di valutazione dell'equità più idonei, es. : Equity Impact Assessment Tool", "Health Equity Audit".</p> <p>L'approccio di sistema all'equità verrà garantito dall'applicazione dello strumento di valutazione messo a punto dalla Task Force della rete HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) che comprende indicatori di misurazione relativi a cinque aree fondamentali dell'organizzazione sanitaria: le politiche, l'accesso e l'utilizzo dei servizi, la qualità delle cure, la partecipazione degli utenti e la cooperazione con gli altri settori del territorio. Questo strumento mette in grado le organizzazioni sanitarie di individuare i rischi di iniquità nell'accesso ai servizi e a prestazioni sanitarie adeguate e di sviluppare conseguenti azioni di miglioramento.</p> <p>Inoltre si vuole continuare a lavorare sulla diffusione della cultura dell'equità e della medicina di genere in azienda attraverso percorsi formativi che per gli aspetti generali saranno allineati alla programmazione regionale, integrandoli con affondi specifici relativi alle priorità aziendali identificate nel piano equità.</p>
Destinatari	Gli operatori sanitari e sociali, a vario livello, dell'Azienda USL-IRCCS e dei servizi che con essa collaborano ai programmi di riduzione delle disuguaglianze di salute e delle iniquità nell'assistenza.
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> • Nomina del referente aziendale • Istituzione del micro-board aziendale • Definizione del piano aziendale equità • Autovalutazione delle strutture/servizi coinvolti mediante lo strumento HPH "Standard di equità nell'assistenza sanitaria" • Sperimentazione degli strumenti di valutazione d'impatto sull'equità delle procedure/linee guida aziendali relative a PDTA, Cure fine vita e liste d'attesa.

	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di buone pratiche relative ai temi del “Diversity management” • Formazione multi professionale e multidisciplinare degli operatori sui temi dell’equità e della medicina di genere
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ospedali, distretti, servizi sociali, volontariato, associazioni pazienti, cittadini
Referenti dell'intervento	Dott. Antonino Chiarenza - Staff Governo Clinico - Responsabile Ricerca e Innovazione
Risorse non finanziarie	

22. CONSOLIDAMENTO E AMPLIAMENTO DEL CONSULTORIO GIOVANI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE, RELAZIONALE E RIPRODUTTIVA DEGLI ADOLESCENTI

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: CONSOLIDAMENTO E AMPLIAMENTO DEL CONSULTORIO GIOVANI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE, RELAZIONALE E RIPRODUTTIVA DEGLI ADOLESCENTI

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	<p>L'esperienza dello Spazio Giovani consultoriale – OPEN G di Reggio Emilia si è consolidata negli anni e i professionisti ad essi dedicati sono diventati punti di riferimento sia per i progetti di educazione alla salute nelle scuole sia per le consulenze ostetrico-ginecologiche e psicologiche dirette alle ragazze, ai ragazzi e agli adulti del contesto. Esiste tuttavia una relativa disomogeneità di presenza di tale servizio a livello aziendale (e attivo solo nel Distretto di Reggio e di Castelnuovo Monti)</p> <p>Il “Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (Proposta della Giunta regionale in data 15 maggio 2017, n.643)” prevede un potenziamento degli interventi a sostegno degli adolescenti e della genitorialità, quali investimenti sul futuro, mentre la D.G.R. n. 590/2013 “Linee di indirizzo per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza” riconosce gli “Spazi Giovani” (S.G.) dei Consultori come luogo neutro non stigmatizzante, a libero accesso e gratuito che li rendono già oggi porte di accesso privilegiate per gli adolescenti e il DGR 1722_2017 contiene in allegato 1 le “Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie in merito agli Spazi Giovani consultoriali” che prevedono la presenza degli Spazi Giovani almeno a livello distrettuale al fine di garantire un diritto d’accesso uniforme alla fascia di età individuata.</p> <p>Si ravvisa pertanto l'esigenza di estendere le attività degli Spazi Giovani consultoriali in tutto il territorio provinciale (Distretti di Correggio, Guastalla, Montecchio Emilia, Scandiano) al fine di rendere equa l’offerta di servizi a questa fascia di popolazione.</p>
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> - Gli S.G. sono collocati preferibilmente all’interno dei Consultori Familiari o presso le Case della Salute in locali opportunamente separati o con orari differenziati rispetto alle altre attività consultoriali, tali da garantire la riservatezza nelle ore di apertura ai giovani. - Lo S.G. costituisce uno dei punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti e le attività svolte sia ai singoli sia ai gruppi e fanno parte integrante della programmazione locale prevista nel “progetto adolescenza”. - I professionisti che costituiscono l’equipe minima dello Spazio Giovani sono rappresentati da ginecologa/o, psicologa/o e ostetrica/o. - L’accesso è diretto (senza appuntamento), libero (senza impegnativa del SSN, ricetta rossa o dematerializzata) e senza oneri a carico delle/dei cittadine/i per la fascia di età individuata. - Le prestazioni erogate e le aree di attività sono quelle tipiche del Consultorio familiare . -Tutti i professionisti dedicati devono essere formati, anche in integrazione con gli altri professionisti del “progetto adolescenza”, al lavoro con i giovani e devono possedere competenze sulla gestione delle problematiche dell’età adolescenziale, dalla promozione del benessere, alla prevenzione, al sostegno e alla cura. Devono inoltre avere competenze specifiche in merito alla pianificazione e realizzazione di interventi di educazione/formazione

	<p>sanitaria a gruppi.</p> <p>-L'equipe degli S.G. promuovono e realizzano progetti di educazione alla sessualità ed affettività, di prevenzione della violenza di genere e di prevenzione al maltrattamento e abuso sui minori in integrazione con altri servizi dell'AUSL (Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria Infantile, Salute Mentale Adulti, Cure primarie, Pediatria di Comunità, ecc.), con Enti ed istituzioni del territorio (enti locali, servizio sociale territoriale, scuole, corsi di formazione professionale, servizio sociale-Tutela Minori, centri educativi ed aggregativi, oratori, associazioni) e con i genitori singoli o associati .</p>
Destinatari	<p>Gli S.G. si rivolgono per l'attività assistenziale ad una fascia di età compresa tra i 14 anni e i 19 anni e per le attività di educazione alla salute (affettività- sessualità) ad una fascia più ampia (ragazze e ragazzi delle scuole secondarie di I e II grado e adulti di riferimento).</p> <p>Il servizio è rivolto anche agli adulti di riferimento: genitori, insegnanti, educatrici/ori, allenatrici/ori sportive/i, ecc.</p>
Azioni previste	<p>-Organizzazione di Spazi giovani consultoriali in ogni Distretto con équipe opportunamente formate (nel Distretto di Montecchio sarà attivato presso la Casa della Salute di Montecchio)</p> <p>- Partecipazione al governo territoriale integrato e condiviso tra tutti i soggetti e i servizi che si occupano di adolescenza ("Progetto adolescenza");</p> <p>-Progettazione e attuazione di interventi di educazione all'affettività e alla sessualità, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, gli istituti professionali e le Agenzie Educative del territorio come previsto dal Piano regionale della Prevenzione (setting 5.7 e 4.4)</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario (promozione di stili di vita salutari, prevenzione e cura delle psicopatologie, educazione all'affettività e alla sessualità, promozione della salute sessuale e riproduttiva, tutela dei minori, prevenzione del maltrattamento e abuso, individuazione precoce dei comportamenti a rischio ecc.), compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 di cui alla D.G.R. 771/2015. _ "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" rappresentano uno sviluppo ed un approfondimento delle prime indicazioni sulle caratteristiche dei percorsi di cura contenute nella DGR 590/2013 e propongono un percorso di cura per l'età 14-25 anni fondato su continuità e integrazione tra promozione del benessere, prevenzione e cura; garanzia di accesso diretto; competenza specifica e integrazione dei professionisti.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Ausl, enti locali, servizi sociali territoriali, scuole, terzo settore</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Fiorello Ghiretti- Unità Operativa di Psicologia Clinica Ausl Reggio Emilia</p> <p>Dott. Alessandro Volta Programma Materno Infantile</p> <p>Dott.ssa Sonia Gualtieri Direzione Distretto</p>
Risorse non finanziarie	

23. CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE (HEALTH LITERACY)

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Riferimento scheda distrettuale: CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE (HEALTH LITERACY)

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	D;

Razionale	Il livello medio delle competenze alfabetiche, numeriche e di problem solving degli italiani adulti, secondo una recente indagine OCSE, è insufficiente a comprendere correttamente diagnosi, terapie e le comunicazioni, scritte e verbali, da parte dei professionisti sanitari.
Descrizione	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 di questo progetto
Destinatari	Professionisti sanitari e personale amministrativo
Azioni previste	Formazione tra pari, sia in ambito medico/sanitario che amministrativo, revisione del materiale informativo in modalità partecipata, wayfinding in Ospedale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Comitati Misti Consultivi
Referenti dell'intervento	Dott. ssa Federica Gazzotti Direttore Staff Comunicazione AUSL - IRCCS Reggio Emilia
Risorse non finanziarie	

24. RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE E AUMENTARE LA SICUREZZA PER I CITTADINI/PER I PROFESSIONISTI

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

Riferimento scheda distrettuale: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<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. 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. 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. 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 (> 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>
Descrizione	<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"> 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

Il calo demografico è piuttosto diffuso su tutto il territorio provinciale:

Struttura di evento	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Variaz. 2011-2017
GUASTALLA	892	1.066	881	846	835	729	637	-28,5%
MONTECCHIO EMILIA	701	693	714	702	715	639	544*	-22,4%*
SCANDIANO	707	803	661	615	554	489	385*	-45,5%*
CASTELNOVO NE' MONTI	203	192	196	151	162	151	52*	-74,5%*
AO ASMN – RE	2.340	2.286	2.127	2.010	2.128	2047	2220	-5,1%
TOTALE	4843	5040	4579	4324	4394	4055	3838	-20,7%

Tab 1 *Confronti effettuati sul 2016 causa sospensione di attività durante il 2017 di un mese (per Montecchio e Scandiano) e sospensione totale delle attività (per CnM)

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 "clinical competence" adeguata, i 3823 nati del 2017 dovrebbero essere assistiti in non più di 2-3 stabilimenti ospedalieri

3. TAB 2 (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)

Infatti i volumi di attività risultano insufficienti a garantire la "clinical competence" in tutti i punti nascita provinciali.

Tutti gli spoke effettuano meno di 1000 parti all'anno.

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.

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.

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:

- Guastalla: H 24 ginecologica, anestesiologicala e pediatrica
- 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
- 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

Nell'intero territorio provinciale sono inoltre attivi lo STAM (Protocollo n° 2013/0069072 del 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)

<p>Destinatari</p>	<p>popolazione target donne/coppie in età fertile, professionisti dell'area materno-infantile, professionisti area emergenza-urgenza</p>
<p>Azioni previste</p>	<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 tutte 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"> 1. Istituzione del registro gravidanze distrettuale con mappatura e monitoraggio attivo delle gravidanze presenti sul territorio seguite sia dal Servizio Salute donna che da eventuali studi privati; 2. potenziamento dell'attività del consultorio familiare; 3. riorganizzazione e potenziamento dell'attività dell'ambulatorio della gravidanza a termine;

	<p>4. potenziamento dell'attività di emergenza territoriale con una ambulanza aggiuntiva infermieristica;</p> <p>5. attivazione del trasporto assistito con ostetrica h24;</p> <p>6. mantenimento percorso STEN;</p> <p>7. istituzione di un percorso di accoglienza dedicato nella struttura Hub;</p> <p>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</p> <p>9. piano di formazione permanente:</p> <p>a. del personale ostetrico presso il centro hub per il mantenimento delle competenze necessarie per la gestione delle emergenze ostetriche;</p> <p>b. del personale del DEU sul parto precipitoso;</p> <p>c. dei pediatri e degli anestesisti per il mantenimento delle competenze necessarie in caso di attivazione del percorso STEN.</p> <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"> - allattamento esclusivo a 3 mesi: 45% - allattamento esclusivo a 5 mesi: 23% <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, PLS,...)</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 PLS con l'obiettivo di creare percorsi facilitanti ed una presa in carico globale delle situazioni di disagio psico-fisico e sociale .</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti Locali, CTSS
Referenti dell'intervento	Dott. Giancarlo Gargano - Direttore Dipartimento Materno-Infantile
Risorse non finanziarie	

25. CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	<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"> - 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). - 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. <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 comorbilità, 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"> • se a domicilio, gli evitino un inutile o inappropriato ricovero ospedaliero; • se ricoverato in ospedale, facilitino la sua dimissione predisponendo un adeguato percorso assistenziale. <p>Un "concetto" da riempire di contenuti (linee-guida, percorsi assistenziali), di regole e – non ultimo – di risorse.</p> <p>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</p>
------------------	--

	<p>impatto sul sistema sanitario e sociale nel suo complesso, rendendo più efficace l'uso delle risorse e istituendo un nuovo modo di lavorare.</p> <p>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.</p> <p>I principi fondamentali delle cure intermedie sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'enfasi su un'assistenza appropriata che ha al centro la persona; • la necessità di un robusto processo di valutazione; • l'importanza cruciale della partnership tra diversi attori; <p>la garanzia di un tempestivo accesso ai servizi specialistici.</p>
<p>Descrizione</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 .</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>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".</p> <p>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.</p> <p>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>Destinatari</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>Azioni previste</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> <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.</p> <p>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.</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 preliminarmente 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.</p> <p>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 Castelnovo 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 Castelnovo Ne' Monti. I 2 posti letto saranno collocati nel modulo ad alta valenza sanitaria rispettivamente in stanze singole.</p> <p>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.</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. 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.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>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.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>AUSL, Enti Locali</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Dott. ssa Elisabetta Negri DASS</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Indicatori locali: 1

1°: Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto- Evidenza di percorsi di raccordo fra Ospedale e territorio

Descrizione:

Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** Attivazione gruppo PAL

- **Obiettivo 2019:** Realizzazione di quanto definito dal PAL

- **Obiettivo 2020:** Realizzazione di quanto definito dal PAL

26. NUOVO CALENDARIO VACCINALE REGIONALE E ATTIVITÀ DI SUPPORTO E MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Dipartimento di Sanità Pubblica
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Applicazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e delle delibere regionali (DGR n. 427 del 05/04/2017 e DGR n. 693 del 14/05/2018) per l'offerta vaccinale (LEA). Applicazione della L. 119/2017 e della Circolare regionale n. 13/2017 sull'obbligo vaccinale nei minori di età 0-16 anni
Descrizione	<p>Il Servizio di Igiene Pubblica e la Pediatria di Comunità, con i loro professionisti, assicurano la programmazione e attuazione di quanto previsto nell'ambito dell'attività di prevenzione e vaccinazione della popolazione nelle diverse fasce di età (adulti, adolescenti, bambini). 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.</p> <p>L'applicazione di quanto previsto dalla normativa in materia di prevenzione vaccinale prevede la garanzia che le vaccinazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) vengano proposte alla popolazione target e che siano adeguati alle nuove indicazioni i calendari vaccinali. In ambito pediatrico vengono inoltre applicate le indicazioni regionali per il recupero dei minori 0-16 inadempienti alle vaccinazioni rese obbligatorie dalla L.119/2017.</p> <p>Altri obiettivi primari perseguiti dal Dipartimento di Sanità Pubblica sono la promozione delle conoscenze in materia di vaccinazioni tra gli operatori sanitari e nella popolazione e la facilitazione delle modalità di accesso dei cittadini alle prestazioni vaccinali su richiesta diretta.</p>
Destinatari	Popolazione generale. Coorti di minori e adulti oggetto di offerta attiva e gratuita di specifiche vaccinazioni. Popolazione con rischio aumentato per patologie croniche o condizioni di rischio (donne in gravidanza, operatori sanitari, ecc.).
Azioni previste	<p>Ambito Pediatria di Comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere le vaccinazioni raccomandate attraverso azioni di informazione e gestione attiva delle prestazioni (la vaccinazione è promossa già durante la gravidanza e dal punto nascita dove la donna partorisce, attraverso materiale informativo e dialogo attivo con gli operatori). - Colloqui personalizzati e di approfondimento in tutti i casi in cui vengano espresse paure, dubbi, ansie. - Registrazione delle vaccinazioni e segnalazione di eventuali esoneri. - Monitoraggio dei tassi di copertura. - Programmazione e attuazione di campagne informative (media locali ed eventi ad hoc) <p>Ambito Servizio Igiene Pubblica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisire 2 ulteriori coorti dalla Pediatria di Comunità, compresa la coorte oggetto di offerta

	<p>attiva e gratuita della vaccinazione HPV (maschi e femmine).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinare la campagna di offerta della vaccinazione antipneumococcica alla coorte dei 65enni, campagna affidata ai Medici di Medicina Generale (MMG). - Proseguire il coordinamento e la partecipazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale (in capo principalmente ai MMG). - Organizzare ed effettuare la campagna di vaccinazione contro Herpes Zoster nella coorte di 65enni. - Promuovere l'offerta delle vaccinazioni indicate nei pazienti cronici o con condizioni di rischio attraverso il coinvolgimento di specialisti, di MMG, di associazioni di categoria (anche con iniziative di formazione in materia di vaccinazioni). Garantire a questi utenti, che necessitano di effettuare le vaccinazioni in tempi rapidi, dei canali di prenotazione preferenziali. - Passare a prenotazione tramite CUP, CUP Web, FarmaCUP per le vaccinazioni su richiesta diretta del cittadino. - Individuare sedute dedicate per vaccinazioni a minori inadempienti e sedute per colloqui con i genitori. - Acquisire modifiche del software gestione vaccinazioni adeguate a gestire le attività. - Fornire i dati previsti alle scuole sugli alunni non in regola con le vaccinazioni al momento dell'iscrizione al nuovo anno scolastico.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti locali, Istituzioni educative /scolastiche
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Emanuela Bedeschi - Dipartimento Sanità Pubblica, AUSL Reggio Emilia Dott. Alessandro Volta - Direttore Programma Materno-Infantile, AUSL Reggio Emilia
Risorse non finanziarie	

27. PERCORSI DI ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DI SITUAZIONI COMPLESSE DA PARTE DELLA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Assicurare l'attuazione e garantire la continuità dei percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multi-professionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari.</p>
Descrizione	<p>Il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche ha definito, in termini di riserva oraria di Dirigenti Psicologi, le risorse dedicate alla progettazione, realizzazione e governo degli interventi realizzati in stretta integrazione con i Servizi Sociali Territoriali. La Responsabilità di tali risorse è individuata come Struttura Operativa Semplice, e l'attribuzione degli ambiti di intervento è articolata a livello distrettuale.</p> <p>Gli Accordi di Programma Distrettuali individuano le modalità di attuazione degli interventi integrati, in riferimento ai principi individuati nelle direttive regionali. Direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm); linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013); delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014).</p> <p>L'attività integrata comprende l'impegno ad approfondire lo studio dei casi di sofferenza psicosociale dei minorenni in ottica di possibile intervento di prevenzione ed aggiornare i sistemi informativi che rilevano la casistica potenziando il raccordo tra i servizi territoriali al fine di ottimizzare gli strumenti di raccolta e analisi dei dati.</p> <p>È in corso lo sviluppo delle competenze e delle risorse per il trattamento psicologico delle vittime di abuso.</p> <p>Il monitoraggio dell'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni. Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa inter-istituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni. La committenza sarà coordinata a livello delle CTSS che si avvarrà dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19).</p> <p>L'attuazione di iniziative di formazione di base e specialistica congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate in situazioni ad alta complessità.</p> <p>Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro pro-tagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psicopatologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie.</p> <p>Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il</p>

	<p>privato sociale e il volontariato.</p> <p>Sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18.</p>
Destinatari	<p>Utenza in età 0-18 anni che si trovi in situazione di disagio e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo.</p> <p>Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura.</p> <p>Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento delle azioni in essere, qualificazione professionale del personale assegnato alla unità operativa. - Sviluppo della cura psicologica per le vittime di abuso.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto alla violenza di genere.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>AUSL, Servizi Sociali Territoriali; Agenzie Educative; Privato Sociale</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Gabriela Gildoni - Direttore NPIA</p> <p>Dott. Francesco Micella - Responsabile Tutela Minori - NPIA</p>
Risorse non finanziarie	

28. ACCESSO IN SITUAZIONI DI URGENZA AI SERVIZI TERRITORIALI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	Assicurare l'accesso tempestivo al percorso di cura del servizio territoriale Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza successivamente a un ingresso al Pronto Soccorso, a una dimissione ospedaliera protetta, alla richiesta di un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.
Descrizione	<p>Al momento della dimissione dal Pronto Soccorso, da un reparto ospedaliero, ovvero a conclusione di una visita, il medico individua la necessità di una valutazione urgente o tempestiva da parte del servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza e ipotizza l'opportunità di una presa in carico con carattere di continuità.</p> <p>Nel caso in cui medico inviante formuli la richiesta di intervento in Urgenza, che prevede l'attivazione del medico NPI nelle 24 ore lavorative, il servizio NPIA può ricevere la richiesta, in orario di apertura, direttamente dall'utente o dai colleghi del Servizio Ospedaliero. Il responsabile del servizio prende atto della richiesta e attribuisce la responsabilità ad un medico NPI sulla base del calendario predisposto.</p> <p>L'accesso in urgenza è motivato da una condizione che compromette gravemente l'equilibrio emotivo e funzionale di un minore e dei suoi familiari e, pur necessitando di un immediato inquadramento specialistico, non richiede un ricovero.</p> <p>L'accesso ai servizi territoriali assicura, il perfezionamento della diagnosi, la continuità del trattamento impostato in sede di primo accesso ovvero l'avvio di un trattamento, il monitoraggio degli esiti e l'avvio di un percorso di presa in carico di medio-lungo periodo a carattere ambulatoriale.</p> <p>Nel caso in cui il medico inviante formuli la richiesta di intervento in Urgenza differibile, che prevede la risposta entro 7-10 giorni, questa può essere fatta pervenire al Servizio Territoriale di NPIA negli orari di apertura direttamente da parte dell'utente o dei colleghi del Servizio Ospedaliero.</p> <p>Il responsabile del servizio attribuisce la responsabilità ad un medico NPI secondo un calendario predisposto.</p> <p>L'accesso in urgenza differibile è motivato da una condizione che compromette in modo grave l'equilibrio emotivo di un minore e dei suoi familiari, ma non sovrappassa le capacità di fronteggiamento della famiglia, e può temporaneamente essere affrontato con le risorse già attivate e con le indicazioni o il trattamento prescritto dal medico di medicina generale, in pronto soccorso o durante un periodo di ricovero.</p> <p>L'accesso ai servizi territoriali assicura, il perfezionamento della diagnosi, la continuità del trattamento impostato in sede di primo accesso ovvero l'avvio di un trattamento, il monitoraggio degli esiti e l'avvio di un percorso di presa in carico di medio-lungo periodo a carattere ambulatoriale.</p> <p>Solo in riferimento a gravi eventi traumatici o violenza sessuale la cui responsabilità sia esterna alla famiglia, individuando la necessità di un intervento psicologico tempestivo, il Medico inviante può formulare la richiesta di una Urgenza Differibile psicologica, che prevede la risposta entro 7-10 giorni.</p> <p>La richiesta può essere fatta pervenire al servizio di NPIA, negli orari di apertura, direttamente</p>

	<p>da parte dell'utente o dei colleghi del Servizio Ospedaliero.</p> <p>Il Responsabile del servizio lo comunica al Direttore del Servizio NPIA o suo delegato che attiva l'accesso ad uno dei professionisti che fanno parte dei gruppi di lavoro dedicati all'intervento in tema di disturbo post-traumatico e violenza sessuale.</p>
Destinatari	Utenza in età 0 - 18 anni
Azioni previste	<p>Individuazione del gruppo di professionisti referente per gli interventi sul disturbo post traumatico e delle risorse orarie dedicate agli specifici percorsi di trattamento.</p> <p>Formulazione dei criteri di accesso.</p> <p>Individuazione del gruppo di professionisti referente per gli interventi sull'abuso sessuale e delle risorse orarie dedicate agli specifici percorsi di trattamento.</p> <p>Formulazione dei criteri di accesso</p> <p>Monitoraggio e mantenimento dei percorsi sull'urgenza da parte dei servizi territoriali</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto alla violenza di genere.</p> <p>Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto al maltrattamento e all'abuso.</p> <p>Interventi integrati socio-sanitari in tema di prevenzione e percorsi di cura in adolescenza</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Cure primarie (MMG, PLS, pediatria di comunità), Pronto Soccorso, Servizi Sociali Territoriali/Area Minori
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Gabriela Gildoni - Direttore NPIA -</p> <p>Dott.ssa Valentina Uchino - Responsabile NPIA Montecchio</p> <p>Dott. Francesco Micella -Responsabile Tutela Minori NPIA</p>
Risorse non finanziarie	

29. MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO IN EMERGENZA-URGENZA

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Dipartimento di Emergenza-Urgenza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Il Pronto Soccorso riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari.</p> <p>Il Pronto Soccorso si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali territoriali.</p>
Descrizione	<p>L'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia ha costituito un Presidio Ospedaliero unico, che comprende sei stabilimenti ospedalieri, tra loro differenziati per specialità e dotazioni di servizi: l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, l'Ospedale Civile di Guastalla, l'Ospedale San Sebastiano di Correggio, il Cesare Magati di Scandiano, lo stabilimento Sant'Anna di Castelnovo né Monti e l'Ercole Franchini di Montecchio Emilia. La rete ospedaliera del sistema di emergenza si articola su tutti e sei gli Ospedali del Presidio Ospedaliero (PO) con strutture che, recentemente riclassificate sulla base del D.M. 70/2015 distinguono i seguenti livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pronto Soccorso in DEA di I livello, presso l'A.S.M.N. di Reggio Emilia - Pronto Soccorso in Presidio Ospedaliero di base, per i restanti Stabilimenti. <p>In realtà la dotazione specialistica e di servizi dei diversi Ospedali del PO consente di formulare una classificazione più articolata dei PS/Ospedali, in particolare se valutati rispetto ai tre fondamentali percorsi "tempo-dipendenti" individuati come fondamentali dalle citate norme del 2015.</p> <p>Infatti, la struttura complessa di Pronto Soccorso dell'A.S.M.N. comprende l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), il reparto di Medicina d'Urgenza, la Centrale provinciale per i trasporti inter-ospedalieri (CTRES) e l'ospedale è dotato di strutture di Rianimazione, di Terapia Intensiva Coronarica e Cardiologia Interventistica, Chirurgia generale e specialistica d'urgenza, Neurochirurgia, Neonatologia, oltre all'intera gamma di servizi per la diagnostica per immagini e laboratoristica. La cardiocirurgia è garantita in virtù di specifico accordo con la Struttura accreditata presente presso la Clinica Villa Salus di Reggio Emilia.</p> <p>Presso l'Ospedale Civile di Guastalla sono disponibili un modulo di Terapia Intensiva e 24 ore su 24 la guardia chirurgica, così come la diagnostica per immagini e di</p>

laboratorio.

In orario notturno lo stabilimento ospedaliero di Correggio non dispone di guardia notturna anestesiologicala, chirurgica, né dei servizi di laboratorio, mentre l'attività radiologica è garantita in regime di reperibilità.

Nei restanti ospedali dell'area sud, Castelnovo Monti, Montecchio e Scandiano, è disponibile l'assistenza rianimatoria, chirurgica, così come la diagnostica per immagini e laboratoristica, in presenza nelle ore diurne e con meccanismi di pronta disponibilità nelle ore notturne (a Castelnovo Monti sono presenti letti di terapia intensiva ed è attiva la guardia rianimatoria e dei tecnici di laboratorio).

Con percorsi strutturati già da tempo sulla base di evidenze scientifiche, oltre che per opportunità tecnico-organizzative, le attività di diagnosi e trattamento in urgenza ed emergenza non erogabili nei singoli stabilimenti ospedalieri sono garantite mediante percorsi di centralizzazione secondaria sull'Hub provinciale, piuttosto che sull'ospedale di Guastalla per l'utenza dell'ospedale correggese per talune specialità o prestazioni, quando non condotti con trasferimento primario dai mezzi di soccorso territoriale, in particolare per i cosiddetti "percorsi tempo dipendenti (rete traumatologica, rete cardiologica per "STEMI", rete dell'ictus)".

Sono inoltre presenti "punti nascita" in tutti gli stabilimenti del PO, con l'esclusione di quello di C. Monti. L'assistenza neonatologica è garantita presso l'Arcispedale di Reggio Emilia che, analogamente a quanto previsto per le altre reti, si raccorda alle restanti strutture con un appositi percorsi di trasferimento assistito o non assistito, materno-fetale e neonatale (rete neonatologica e dei punti nascita, per i cosiddetti "STAM" e "STEN"). La rete territoriale del sistema di emergenza, si compone sostanzialmente di due livelli:

- livello base, delle unità operative mobili (UOM) ambulanze di soccorso e trasporto sanitario

- livello avanzato, delle UOM automedica (AM) e degli elicotteri di soccorso regionali.

Sull'area urbana di Reggio Emilia è inoltre attiva dal 2005 un'auto infermieristica (AI), mentre un'altra UOM AI è stata attivata dal dicembre 2017 presso la Postazione Territoriale (PT) di C. Monti. Configurate sulla base dei criteri e modalità definite dalle Linee Guida regionali di cui alla D.G.R. 508/2016, le AI operano in integrazione con le UOM avanzate e di base, costituendo un ulteriore livello assistenziale, cosiddetto "intermedio (I.L.S.)".

In relazione alle attività di soccorso territoriale primario, la provincia reggiana vede quindi una rete di UOM Ambulanza di Soccorso, a maglie relativamente strette e omogenea che garantisce le attività di "first response (o BLS)", alle quali se ne sovrappone una seconda a maglie più larghe e di livello avanzato ("advanced rescue", o ALS), costituita dalle AM provinciali e dagli elicotteri di soccorso regionali, oltre al livello intermedio garantito nell'area montana e in quella di Reggio Emilia dalle AAIL.

I trasporti inter-ospedalieri in urgenza-emergenza sono garantiti dalle stesse UOM Ambulanza dedicate al soccorso, integrate da due UOM Ambulanza con Infermiere attive sulle PPTT dell'A.S.M.N. e di C. Monti.

In coerenza con le scelte fatte fin dai primi anni novanta, la rete delle UOM Ambulanze di soccorso e trasporto sanitario è interamente garantita dalle Associazioni di Pubblica Assistenza (PA) e dalle neonate Associazioni di Promozione Sociale della Croce Rossa Italiana (CRI), sulla base degli standard di Accreditamento di cui alla D.G.R. 44/2009 e con rapporto regolato da apposito contratto di fornitura. Se per le UOM BLS le PA e CRI forniscono il mezzo, le dotazioni e l'intero equipaggio di soccorso, per la rete delle AAMM e AAIL le associazioni garantiscono invece il mezzo, le relative dotazioni di base e l'autista, mentre i professionisti sanitari sono garantiti dal Dipartimento provinciale di Emergenza-Urgenza (DEU), così come le dotazioni farmacologiche e strumentali necessarie all'attività degli stessi.

Unica eccezione è rappresentata dalla UOM Ambulanza con Infermiere della postazione territoriale di C. Monti, utilizzata per i trasporti inter-ospedalieri, interamente garantita con risorse interne dell'A.U.S.L..

Le PPTT delle UOM Ambulanza di soccorso e trasporto sanitario coincidono con le

	<p>sedi della PA e CRI, mentre quelle delle AAMM coincidono con il PS di ciascuna sede ospedaliera. Alla PT di C. Monti afferisce oltre all'AM anche la UOM Ambulanza con Infermiere, mentre a quella dell'A.S.M.N., che risulta strutturalmente aggregata alla CCTRES e non al PS, afferiscono l'AM, l'AI e la UOM Ambulanza con Infermiere. Gli elicotteri di soccorso hanno invece delle postazioni territoriali distribuite su rete regionale in considerazione dell'ambito di intervento sovra-provinciale. Le postazioni di elisoccorso di primo riferimento per la provincia di Reggio Emilia sono quelle dislocate presso l'AOU di Parma e l'ospedale di Pavullo nel Frignano (MO).</p>
Destinatari	<p>Pazienti del Servizio Sanitario Regionale, strutture dell'AUSL di RE e i rispettivi professionisti</p>
Azioni previste	<p>Le azioni previste per la rete territoriale del sistema provinciale dell'emergenza, pur in ottica di piena integrazione ed interdipendenza con le strutture, funzioni ed esigenze della componente ospedaliera e di assolvimento delle citate disposizioni regionali e nazionali, risultano specificamente orientate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assicurare appropriati ed equi livelli di assistenza nell'intero ambito provinciale, sia nel soccorso primario che nei trasferimenti inter-ospedalieri secondari, in base alla criticità stimata dell'evento / condizione dell'assistito/i; - garantire i percorsi clinico-assistenziali in emergenza per le patologie tempo-dipendenti; - incrementare la quota di interventi garantiti da personale professionale - superare il doppio mandato contemporaneo, in particolare del personale medico - promuovere il mantenimento e lo sviluppo di competenze clinico-assistenziali del personale medico e infermieristico utili ad operare in entrambe le reti del sistema provinciale dell'emergenza. <p>Per quanto riguarda la rete ospedaliera dell'emergenza al fine di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni dell'utenza e in modo complementare quelli della struttura e rete ospedaliera di riferimento, per quota parte dei PS risultano indispensabili alcuni interventi di ordine fisico, strutturale in particolare al PS di Correggio, Montecchio, SMN, Guastalla, C. Monti .</p> <p>Per quanto attiene le azioni organizzative e clinico-assistenziali inerenti i percorsi tempo-dipendenti e alla revisione delle reti complementari a quella di emergenza, si individuano come necessarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'upgrade delle Strutture di C. Monti e Guastalla, mediante adeguamento della rete delle neuroscienze e supporto remoto, cosiddetto "telestroke" - azione programmata; - l'integrazione dell'organico di base del personale medico dei PS generali, al fine di garantire la presenza continuativa (24 24 ore e 7 7 giorni) di un medico d'emergenza. <p>La riclassificazione dei "PPI" provinciali in strutture di "PS Generale" ai sensi del DM 70/2015 e il superamento del modello del "doppio mandato medico", con la presenza 24h/24 in PS del medico d'emergenza urgenza, portano con se la necessità di posti letto di OBI, in quanto indispensabili per ottimizzare la fase di "throughput" e della gestione del flusso in uscita ("output", dimissione vs ricovero) del percorso di PS, oltre che per le dirette e rilevanti ricadute sul livello complessivo della qualità e la sicurezza assistenziale.</p> <p>La Struttura Complessa di PS dell'A.S.M.N. integra già un'unità OBI, mentre nei restanti ospedali del Presidio provinciale i posti letto OBI sono garantiti all'interno delle degenze dell'area internistica.</p> <p>Se per l'OBI del PS A.S.M.N. occorrerà valutare l'ampliamento dell'attuale dotazione di posti letto, per le strutture presenti nei restanti ospedali del Presidio si ritiene di dover pianificare la progressiva presa in carico da parte di ciascun PS, al fine di incrementarne l'utilizzo dinamico e perseguire maggiori livelli d'efficienza complessiva della struttura d'emergenza, così come peraltro previsto da diversi,</p>

	<p>specifici provvedimenti regionali tra i quali la D.G.R. 23/2005 e la recente D.G.R. 1827/2017 .</p> <p>Per quanto riguarda la specifica area del contrasto alla violenza di genere, anche in collegamento con le iniziative messe in campo a in attuazione delle Linee guida regionali “ADOZIONE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE E LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI MALTRATTAMENTO/ABUSO” (DGR n 1677/2013) sono previste le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - partecipazione alla FAD predisposta dall'azienda Usl di Piacenza di 2 medici donna e 2 infermiere di Pronto Soccorso (Reggio Emilia e Guastalla). Questi professionisti parteciperanno al corso completo (e-learning e lezioni frontali) per diventare facilitatori nella formazione del resto del personale. La formazione tramite FAD sarà rivolta all'intero personale (obiettivo >70%). Saranno organizzati eventi di formazione per sensibilizzare al riscontro e al trattamento della violenza di genere e su minori. - saranno organizzati eventi di formazione per sensibilizzare tutto il personale dell'emergenza-urgenza al riscontro e al trattamento della violenza di genere e su minori. Si svolgerà l'assemblea annuale del Dipartimento Emergenza-Urgenza sul trattamento delle vittime di violenza di genere e minori.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le scelte e le azioni per il miglioramento accesso in emergenza urgenza sono il frutto di una progettualità condivisa fra l'AUSL di RE ed Enti Locali nell'ambito delle sedi istituzionali dedicate.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti Locali, Associazioni di Volontariato
Referenti dell'intervento	Annamaria Ferrari - Direttore Dipartimento E-U
Risorse non finanziarie	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	1	31/12/2017	1	2	2		Completato	Val d'Enza	3215	1
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico						NON PERTINENTE in quanto non presenti ospedali di comunità nel distretto	Completato	Val d'Enza	3216	3
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	presente procedura di gestione percorsi di dimissione protetta	31/12/2017	mantenimento procedura	istituzione gruppo di lavoro integrato e upgrade degli strumenti per il miglioramento della continuità (ospedale, servizio assistenza anziani distrettuale, servizi sanitari territoriali, servizi sociali territoriali)	implementazione, monitoraggio e verifica		Completato	Val d'Enza	3217	3
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	Attivazione servizi sociali territoriali per progetti di inclusione sociale e lavorativa (risorse umane ed economiche, attrezzature e locali)	31/12/2017	Attivazione servizi sociali territoriali per progetti di inclusione sociale e lavorativa (risorse umane ed economiche, attrezzature e locali)	Attivazione servizi sociali territoriali per progetti di inclusione sociale e lavorativa (risorse umane ed economiche, attrezzature e locali)	Attivazione servizi sociali territoriali per progetti di inclusione sociale e lavorativa (risorse umane ed economiche, attrezzature e locali)		Completato	Val d'Enza	3218	4
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S N	no	31/12/2017	no	no	no		Completato	Val d'Enza	3219	4

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S N	si	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3220	5
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	8	31/12/2017	11	11	11		Completato	Val d'Enza	3221	5
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	1	31/12/2017	2	3	3		Completato	Val d'Enza	3222	5
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1		Completato	Val d'Enza	3223	5
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	3	31/12/2017	4	4	4		Completato	Val d'Enza	3224	5
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	7	31/12/2017	7	7	7	Sono presenti ulteriori interventi, ma non finanziati con programma "DOPO DI NOI".	Completato	Val d'Enza	3225	6
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico	6	31/12/2017	6	6	6	Sono presenti ulteriori interventi, ma non finanziati con il programma "DOPO DI NOI".	Completato	Val d'Enza	3226	6
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0	Interventi presenti ma non finanziati con il programma "DOPO DI NOI".	Completato	Val d'Enza	3227	6
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	0	31/12/2017	0	5	5	Sono presenti ulteriori interventi, ma non finanziati con il programma "DOPO DI NOI".	Completato	Val d'Enza	3228	6

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0	Sono presenti ulteriori interventi, ma non finanziati con programma "DOPO DI NOI".	Completato	Val d'Enza	3229	6
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S N	si	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3230	6
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico						NON PERTINENTE	Completato	Val d'Enza	3231	8
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	5	31/12/2017	5	5	5		Completato	Val d'Enza	3232	10
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S N	no	31/12/2017	no	no	no		Completato	Val d'Enza	3233	12
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S N	no	31/12/2017	no	no	no		Completato	Val d'Enza	3234	12
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	8	31/12/2017	8	8	8		Completato	Val d'Enza	3235	14
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S N	1	31/12/2017	1	1	1		Completato	Val d'Enza	3236	15
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S N	si	31/12/2017	si	si	si	Presente percorso per la dimissione protetta e la presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali per madri/neonati/situazioni familiari particolarmente complesse	Completato	Val d'Enza	3237	15

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	3/350	31/12/2017				Il dato di partenza al 31/12/2017 è riferito alle donne in carico al Consultorio familiare. Nel Distretto è attivo un progetto di Home Visiting con interventi integrati a sostegno della genitorialità in situazioni di fragilità che ha attualmente in carico 17 utenti. Il progetto di Home Visiting proseguirà nel triennio.	Completato	Val d'Enza	3238	15
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S N	si	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3239	16
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S N	no	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3240	17
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S N	si	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3241	17
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1		Completato	Val d'Enza	3242	17
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	Interventi formativi di ambito provinciale	Completato	Val d'Enza	3243	18
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S N	no	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3244	18
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	1	31/12/2017	1	2	2		Completato	Val d'Enza	3245	21
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	Sviluppo di residenzialità leggera	31/12/2017	Sviluppo di residenzialità leggera	1) Sviluppo di residenzialità leggera; 2) Abitare sociale.	1) Sviluppo di residenzialità leggera; 2) Abitare sociale.		Completato	Val d'Enza	3246	21
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1		Completato	Val d'Enza	3247	22

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON, e la quota vincolata del Fondo	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1		Completato	Val d'Enza	3248	22
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	0	31/12/2017	5	5	5	come specificato nel Piano integrato territoriale, gli utenti del DSM DP utilizzano anche diversi altri strumenti di inserimento socio lavorativo	Completato	Val d'Enza	3249	23
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S N	si	31/12/2017	si	si	si		Completato	Val d'Enza	3250	23
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S N	SI	31/12/2017	SI	SI	SI	I corsi sono iniziati nel 2013 in ambito sanitario e nel 2015 in ambito amministrativo. I corsi sono trasversali quindi interessano personale di tutti i distretti.	Completato	Val d'Enza	3251	27
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	120/5823	31/12/2017	150/5823	150/5823	150/5823	Nel 2017 sono stati realizzati 4 interventi formativi: un corso per i Direttori SOC, un corso per i responsabili SOS, un corso per MMG, un corso per i professionisti della Diabetologia Aziendale. Negli anni precedenti i professionisti formati sono stati oltre 400. Si predilige la realizzazione di corsi che coinvolgano intere unità operative (es. Diabetologia Aziendale, Cardiologia , ecc...)	Completato	Val d'Enza	3252	27
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	25/726	31/12/2017	50/726	75/726	75/726	Nel 2017 è stata organizzata 1 edizione del corso di formazione dedicato al personale del Dipartimento Amministrativo. Negli anni precedenti altri 75 amministrativi hanno già frequentato il corso di formazione.	Completato	Val d'Enza	3253	27
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	Nel 2017 la valutazione di impatto è stata svolta con la somministrazione di questionari a pazienti e professionisti della Diabetologia Aziendale prima e dopo il corso. Negli anni precedente è stata svolta la valutazione di impatto su altri 3 eventi (Cardiologia di Guastalla, Ginecologia di Guastalla, Personale infermieristico del Dip. Internistico di Area Sud)	Completato	Val d'Enza	3254	27

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S N	SI	31/12/2017	SI	SI	SI	Ad oggi i materiali informativi rivisti in modalità partecipata con i pazienti/familiari sono oltre 20. La revisione del testo, secondo i criteri della Health Literacy, viene applicata sistematicamente a tutti i nuovi materiali prodotti e a quelli già esistenti per cui sono richieste ristampe.	Completato	Val d'Enza	3255	27
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S N	SI	31/12/2017	SI	SI	SI	Interventi di miglioramento della cartellonistica all'interno delle strutture per favorire l'orientamento dei pazienti. Per l'ASMN sono disponibili mappe interattive, sul sito internet aziendale, che mostrano il percorso per raggiungere il reparto.	Completato	Val d'Enza	3256	27
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S N	SI	31/12/2017	SI	SI	SI	Oltre alle valutazioni di impatto pre-post corso di formazione per intera unità operativa/professionale, svolte contestualmente ai corsi di formazione, è stata inserita la valutazione della componente comunicativa (comprensibilità delle informazioni ricevute) all'interno dei questionari di gradimento di tutti i servizi a disposizione dell'utenza.	Completato	Val d'Enza	3257	27
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0		Completato	Val d'Enza	3258	28
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0		Completato	Val d'Enza	3259	28
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0		Completato	Val d'Enza	3260	28
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	0	31/12/2017	0	0	0		Completato	Val d'Enza	3261	28

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	Stato	Distretto	ID	Ord.
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	4	31/12/2017	4	4	4	il numero riporta percorsi di sostegno in tutte le aree di lavoro, non solo anziani con disturbi cognitivi e mutuo aiuto in ambito salute mentale e dipendenze, ma anche genitorialità	Completato	Val d'Enza	3262	28
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	sono presenti gruppi Alcolisti anonimi e Club alcologici trattamentoo	31/12/2017	confermare la collaborazione con AA e CAT	confermare la collaborazione con AA e CAT	confermare la collaborazione con AA e CAT		Completato	Val d'Enza	3263	28
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	8	31/12/2017	8	8	8		Completato	Val d'Enza	3264	29
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S N	no	31/12/2017	no	si	si		Completato	Val d'Enza	3265	29
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S N	NO	31/12/2017	SI			E' stato attivato un gruppo di lavoro tecnico-politico nell'ambito della CTSS per approfondire l'argomento specifico, al fine della definizione del Piano Attuativo Locale (PAL)	Completato	Val d'Enza	3266	31
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	2	31/12/2017	2	2	2	L'AUSL promuove iniziative formative che coinvolgono i professionisti del Dipartimento di emergenza-urgenza di tutti i Distretti. E prevista la partecipazione del personale E-U alla FAD (Ausl di Piacenza) con l'obiettivo di raggiungere il 70% del personale formato. E' prevista inoltre la partecipazione di un gruppo di professionisti E-U al percorso completo (FAD+ formazione d'aula) al fine di disporre un gruppo di facilitatori per la formazione aziendale.	Completato	Val d'Enza	3267	33

SEZIONE 5

**PIANO DISTRETTUALE PER LA LOTTA
ALLA POVERTÀ -AZIONI DI INCLUSIONE
IN COLLABORAZIONE CON LA
COMUNITÀ**

1. IL LAVORO DI INCLUSIONE ATTIVO NELLA VAL D'ENZA E L'INTEGRAZIONE CON I NUOVI STRUMENTI NAZIONALI E REGIONALI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'

Si riportano di seguito, in modo sintetico, i macro dati sulla povertà inseriti nel Piano nazionale e nel Piano Regionale. Non essendo disponibili dati recenti relativi alla Provincia e al Distretto, il dato regionale può essere considerato il punto di partenza per riflessioni più vicine al contesto della programmazione locale, costruite a partire dai dati relativi alla presa in carico dell'Area inclusione del Servizio sociale integrato.

	definizioni	Italia	Emilia Romagna
Povertà relativa	consumo inferiore a quello medio pro-capite nazionale	10,6 % delle famiglie (14 % della popolazione)	4,5 % delle famiglie (87.000 famiglie, 200.000 persone)
Povertà assoluta	incapacità di acquisire i beni e i servizi necessari a raggiungere uno standard di vita minimo accettabile nel contesto di appartenenza	6,3% delle famiglie (7,9% della popolazione)	3,3% delle famiglie
Grave deprivazione materiale	Impossibilità di soddisfare almeno 4 tra 9 bisogni essenziali*	11,5 % delle famiglie	5,9 % delle famiglie

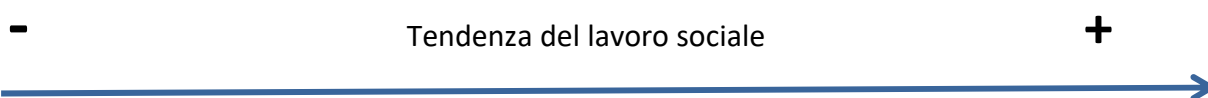
* non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione, non poter sostenere una spesa imprevista, non potersi permettere un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni, essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito, non potersi permettere una settimana di ferie all'anno, la tv a colori, la lavatrice, l'automobile o il telefono.

Nei dati sia nazionali che regionali, l'accesso alle misure relative alla povertà sono basate su fattori monodimensionali (risorse economiche della persona o del nucleo familiare), non considerando – se non nelle fasi progettuali successive - gli **aspetti multidimensionali della povertà, che sono culturali, relazionali, educativi.**

A partire dalle **Linee guida distrettuali sulla povertà**, elaborate nel Distretto della val d'Enza dal 2012, si è voluto mettere in luce come la povertà di un nucleo familiare sia determinata da una pluralità di fattori, di cui la povertà materiale è solo uno degli aspetti e spesso collaterale ad altre forme di povertà sulle quali risulta più strategico andare ad incidere con il progetto sociale e socio sanitario attorno alla famiglia.

In sostanza, già negli anni precedenti la crisi economica ed in coincidenza con i primi Piani di Zona, si è iniziato a lavorare per uno spostamento della visione progettuale sulle situazioni, operando uno spostamento da un lavoro più assistenziale, ad uno più educativo fino all'attuale modello comunitario.

intervento assistenziale	intervento educativo	intervento comunitario
Si trasferiscono risorse pubbliche alla persona/famiglia	Si stimolano le persone e le famiglie ad accrescere le proprie risorse	Si assume il problema a livello di comunità attivando le risorse del contesto di vita



L'analisi molto accurata delle risorse familiari (non solo economiche) orienta il lavoro, consentendo di **differenziare gli interventi in base alle tipologie di famiglie** e comprendere se occorre maggiormente lavorare sulla lettura del problema, sulle competenze personali, sulla percezione di sé, sulle reti relazionali. Lo strumento sotto riportato consente, ad esempio, di mettere in evidenza tale multifattorialità presente nelle situazioni di povertà.

ESIGENZE DI TUTELA		SITUAZIONE:		DATA:						
A	0	NUOVA	<input type="checkbox"/>							
	0,5	IN CARICO	<input type="checkbox"/>	DAL:	DIMESSA:					
B		RISORSE ECONOMICHE								
		1) situaz patrimoniale	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
		2) situaz lavorativa	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
D		3) condizione abitativa	0,5	1	1,5	2	2,5	3	sfratto	<input type="checkbox"/>
		RETI								
C		1) familiari	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
		2) sociali	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
		RISORSE PERSONALI								
C		1) percezione situazione	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
		2) capacità iniziativa	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
		3) compet. lavorative	0,5	1	1,5	2	2,5	3		
C		RAPPORTO CON IL SERVIZIO								
		0,5	1	1,5	2	2,5	3			
minori	non auto									

Ciò che era già evidente ma che è stato maggiormente evidenziato dalla crisi economica è:

- che sono state maggiormente messe in difficoltà le persone con già presenti fragilità di vario genere, e quindi occorre lavorare prima di tutto su tali fragilità; senza tale lavoro il mero intervento economico non produce cambiamenti significativi;
- che lo stesso reddito economico mensile, in condizioni socio relazionali differenti, può rappresentare sia una situazione di povertà (se ad es. si vive in isolamento o con scarsa capacità di gestione del denaro) sia una situazione di relativo benessere (se ad es sono presenti relazioni sociali strutturate e una buona percezione della propria situazione). Usare pertanto un medesimo parametro economico uguale per tutti può determinare un non ottimale utilizzo delle risorse pubbliche.

L'applicazione di queste Linee guida ha determinato nel tempo un **aumento molto consistente delle persone in carico all'area Inclusione** (raddoppiate in 8 anni, come evidenziato nel primo capitolo del presente Piano) con risorse economiche dedicate dall'Ente locale sostanzialmente invariate perché i progetti a favore delle persone in carico hanno riguardato interventi diversi in cui sono state utilizzate **risorse non economiche e/o derivanti dal contesto della comunità di appartenenza** (inserimento in contesti lavorativi, pseudo-lavorativi, o ricreativi; interventi formativi o tirocini; accompagnamento nella gestione del bilancio familiare; mediazione con i servizi di gestione utenze o proprietari di immobili; micro-prestiti gestiti in collaborazione con il privato sociale; ecc).

Organizzativamente, lo spostamento del lavoro ha determinato modalità di presa in carico differenziate:

- di lungo corso, ma con investimento di risorse progettuali limitato, per le situazioni di cronicità scarsamente evolvibili, ma che devono essere tutelate, per le quali si elaborano progetti in collaborazione con il privato sociale e/o con servizi sanitari. Il progetto viene rivisto periodicamente ma con basso investimento di risorse professionali;
- brevi, ma con investimento di risorse progettuali elevato (per es tirocini o contributi economici finalizzati ad un progetto evolutivo di rapida realizzazione), per le situazioni con maggiori prospettive evolutive.

utenza	investimento	Tipologia intervento	risorse della comunità
Cronicità/scarsa evoluzione	Limitato ma costante nel tempo	Progetto di tutela Segretariato Reti di protezione minime	Si, se l'utente non è manipolatorio
Temporaneità/potenzialità evolutive	Più consistente ma limitato nel tempo	Progetto evolutivo, Tirocinio, formazione, reti di sostegno per la gestione familiare	Si, se l'utente non è manipolatorio

I dati relativi alla data di accesso e di conseguenza alla durata media della presa in carico confermano una **prevalenza di progetti di breve-medio termine**, e di progetti a lungo termine per una quota veramente minoritaria di utenti.

	2017	2014-2016	2011-2013	PRIMA DEL 2011	Totale
Percentuale	33%	44%	15%	9%	100%

Una parte consistente dell'utenza in carico all'area inclusione è di origine straniera, confermando il dato che la povertà è collegata alla carenza di reti sociali e familiari.

Utenti in carico nel 2017	Italiani	Non Italiani	Totale
numero	575	330	905
percentuale	64%	36%	100%

Relativamente alla fascia d'età, sono nettamente prevalenti le situazioni tra i 26 ed i 54 anni, ma iniziano a rappresentare numeri significativi anche i casi di giovani (16/25 anni).

	18 - 25 anni	26 - 35 anni	36 - 45 anni	46 - 54 anni	55 - 64 anni	65 - 74 anni	Totale
Percentuale	15%	23%	25%	18%	14%	5%	100%

Tra gli utenti con una sistemazione abitativa di carattere privato sono rappresentate le seguenti tipologie.

Personale in carico con soluzione alloggiativa di tipo privato	%
Affitto/Locazione da privati	49%
Affitto/Locazione di un alloggio residenziale pubblico	18%
Ospitato gratuitamente / uso gratuito / usufrutto	11%
Proprietà (con mutuo / ipoteca)	8%
Proprietà (senza mutuo)	15%
Totale	100%

Sono presenti, in numeri molto limitati, sistemazioni in strutture pubbliche, alberghi e soluzioni mobili. Sono 5 le persone senza fissa dimora.

Nel contesto del superamento in Val d'Enza dell'approccio assistenziale – per approdare ad un modello più **educativo e comunitario** - vanno inserite le nuove misure nazionali e regionali. I più recenti strumenti nazionali e regionali sulla povertà sembrano da una parte cercare di **scongiurare il rischio di attivare modelli assistenzialistici**, affiancando alla misura certamente “assistenziale” del contributo economico una serie di azioni progettuali volte all'evoluzione delle singole situazioni attraverso strumenti educativi, in grado di aumentare le competenze delle persone sia in termini lavorativi che in termini relazionali. Dall'altra mettono a disposizione uno strumento minimo – sostanzialmente uguale per tutte le situazioni a basso reddito – che non tiene conto degli aspetti multifattoriali sopra evidenziati. L'impatto di tali fattori sarà da monitorare con attenzione anche rispetto all'andamento della casistica e agli esiti progettuali delle singole situazioni. Le prime valutazioni sono tuttavia completamente positive, perché vengono comunque messe a disposizione del sistema risorse che, se oculatamente gestite senza ricadere nella tentazione dell'assistenzialismo, possono:

- rappresentare un ulteriore ventaglio di progettualità da mettere in campo rispetto all'utenza in carico;
- mettere a disposizione un aggancio progettuale per potenziali utenti non in carico per i quali invece si ravvisa l'opportunità di costruire una relazione.

Le nuove misure nazionali e regionali, che da una parte stimolano ad affiancare alle situazioni che accederanno agli strumenti per la povertà un progetto personale stringente e volto all'evoluzione della situazione, dall'altro necessitano – per essere adeguatamente e sostanzialmente realizzate secondo questo mandato – di un **adeguato background culturale nei servizi** che accompagnano le persone e di un'adeguata struttura organizzativa. Diversamente l'attivazione dei benefici economici potrebbe essere affiancata a progetti poco consistenti e di fatto non in grado di sostenere sostanziali evoluzioni delle situazioni di partenza. Il percorso sulle povertà costruito nel distretto della Val d'Enza, stante il percorso fin qui descritto, sembra in grado di affiancare alle nuove misure il necessario approccio responsabilizzante ed improntato all'evoluzione delle situazioni.

L'approccio è **condiviso tra l'Unione e le Caritas territoriali**, principali partner del Servizio sociale territoriale nelle azioni di inclusione e di contrasto della povertà. Obiettivo di lavoro del presente Piano di Zona è la costruzione di un Protocollo, anche con il supporto della Caritas Diocesana, tramite il quale, partendo dalla la mappa di tutte le risorse presenti sul territorio, si vada a rafforzare il sistema di collaborazione già strutturato in ogni singolo territorio comunale all'interno di una cornice di ambito distrettuale.

A seguire la mappatura delle risorse di contrasto della povertà presenti a livello distrettuale e nei singoli territori:

attività organizzate localmente																
Comune	servizio sociale territoriale								collaborazione servizio/caritas					caritas		
	distribuzione pacchi alimentari	contributi economici /esenzioni tariffarie	microprestito	gruppi di mutuo auto aiuto	servizi educativi territoriali (pomeridiani)	accoglienza diurna/notturna (presso strutture esterne)	tirocini e formazione ulteriori a quelli regionali	trasporti	distribuzione pacchi alimentari	microprestito	servizi educativi territoriali (pomeridiani)	consulenza e confronto reciproco sulle situazioni in carico	accoglienze emergenze abitative	centro d'ascolto	distribuzione alimenti	distribuzione vestiti
Canossa		x			x		x	x	x					x	x	x
San Polo	x	x	x		x			x			x	x				
Bibbiano		x			x		x	x						x*	x*	x*
Montecchio		x			x	x	x	x	x	x	x	x		x**		x
Cavriago	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x		x	x	x
Sant'Ilario		x	x		x	x	x	x	x			x		x	x	x
Campegine		x	x		x	x	x	x	x			x		x	x	x
Gattatico		x		x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x

* in riorganizzazione
** convenzione col comune

attività trasversali ai territori comunali	
Servizio sociale territoriale	Caritas Diocesana di Reggio Emilia e Guastalla
segretariato sociale	Progetto "Emergenza freddo"
accesso a contributi ed agevolazioni collegate a requisiti: assegni di maternità, assegni al nucleo con almeno tre figli, bonus per LUCE/GAS/ACQUA	Dormitorio diocesano (accoglienza notturna di uomini)
accesso a strumenti nazionali e regionali per la povertà (RES/REI) ed attivazione relativi progetti di inclusione	Accoglienza di donne e nuclei familiari in collaborazione con i Servizi Sociali
interventi legge regionale 14 (orientamento, formazione, tirocini)	Progetto "Maria di Magdala" per donne vittime di tratta
interventi socio educativi	Poliambulatorio "Querce di Mamre"
consulenza/ supporto alla gestione del bilancio familiare	Mensa
orientamento e informazioni per l'accesso a contributi e agevolazioni erogate da altri enti	Protesi dentarie e occhiali
	Fondo famiglia per la formazione
	Supervisione ai centri d'ascolto parrocchiali

In termini di sviluppo dell'offerta, si intende lavorare in modo coordinato ai seguenti obiettivi:

- gestione unitaria e coordinata delle risorse disponibili, al fine di ottenere maggiore uniformità nell'accesso ed un utilizzo il più possibile mirato delle risorse;
- confronto sulle attività territoriali al fine di favorire la diffusione di buone prassi e sviluppare dove possibile il sistema di offerta;
- individuazione di soluzioni di accoglienza abitativa in emergenza (housing first), con criteri e modalità di accesso condivisi e coordinati su base distrettuale.

2. RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI PER IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ, DI CUI ALL'ARTICOLO 7 COMMA 1 DEL DLGS 147/17, FINANZIABILI ATTRAVERSO QUOTA DEL FONDO POVERTÀ. PRIORITÀ PER IL TRIENNIO

Nel Distretto della Val d'Enza tale struttura è stata costruita e consolidata all'interno dell'Unione prevedendo l'organizzazione del Servizio sociale in premesse indicate. Se ne riportano nel successivo paragrafo 5 gli aspetti essenziali, volti a evidenziare l'adeguatezza rispetto al mandato nazionale e regionale e ad individuare gli investimenti più strategici.

Pur partendosi da servizi sostanzialmente ben strutturati sia dal punto di vista dell'accesso (sportelli sociali) che dal punto di vista delle risorse necessarie per l'*assessment* (servizio sociale professionale), si individua la necessità di **implementare il Servizio sociale territoriale**, nelle diverse figure professionali (Sportello e Assistenti sociali), poiché si prevedono aumenti dell'utenza in ingresso e in carico, sulla quale avviare progetti e svolgere una costante azione prevista di accompagnamento e monitoraggio. Parte delle risorse nazionali andranno di conseguenza utilizzate a tale scopo.

In secondo luogo, non essendo necessario un potenziamento molto consistente del servizio sociale territoriale, la seconda priorità di utilizzo individuata per le risorse nazionali rimanenti è **l'attivazione di progetti personalizzati**, prendendo a riferimento le tipologie di intervento indicate nel piano nazionale e regionale:

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

3. SINTESI DELLE SCELTE PREVISTE NELL'AVVISO 3 PON FSE INCLUSIONE

Con riferimento alle risorse PON FSE inclusione, atte a sostenere l'avvio sul territorio delle azioni nazionali di contrasto alla povertà, sono stati messi in campo interventi volti a **rafforzare la rete territoriale del Servizio sociale**, al fine di fare fronte all'aumento della presa in carico e alle progettualità specifiche da elaborare, sostenere e monitorare.

Intervento aggiuntivo	Risorse PON	Modalità di acquisizione	Attività svolte
Rafforzamento servizio sociale professionale nella funzione di assessment e progettazione mediante assunzione di assistente sociale a tempo determinato a valere per l'ambito	€ 24.808,66	ASSUNZIONE DIRETTA DI PERSONALE SPECIALIZZATO (Assistenti sociali specialisti - ex D.M. 11 ottobre 1994, n. 615 (Unità Professionale 2.5.3.2.1)	sostegno alle risorse personali e investimento sulle reti sociali, per tutte le altre problematiche che si manifestano, comprese quelle ad oggi solo parzialmente conosciute: interventi di tipo educativo, di sostegno all'inserimento lavorativo, di potenziamento relazionale, di costruzione di contesti di reciproco aiuto
Assistenza educativa territoriale per costruzione di requisiti e supporto all'inclusione sociale di giovani e adulti	€ 109.215,34	ALTRE MODALITA' DI ACQUISIZIONE DEI SERVIZI (Affidamento all'esterno)	
Servizi di mediazione interculturale di sostegno e supporto alla presa in carico e alla progettazione dell'intervento integrato	€ 12.050,00	ALTRE MODALITA' DI ACQUISIZIONE DEI SERVIZI (Affidamento all'esterno)	presenza del mediatore come risorsa specialistica del servizio sociale professionale, sulla normativa e sull'accoglienza delle persone migranti, svolgimento di attività comunitarie con il supporto del mediatore attraverso incontri, sia per sostenere la partecipazione di stranieri alle iniziative di comunità (affidamento familiare, risorse di rete, azioni di inclusione dei giovani...).

4. IL PIANO INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI PUBBLICI, DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI. UNA SINTESI

Si richiamano qui gli aspetti essenziali del Piano integrato territoriale 2018/2020, già approvato con apposito Accordo di Programma tra l'Unione Val d'Enza, l'Ausl di Reggio Emilia/Distretto di Montecchio Emilia, e l'Agenzia Regionale per il Lavoro.

Il PIT si rivolge prioritariamente a **situazioni di fragilità che non necessariamente sono già in carico ai servizi**, o che hanno le caratteristiche per una presa in carico breve e

finalizzata, andando anche ad evidenziare potenziali situazioni di fragilità non ancora intercettate, o per le quali non si prefigura necessariamente una presa in carico multiprofessionale di lunga durata.

Con riferimento all'utenza che accede agli strumenti tramite **il Servizio sociale**, gli strumenti del PIT sono pensati per situazioni che hanno potenzialità sulle quali costruire con l'equipe territoriale il progetto inclusivo: con riferimento alle tipologie individuate nelle Linee guida sulla povertà, si tratta tendenzialmente di situazioni per le quali si prefigura una presa in carico limitata nel tempo con investimento di risorse qualificate, essendo in presenza di situazioni con buone potenzialità evolutive. La realizzazione e la verifica del progetto in questi casi resta in capo al Servizio sociale.

L'utenza che accede agli strumenti tramite **il Servizio sanitario** può essere:

- già in carico ai servizi sanitari territoriali presenti in equipe territoriale (CSM e Ser-DP), per i quali si ravvisano sufficienti autonomie e stabilità per costruire un progetto insieme all'equipe territoriale: la realizzazione e la verifica del progetto resta in capo al Servizio segnalante.
- Non in carico in modo continuativo ai servizi sanitari, essendo persone portatrici di invalidità o altre patologie non gravi al punto da determinare una presa in carico continuativa. Le modalità per la realizzazione e la verifica del progetto per questa casistica, per le quali non vi è storicità di percorsi analoghi, saranno da verificare in base ai numeri, all'impatto e alle migliori modalità di costruzione concreta dei progetti

Al **Centro per l'impiego** accede infine una vasta platea di persone, potenzialmente fruitrici delle misure di politica attiva, che non necessariamente hanno le caratteristiche per una presa in carico da parte dei Servizi socio sanitari. È da valutare se operare una proposta generalizzata a tutta l'utenza del Centro per l'impiego, che può intercettare un numero più vasto di situazioni, ma comporta problemi di sostenibilità rispetto alle misure di fatto disponibili. Rispetto ai progetti che si attivano, qualora l'equipe non ne ravvisi la necessità, la progettazione integrata non prevedrà necessariamente la presa in carico della persona da parte di servizi sociali e/o sanitari, pertanto la realizzazione e il monitoraggio della progettualità stessa, condivisa con l'equipe territoriale, rimarrà in capo al Servizio lavoro. Molto opportuna la prevista riforma per il potenziamento di questo servizio, attualmente in difficoltà nel gestire le molte progettualità innovative che necessitano del suo apporto.

A seguire il quadro delle risorse disponibili, certe e definitive rispetto all'anno 2018 ed ipotizzate in continuità nelle annualità successive.

RISORSE DISPONIBILI			
Fonte di finanziamento	2018	2019 (hp)	2020 (hp)
FSE – Fondo Sociale Europeo	€ 281.058,00	€281.058,00	€281.058,00
Risorse dei Comuni	€ 28.105,80	€ 28.105,80	€ 28.105,80
Fondo Sanitario regionale	€ 8.380,32	€ 8.380,32	€ 8.380,32
Totale risorse destinate	€ 317.544,12	€ 317.544,12	€ 317.544,12

Si indica a seguire la distribuzione delle risorse sui diversi interventi previsti

INTERVENTO	risorse dei Comuni	Risorse FSE	
		risorse FSE	quota di risorse FSE
FORMAZIONE		X	22,19%
TIROCINI	X	X	74,46%
LAVORO	X	X	3,35%

Le risorse stanziare da Comuni ed Ausl sostengono una grande varietà di interventi, dettagliatamente descritti nel Piano integrato territoriale, volti a completare il progetto multidimensionale e riguardanti la sfera abitativa, la genitorialità e l'educazione dei figli, la multiculturalità, la domiciliarità e l'autonomia.

5. ORGANIZZAZIONE, CARATTERISTICHE DEI SERVIZI, PROFESSIONALITÀ IMPIEGATE

Si rinvia al capitolo 2.2 del presente Piano di zona (*L'organizzazione del Servizio sociale in relazione alle esigenze di prevenzione, di presa in carico, di lavoro con la comunità*) ed alla Scheda intervento n. 2 (*Vicini al territorio per generare risorse*) per la descrizione dettagliata del modello organizzativo.

Si richiama qui solamente il fatto che il **Servizio sociale è gestito in modo interamente associato** per gli 8 comuni appartenenti all'ambito territoriale da parte dell'Unione Comuni Val d'Enza, e che l'organizzazione – tenendo conto della varietà ed articolazione del territorio - è basata su un modello a baricentro basso, con **articolazioni**

organizzative su ogni territorio Comunale, in modo da massimizzare il lavoro di comunità, la costruzione di reti territoriali.

In sostanza, pure in presenza di una cornice istituzionale e normativa (Regolamenti) unica per tutto l'ambito, è **presente in ogni territorio un'équipe professionale completa** costituita da Sportello sociale, Assistenti sociali con competenze specifiche (Genitorialità, Non autosufficienza, Inclusione), educatori territoriali. Ogni équipe è coordinata da un Responsabile, ed i Responsabili costituiscono un Tavolo tecnico coordinato dall'Ufficio di Piano.

Con riferimento alle fasi di informazione/accesso, valutazione multidimensionale e progetto personalizzato, l'équipe professionale individuata per ogni ambito territoriale gestisce completamente le progettualità da attivare, anche in sinergia con i servizi sanitari e del lavoro, attivando di volta in volta i professionisti necessari in base a quanto emerso dalla fase di *assessment*.

Per garantire **l'omogeneità di lavoro e il monitoraggio delle risorse a livello distrettuale**, sono individuati due dispositivi:

- funzione di coordinamento degli interventi L.R. 14
- funzione di coordinamento area inclusione
- tavolo distrettuale operativo di raccordo, già attivato per la realizzazione degli interventi di cui alla Legge Regionale 14, con la presenza degli operatori dell'area inclusione, dell'area sanitaria e del Centro per l'Impiego.

Con riferimento all'apertura al pubblico degli **Sportelli sociali**, sono individuati i seguenti punti e relativi orari complessivi settimanali di apertura:

sportelli sociali	indirizzo	Giorni di apertura	ore apertura settimanali
CANOSSA	PIAZZA MATTEOTTI N.28	mar, gio, ven, sab	20
SAN POLO D'ENZA	PIAZZA IV NOVEMBRE N.1	lun, mer, gio, sab	20
BIBBIANO	PIAZZA D. CHIESA, 1/1	lun, mar, mer, gio, ven, sab	14
MONTECCHIO	VIA DON P. BORGHI, 10	lun, mar, mer, gio, ven, sab	20.5
CAVRIAGO	VIA ASPROMONTE 2	lun, mar, mer, gio, ven, sab	15.5
S.ILARIO D'ENZA	VIA ROMA N.22	lun, mar, mer, gio, ven, sab	34,5
GATTATICO	PIAZZA CERVI N.34	lun, mer, gio, ven, sab	20
CAMPEGINE	PIAZZA A.CERVI N.3	lun, mer, sab	10

Con riferimento alle dotazioni di **Assistenti sociali** per il territorio distrettuale, il totale in servizio al 31.12.2017 è di n. 43 operatori, di cui alcuni part-time, per un totale di n. 42.25 unità equivalenti.

Mettendo in relazione il numero totale di unità equivalenti con il numero di abitanti al 1.12.2017 ne esce la seguente proporzione:

n. operatori (persone)	n. operatori (unità pieno)	n. t. abitanti	Rapporto operatori/ abitanti	Operatori ogni 5.000 abitanti
43	42.25	63.038	1 operatore ogni 1.492 abitanti	3

Il rapporto è molto al di sopra del minimo richiesto, tuttavia si ritiene importante **continuare a potenziare il servizio** essendo il radicamento degli operatori sul territorio il solo possibile strumento per un lavoro educativo efficace e integrato con le comunità locali, ai fini del raggiungimento e mantenimento degli standard illustrati di presa in carico e progettazione integrata.

6. MODELLO DI GOVERNANCE DISTRETTUALE

Come rappresentato nelle premesse di questo Piano di Zona, nel Distretto della Val d'Enza vi è piena **coincidenza tra Ambito territoriale ottimale** (ai sensi della LR 21/2102 MISURE PER ASSICURARE IL GOVERNO TERRITORIALE DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE SECONDO I PRINCIPI DI SUSSIDIARIETÀ, DIFFERENZIAZIONE ED ADEGUATEZZA) **e Distretto socio sanitario** (ai sensi della LR 29/2004 NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE).

Di conseguenza i Comuni di Bibbiano, Campegine, Canossa, Cavriago, Gattatico, Montecchio Emilia, San Polo d'Enza, Sant'Ilario d'Enza, appartenenti al Distretto socio sanitario di Montecchio Emilia, hanno costituito una Unione per la gestione associata di funzioni e servizi, tra i quali:

- la programmazione in ambito socio sanitario, con la costituzione dell'Ufficio di Piano distrettuale;
-
- la gestione interamente associata dei servizi sociali.
-

Ai sensi dell'Art. 29, comma 3, dello Statuto, **la Giunta dell'Unione** – ampliata con la presenza del Direttore di Distretto - **coincide con il Comitato di Distretto**. E' assolutamente condivisa l'indicazione del Piano Regionale sulla Povertà di **integrare il Comitato di Distretto con figura di riferimento per il Centro per l'Impiego**, con il quale attualmente i raccordi sono avvenuti soprattutto sul piano tecnico ma è assolutamente strategico vengano ampliati al livello politico e della programmazione.

L'Ufficio di piano distrettuale coordina tecnicamente l'azione programmatoria e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello di ambito distrettuale, in stretta connessione con il Centro per l'impiego, al fine di garantire omogeneità nell'applicazione delle norme ed equità di trattamento per i cittadini.

Con riferimento alla partecipazione e consultazione delle **parti sociali** e agli **organismi del terzo settore**, sono previsti e costantemente svolti incontri preliminari all'adozione di tutti gli strumenti di programmazione in ambito socio sanitario, comprese le misure di inclusione sociale e lavorativa e di contrasto alla Povertà. Tali incontri sono organizzati e coordinati dall'Ufficio di Piano e presidiati a livello politico dal Presidente dell'Unione e dal Sindaco con Delega alle Politiche sociali.

7. MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'ATTIVAZIONE, COSTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Essendo presente **in ogni territorio** un'équipe professionale completa costituita da Sportello sociale, Assistenti sociali con competenze specifiche ed educatori territoriali, tutte le fasi di informazione/accesso, valutazione multidimensionale e progetto personalizzato, vengono completamente gestite sul territorio, al fine di massimizzare le progettualità che prevedono il coinvolgimento delle comunità locali.

Per garantire l'omogeneità di lavoro e il monitoraggio delle risorse a **livello distrettuale**, sono individuati due dispositivi:

- funzione di coordinamento area inclusione (incontri periodici distrettuali degli 8 Assistenti sociali dedicati, con la presenza di due operatori sanitari: assistente sociale area Dipendenze ed infermiere professionale Salute mentale)
- funzione di coordinamento degli interventi L.R. 14 (attribuita da un Assistente sociale dell'Area inclusione, che funge da riferimento per la programmazione)

- tavolo distrettuale operativo di raccordo ed attivazione delle misure di cui alla Legge Regionale 14, con la presenza degli operatori dell'area inclusione, dell'area sanitaria e del Centro per l'Impiego.



8. PARTECIPAZIONE E CONFRONTO CON I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE. MODALITÀ E STRUMENTI

Si richiama quanto inserito al Cap 6 del presente Piano di zona (Processo per la definizione del Piano di Zona) e nella scheda intervento n. 1 (Unione di Reti), nelle quali sono dettagliatamente descritti i percorsi partecipativi attivi sul territorio distrettuale sia in relazione a specifiche tematiche, sia in luoghi permanenti sulle singole articolazioni territoriali.

Con riferimento all'Area della Povertà e dell'Inclusione sociale, si richiamano in questa sezione dedicata alla Povertà e all'inclusione sociale i percorsi maggiormente attinenti, che vengono riassunti nello schema seguente.

distrettuali	locali
<p>Percorsi sulle povertà educative, culturali, relazionali, abitative:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. protocollo distrettuale con le Caritas, finalizzato a mettere in rete tutte le risorse locali e distrettuali, pubbliche e private, di contrasto alle varie forme di povertà 2. Welcom. Progetto sostenuto dalla Fondazione Manodori e in rete con diverse organizzazioni del privato sociale, che prevede progetti di comunità, di solidarietà e di aiuto tra pari su contesti abitativi "critici" 3. abitare solidale, progetto di condivisione di risorse abitative e di cura tra persone con bisogni complementari, da gestire in modo coordinato tra servizi sociali e terzo settore 	<p>Tavoli permanenti che generano e monitorano le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orti solidali 2. Gruppi di aiuto (donne italiane e straniere, mamme con bambini, povertà, genitorialità, demenza) 3. Microcredito autogestito in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore 4. Inserimento socio lavorativo in collaborazione con associazioni di volontariato e/o di promozione sociale (compresi progetti RES /REI) 5. Sostegno alimentare e riuso

SEZIONE 6

**PROCESSO REALIZZATO PER LA
DEFINIZIONE
DEL PIANO DI ZONA**

1. PERCORSI PARTECIPATIVI LOCALI E DISTRETTUALI

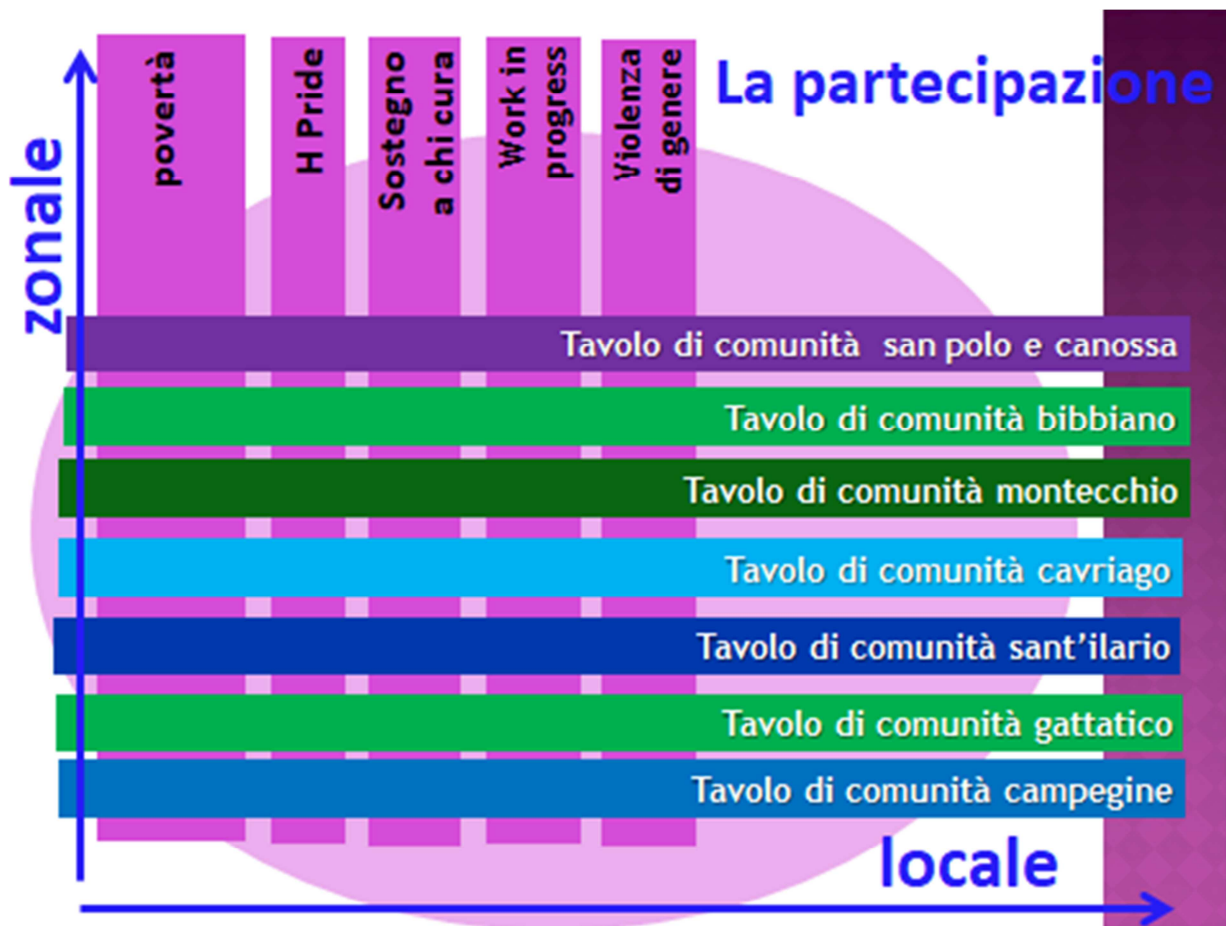
Tutti i processi partecipativi in corso nel distretto riflettono l'organizzazione dei Servizi. Vi sono infatti, così come nell'articolazione organizzativa del servizio, due tipologie di percorsi:

- percorsi partecipativi nei contesti locali, più condotti dall'area sociale, trasversali alle tematiche e molto operativi nelle progettualità inclusive,
- percorsi partecipativi trasversali, a contenuto più specialistico e organizzati in collaborazione tra servizi sociali e sanitari.

Dal punto di vista metodologico, i percorsi partecipativi distrettuali tendono ad essere mirati ad obiettivi precisi e limitati nel tempo, di avvio di progettualità innovative, costruzione di nuovi elementi culturali e visioni collettive, di raccolta di stimoli. I percorsi partecipativi locali, invece, tendono ad essere permanenti, e ad avere la funzione di consolidare nella quotidianità del lavoro di rete territoriale le acquisizioni e gli stimoli derivanti dai percorsi distrettuali, raccogliendone di ulteriori. Il percorso è infatti biunivoco, potendo dai tavoli locali scaturire stimoli da rilanciare a livello distrettuale.

Processi partecipativi	conduzione	tematiche	durata	obiettivi
distrettuali	Socio sanitaria	specialistiche	Limitata nel tempo	Nuovi elementi culturali e visioni collettive
locali	Servizio sociale territoriale	Trasversali e inclusive	permanente	Consolidamento delle innovazioni nella quotidianità

Essendo la partecipazione una modalità intrinseca al lavoro di comunità, profondamente consolidato nel territorio, non si sono previsti incontri specifici per il Piano di Zona (salvo per il tema della Povertà, rispetto al quale si è avviato un percorso specifico in collaborazione con Caritas Diocesana). È piuttosto corretto dire che il Piano di Zona (sia nei precedenti programmi attuativi annuali, sia nell'attuale redazione triennale) viene continuamente alimentato dai contenuti dei luoghi partecipativi e ad essi restituito con dati, esiti del lavoro, diapositive, comunicati.



Per una descrizione più dettagliata della partecipazione, si rinvia all'apposita scheda intervento, nella quale sono riepilogati tutti i percorsi partecipativi ed i progetti di comunità presenti sul territorio distrettuale. In linea esemplificativa si riportano i contenuti dei principali percorsi attivi.

distrettuali	locali
Le povertà: educative, culturali, relazionali, abitative (Welcom; abitare solidale, protocollo distrettuale Caritas)	Orti solidali
H Pride: Diritti di cittadinanza delle persone con disabilità (rete famiglie, rete gestori)	Gruppi di aiuto (donne italiane e straniere, mamme con bambini, povertà, genitorialità, demenza)
Sostegno a chi cura (gruppi di sostegno care giver, amministrazione di sostegno)	Microcredito autogestito
Rete contro la Violenza (associazioni, FFOO, sanità, scuole)	Inserimento socio lavorativo in collaborazione con associazioni (compresi progetti RES /REI)
Giovane come te e Work in progress, attività educative e di cittadinanza itineranti	Sostegno alimentare e riuso
	Temi educativi e di cittadinanza

Un aspetto che necessita di essere sottolineato è che i percorsi partecipativi, generatori di risorse, necessitano a loro volta di un importante e qualificato lavoro di manutenzione, con professionalità qualificate e tempo lavoro dedicato. Si tratta di un investimento strategico che ha consentito nel tempo la crescita esponenziale delle opportunità offerte nei territori, come evidenziato nelle premesse del presente Piano di zona.

2. COMITATO CONSULTIVO MISTO

Va aggiunto a tali momenti di incontro un organismo più “istituzionale” ma altrettanto composto da rappresentanti della comunità e di organizzazioni di volontariato, il Comitato consultivo misto, solitamente invitato a esprimersi su tematiche di carattere sanitario. Tale organismo, rappresentativo di diverse componenti del territorio, si è dimostrato utile per condividere gli aspetti della programmazione socio sanitaria su una base distrettuale attivando interlocutori competenti ed informati, in grado anche di diffondere nelle reti sociali comunicazione di quanto si programma e si fa ogni giorno nei Servizi.

3. ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Al fine di costruire una cornice di riferimento concordata sulla quale strutturare i momenti di confronto, è stato approvato nel 2017 apposito PROTOCOLLO DI RELAZIONI TRA L'UNIONE VAL D'ENZA, L'AUSL DI REGGIO EMILIA – DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI MONTECCHIO – E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI PER LA PROGRAMMAZIONE IN AMBITO SOCIO SANITARIO.

Il Protocollo ha l'obiettivo di articolare temi e modalità di confronto con i singoli distretti socio-sanitari, nell'ambito del coordinamento della CTSS, riconoscendo il ruolo negoziale ed il diritto di proposta delle OO.SS. nel processo di costruzione delle scelte strategiche in materia di servizi socio-sanitari.

Costituiscono materie di consultazione periodica i temi delle risorse disponibili, la compartecipazione dei cittadini alla spesa, i modelli gestionali, le forme di accesso e la qualità dei servizi erogati:

- processo amministrativo: confronti in materia di risorse del Distretto, sulla pianificazione previsionale e programmatica pluriennale.
- riordino: decisioni e modalità di realizzazione del conferimento delle funzioni di competenze e/o gestione in forma associata dei servizi dei comuni, ricadute sulle strutture organizzative e sul personale, funzionalità e qualità del servizio ai cittadini.
- costi: determinazione delle tariffe dei servizi non regolate a livello regionale, compartecipazione alle spese da parte dei cittadini, che tendano alla graduale omogeneità

territoriale nella loro applicazione e garantiscano il livello di progressività, adeguatezza, equità e solidarietà, contrasto alla elusione ed evasione.

4. COOPERAZIONE SOCIALE

Oltre alla presenza delle varie Cooperative che gestiscono servizi tramite affidamenti nel distretto e sono di conseguenza permanentemente coinvolte nei tavoli partecipativi specifici, si intende prevedere momenti appositi con le loro strutture rappresentative per un confronto sulla programmazione complessiva, l'individuazione di strategie unitarie di promozione del tessuto produttivo e lavorativo in linea con i principi e le finalità del presente Piano di Zona.

SEZIONE 7

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il monitoraggio delle azioni inserite nel presente Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale 2018-2020 verrà svolto tramite i seguenti strumenti:

- **percorsi partecipativi** locali e distrettuali, come individuati nel precedente capitolo;
- relazioni consuntive annuali e piano delle **performance** dell'Unione dei Comuni e dell'Ausl, comprensivi dei dati di attività dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari;
- consuntivi annuali delle attività rivolte alla **non autosufficienza**, comprensive dei dati di attività più dettagliati relativi ai servizi socio sanitari;
- periodiche relazioni al **Comitato di Distretto** sullo stato di attuazione dei programmi e di utilizzo delle risorse;
- confronto con le **Organizzazioni Sindacali**.

Sono inoltre previsti periodici incontri di verifica dell' **Ufficio di Piano**, nelle seguenti articolazioni:

- confronto diretto tra Direttore di Distretto e Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- gruppi di lavoro specifici per l'integrazione socio sanitaria nelle aree della salute mentale e delle dipendenze, dell'infanzia ed età evolutiva, della non autosufficienza.

La presenza di **indicatori su base triennale**, sia in base al set minimo richiesto dalla Regione Emilia Romagna sia all'interno delle singole schede intervento distrettuali, consentirà inoltre di tracciare anche quantitativamente alcune azioni strategiche monitorandone annualmente l'attuazione.

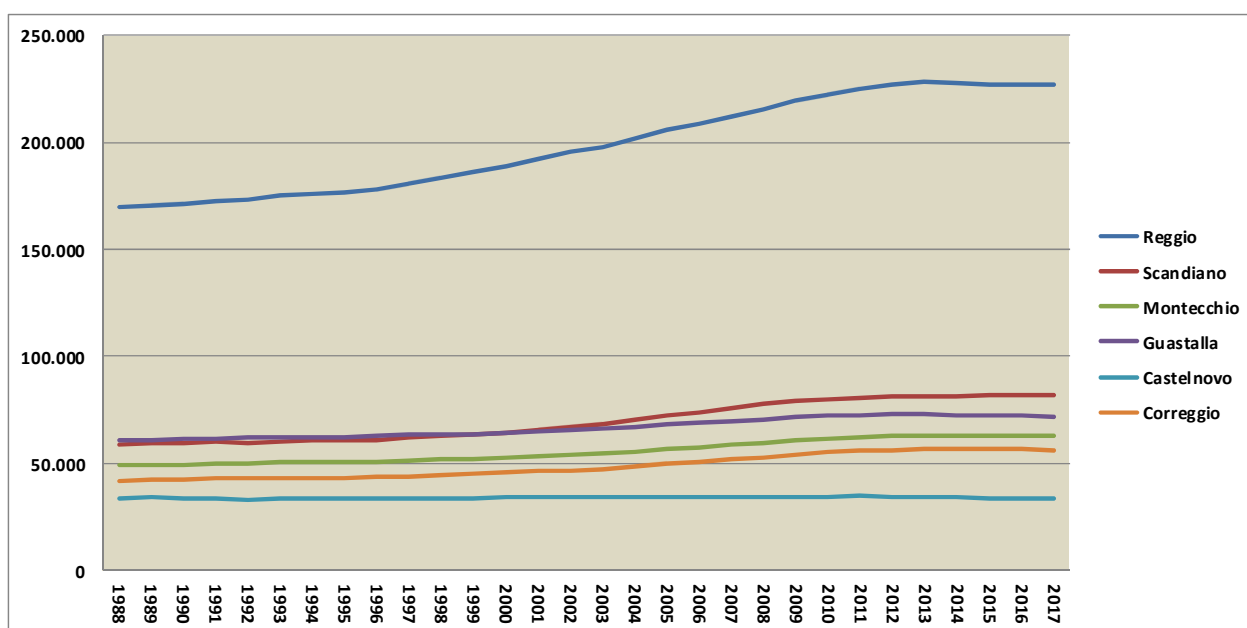
La crescente **informatizzazione delle attività** inoltre, consente di tenere aggiornato il set complessivo di dati individuati nel capitolo 1 del presente piano, leggendo diacronicamente l'efficacia delle progettualità condotte in termini di impatto sulla popolazione.

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Centri per le famiglie		€ 24.640,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 24.640,79
AUSL (specificare)		€ 185.048,32	€ 159.642,61	€ 82.046,00	€ 2.555.481,08	€ -	€ 154.953,76	€ 276.743,47	€ 3.413.915,24
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 35.215,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.215,06
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 59.560,46	€ -	€ 59.560,46
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 98.774,80	€ -	€ -	€ -	€ 24.693,70	€ 74.081,10	€ 49.387,40	€ 246.937,00
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 173.147,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 101.690,00	€ -	€ 274.837,00
Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC..)	inps - home care premium	€ -	€ -	€ -	€ 70.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 70.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	violenza di genere L.R. 6/2014	€ 36.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 36.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	Giovani generazioni L.R. 14/2008	€ 18.633,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 18.633,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Fondazione Emiliano Romagnola vittime di violenza	€ 31.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 31.000,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Programma Vita Indipendente 2017	€ -	€ 40.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 40.000,00
Unione di comuni (specificare)		€ 4.350.376,00	€ 1.677.406,78	€ 5.000,00	€ 1.419.989,39	€ 331.676,30	€ 533.520,87	€ 758.734,76	€ 9.076.704,10
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 281.058,00	€ -	€ 281.058,00
FRNA		€ -	€ 1.989.346,30	€ -	€ 4.413.499,42	€ -	€ -	€ -	€ 6.402.845,72
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 57.019,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 57.019,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	Programma Vita Indipendente 2018	€ -	€ 17.063,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17.063,00
Altri fondi europei	FSE - conciliazione	€ 97.706,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 97.706,00
FNNA		€ -	€ 205.208,00	€ -	€ 239.208,00	€ -	€ -	€ -	€ 444.416,00
Quota Fondo povertà nazionale	fondo povertà	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 193.375,87	€ -	€ 193.375,87
Quota povertà regionale LR24/16	fondo povertà	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 74.796,97	€ -	€ 74.796,97
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		€ 5.015.325,91	€ 4.145.685,69	€ 122.261,06	€ 8.698.177,89	€ 356.370,00	€ 1.473.037,03	€ 1.084.865,63	€ 20.895.723,21
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		€ 5.015.325,91	€ 4.145.685,69	€ 122.261,06	€ 8.698.177,89	€ 356.370,00	€ 1.473.037,03	€ 1.084.865,63	€ 20.895.723,21

1. Quadro socio-demografico

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 Castelnuovo Monti, ed 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
Totale	420.431	434.650	462.858	501.529	534.014	533.392	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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 anni che 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 vecchiaia¹ di conseguenza è passato da 153,1 nel 1991 a 159,2 nel 2001 e 142,0 nel 2016. Il tasso di natalità² 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		Castelnovo 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
Totale	63,038	100.0	227,132	100.0	71,895	100.0	56,313	100.0	81,756	100.0	33,258	100.0	533,392	100.0

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. Castelnovo Monti è il distretto con meno giovani e con la maggior frequenza di anziani.

Il fenomeno migratorio – Popolazione residente straniera

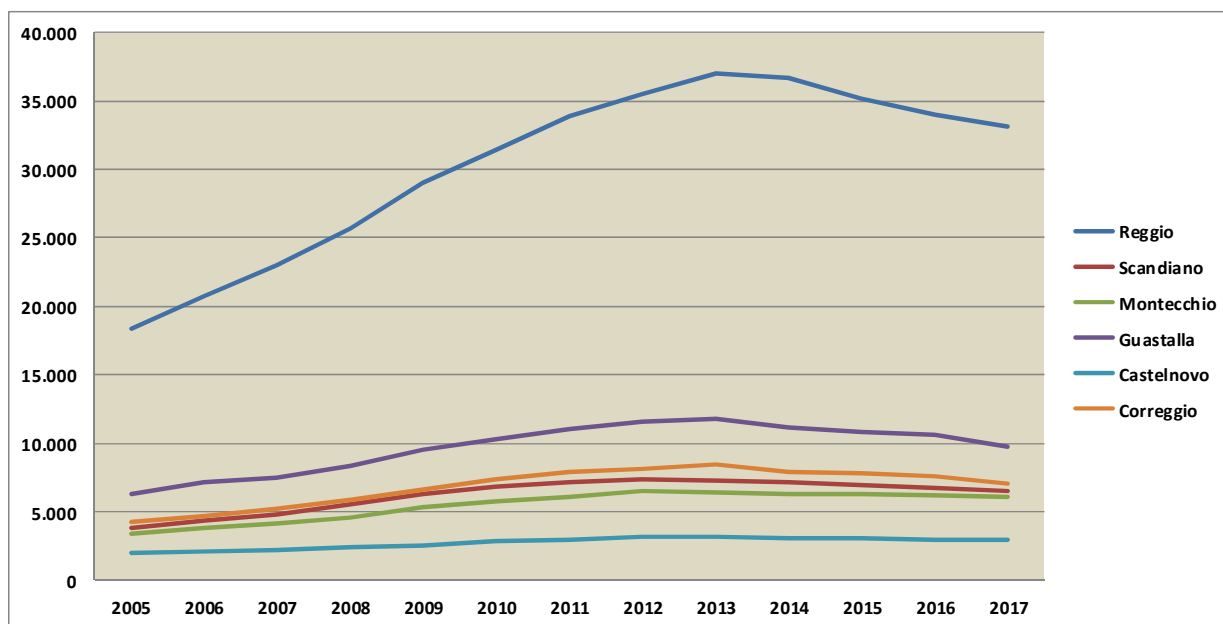
Il numero di cittadini stranieri iscritti alle Anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 (7,8%) a 65.450 nel 2017 (12,3%).

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

Tranne Castelnovo 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.

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

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



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

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 cinesea 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
Totale	22.814	100,0	19.990	100,0	30.380	100,0	29.049	100,0	36.550	100,0	37.572	100,0	31.176	100,0	34.274	100,0

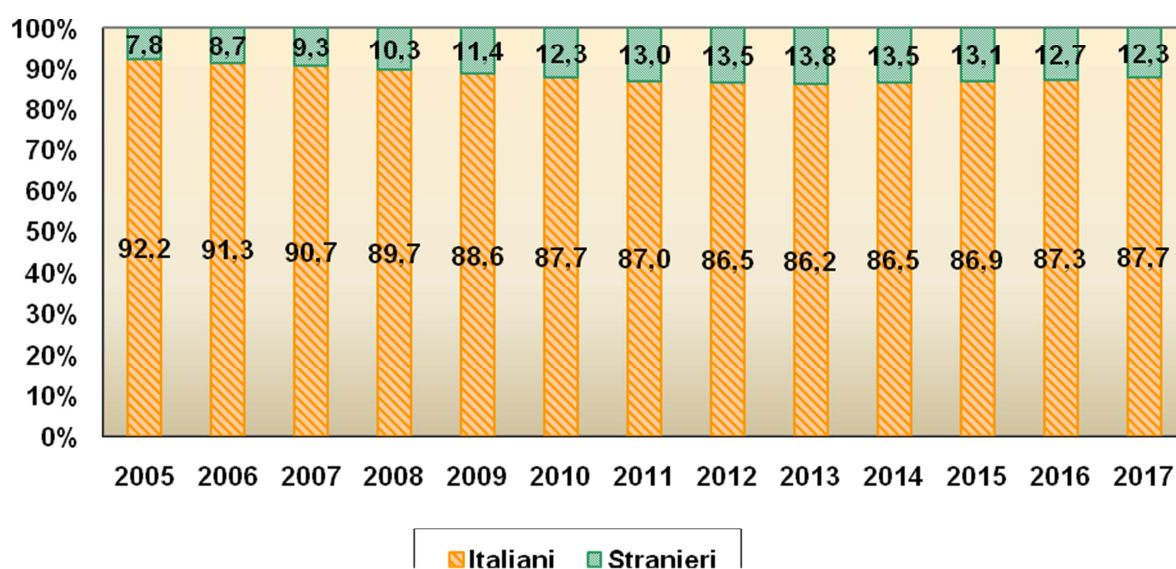
Tab. 3: numero di residenti di origine straniera per genere, classi di età e distretto sanitario in provincia di Reggio Emilia.

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.

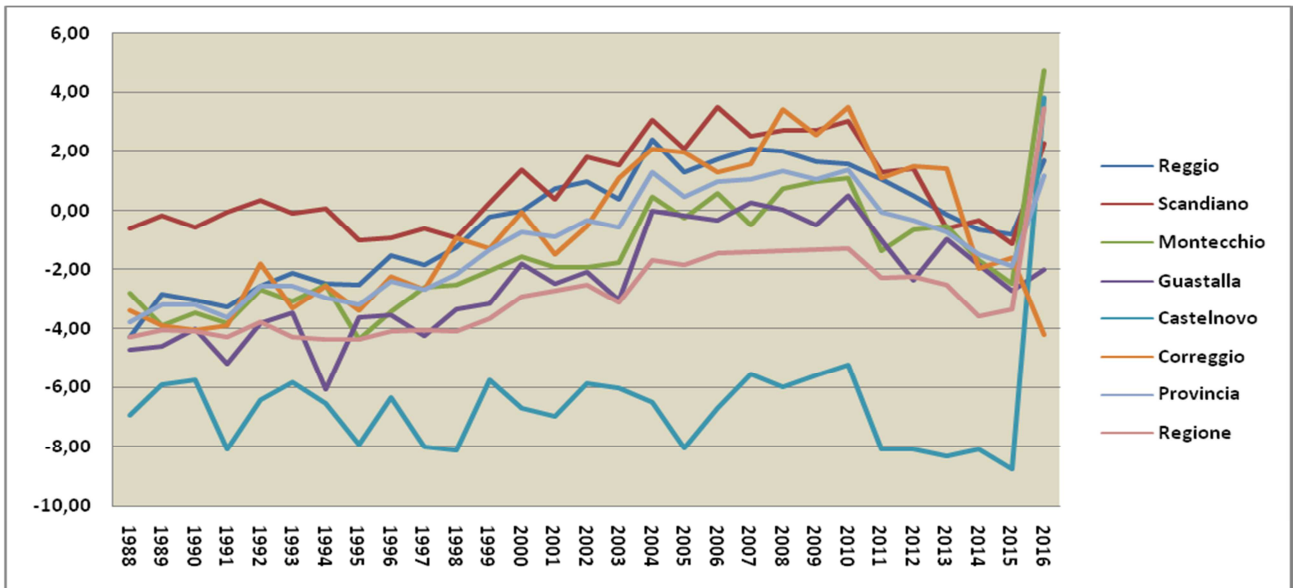
Dinamica naturale della popolazione

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

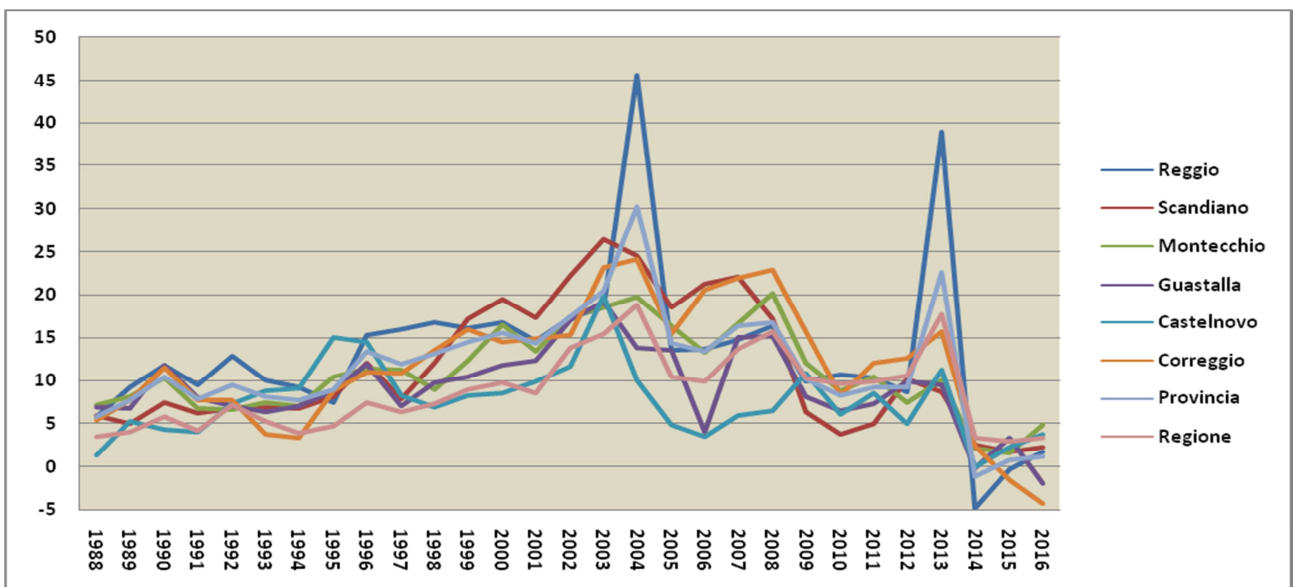
Il **tasso risulta** costantemente negativo a Castelnovo Monti, in provincia e in regione; positivo in pochi anni a Guastalla, Correggio e Montecchio. A Reggio Emilia e Scandiano, distretti più "giovani", è positivo dal 1990/2000 per poi decrescere successivamente.



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

Tasso di crescita migratoria

Il tasso di crescita migratorio 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.

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.

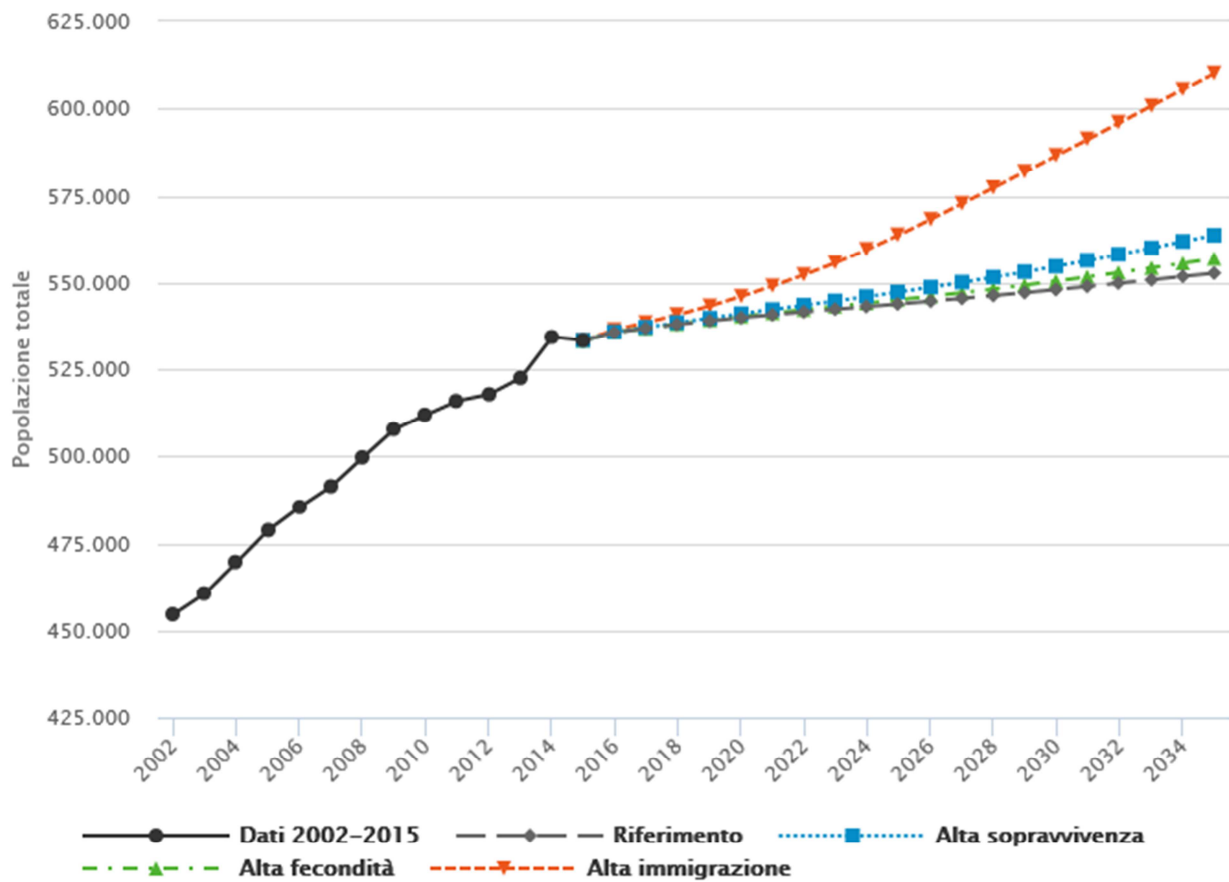
I parametri utilizzati per costruire lo scenario di riferimento sono la mortalità per sesso ed età, stimata tramite la speranza di vita alla nascita, il tasso di fecondità totale, che esprime il numero medio di figli per donna in età feconda (convenzionalmente identificata con la fascia di età 15 - 49 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 |



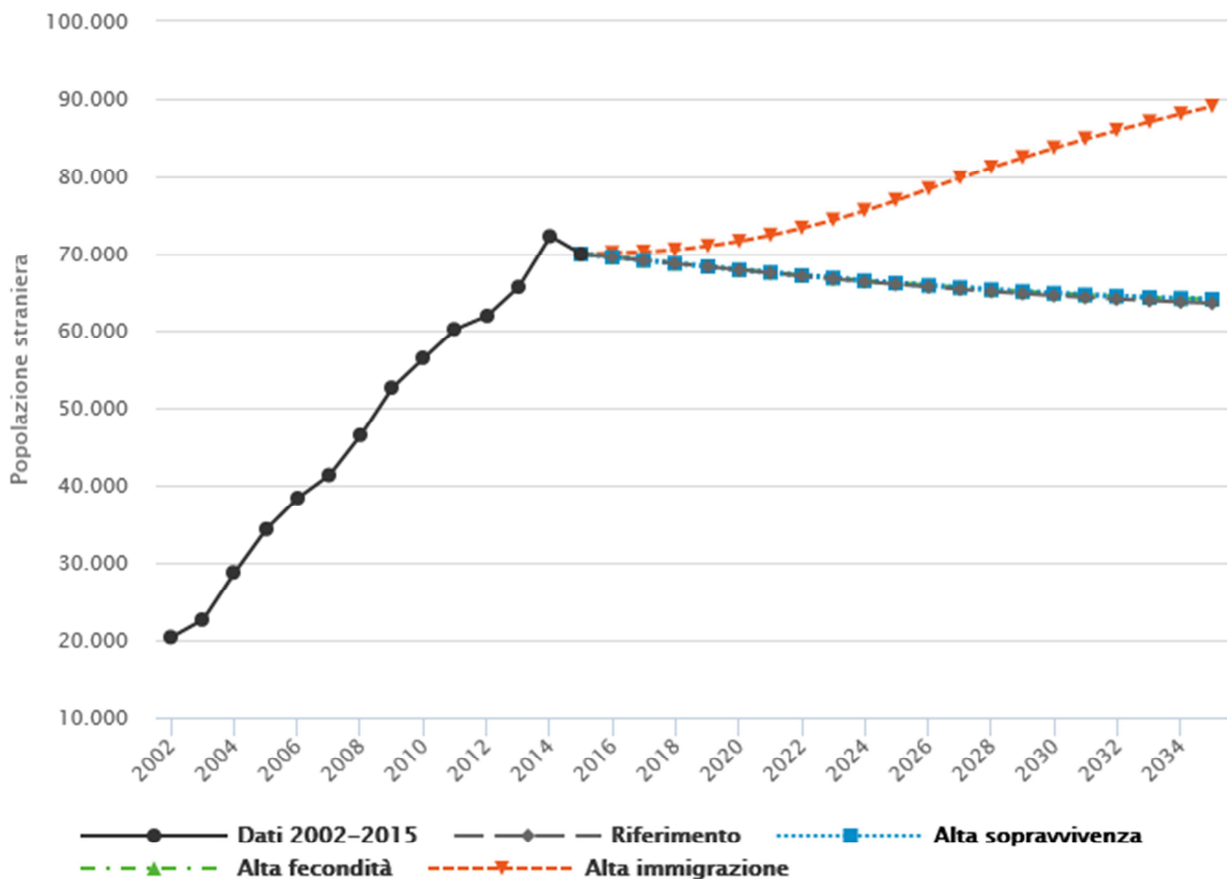
Graf. 6: proiezione della popolazione residente dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

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



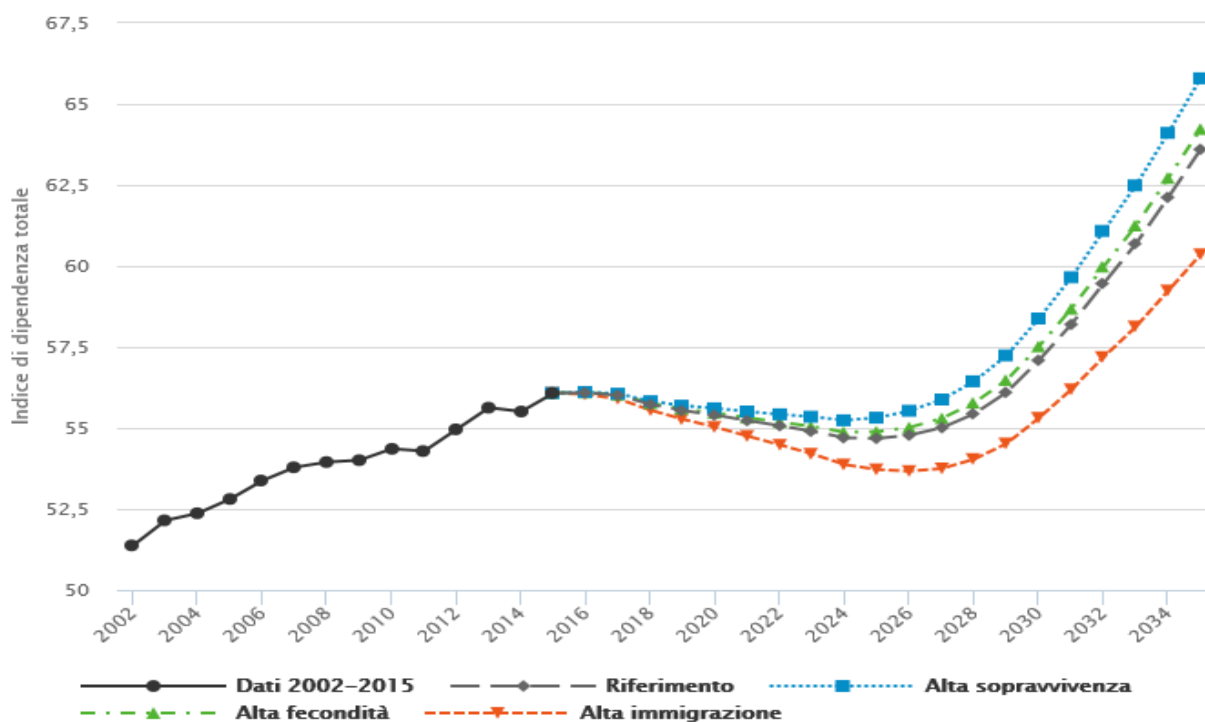
Graf. 7: proiezione della popolazione residente straniera dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

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



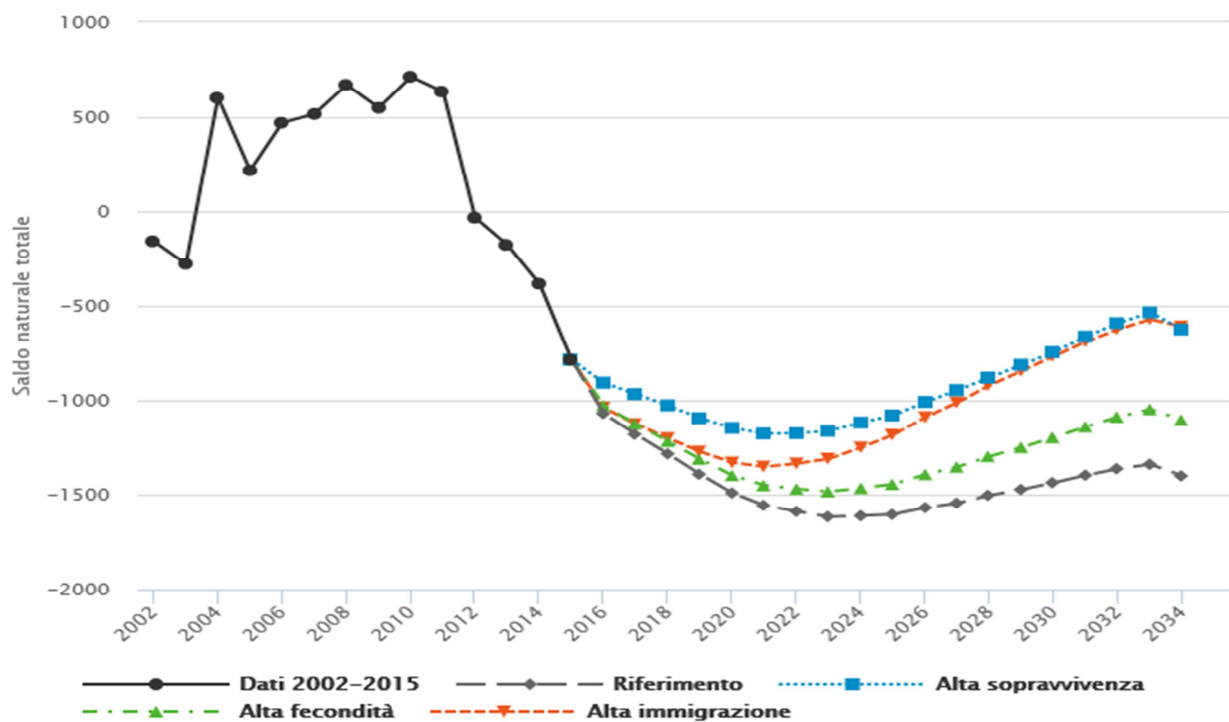
Graf. 8: proiezione dell'indice di dipendenza totale dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

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



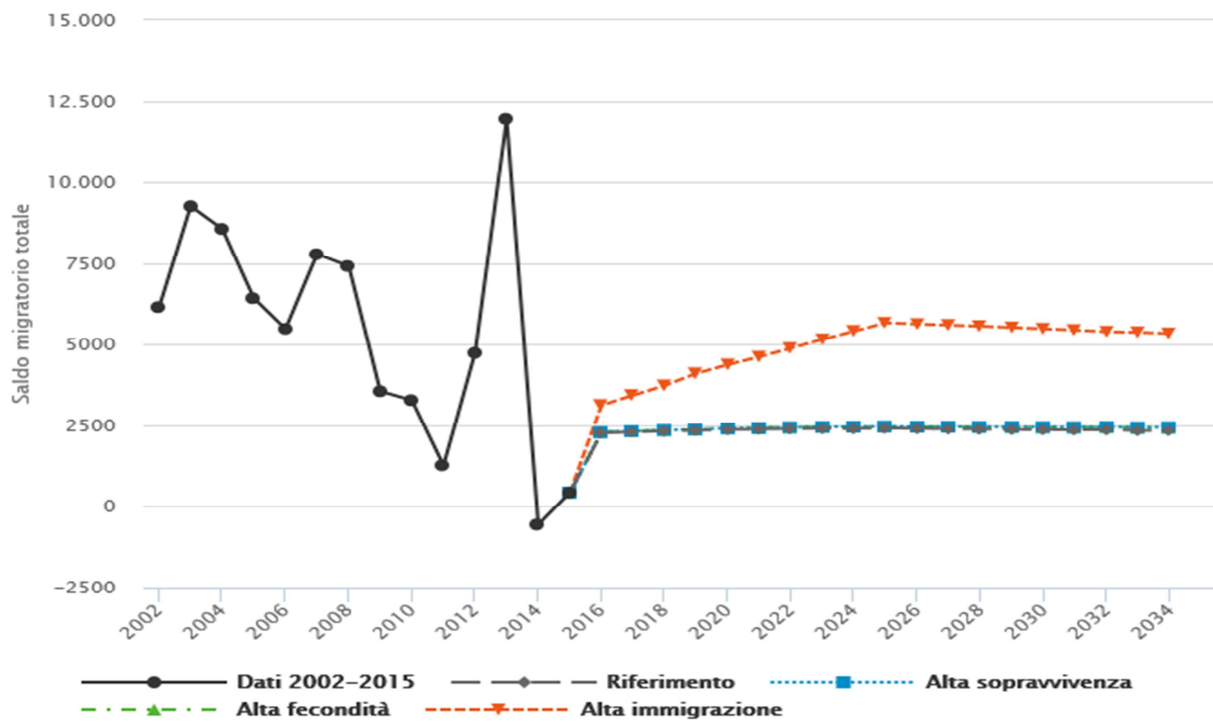
Graf. 9: proiezione del saldo naturale totale dal 2015 al 2035 in provincia di Reggio Emilia.

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.

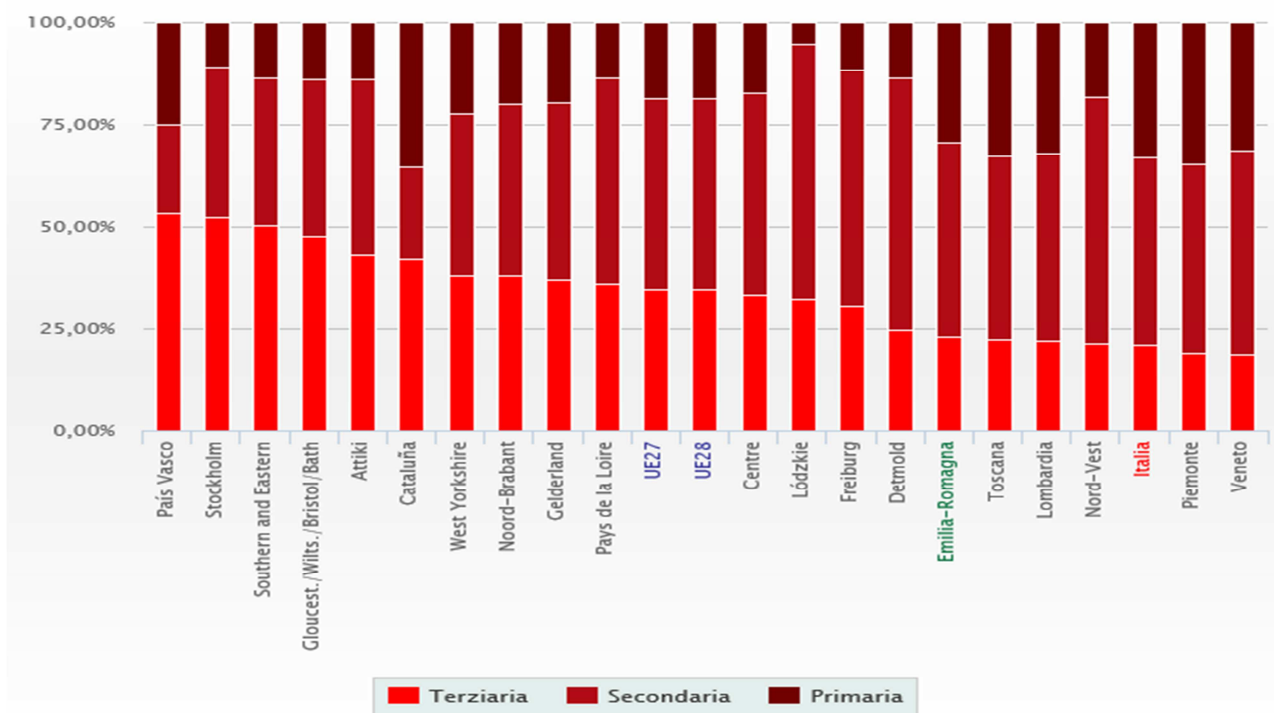
2. Quadro socio-economico

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

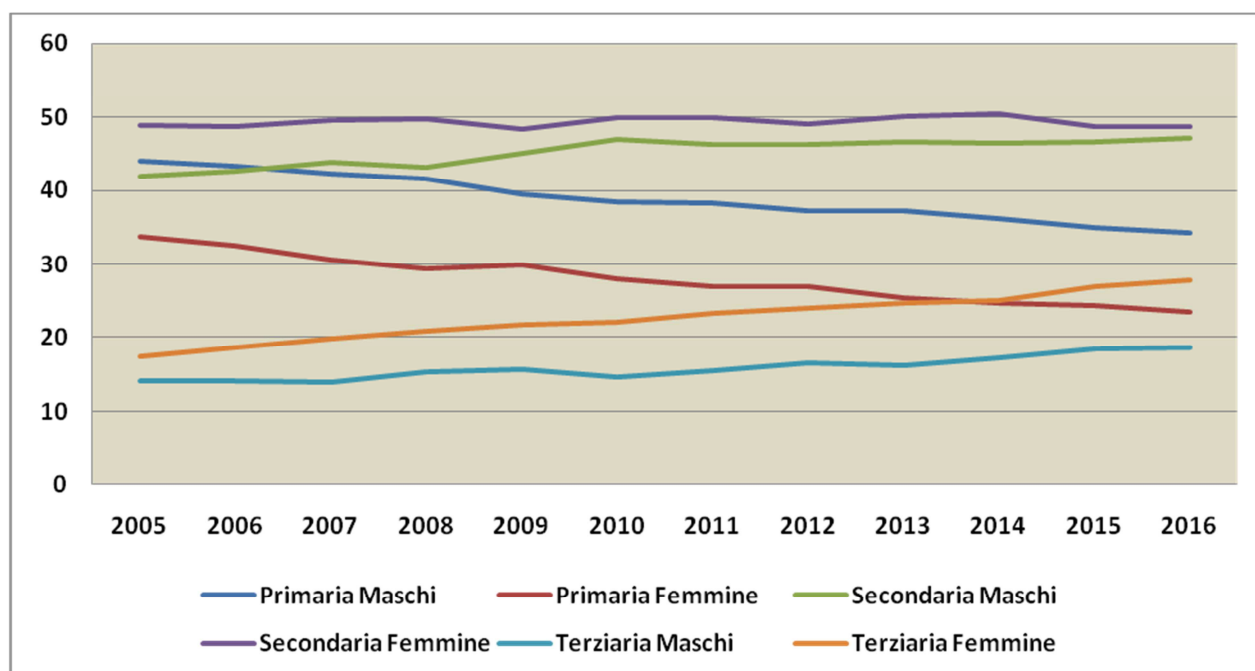
La quota di popolazione adulta con un dato livello di istruzione si ottiene rapportando la popolazione di 25–64 anni che ha conseguito quel livello di istruzione al totale della popolazione della medesima età.

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 m² 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

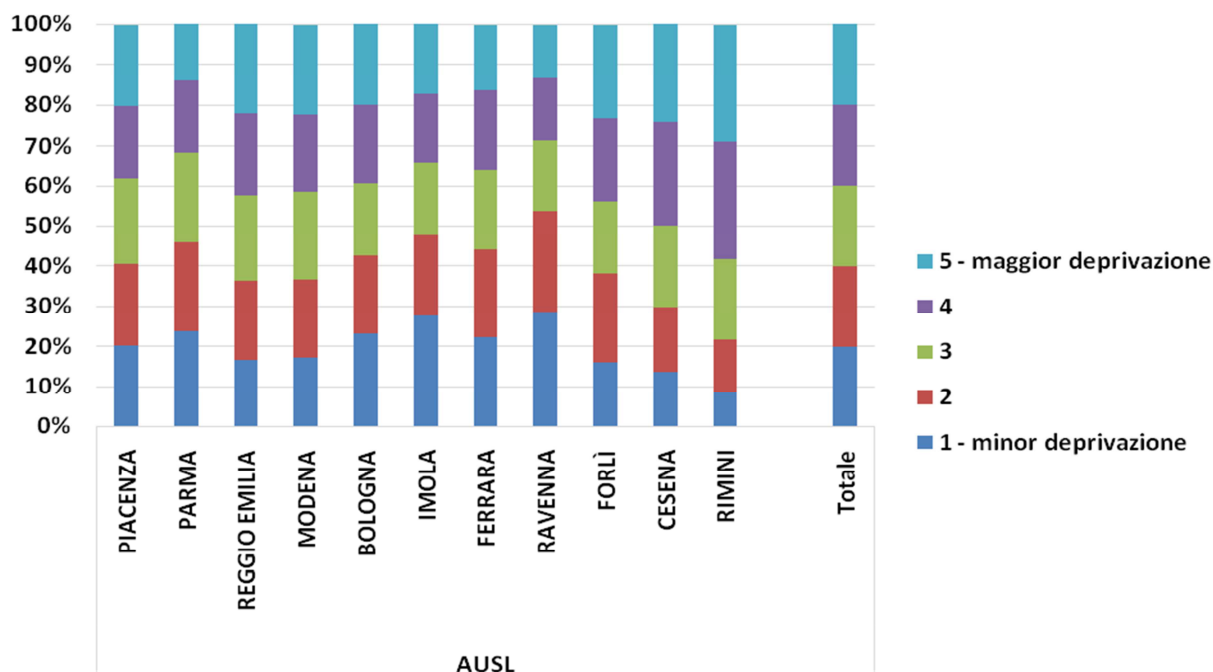
Gli indicatori, prima di essere sommati, vengono ridotti in punteggi Z (differenze dalle medie e rapporto con la deviazione standard).

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
10	GUASTALLA	32,1%	7,2%	2,14	17,3%	9,6%	71.111
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
10	GUASTALLA	21,0%	23,3%	17,8%	19,2%	18,7%	100,0%	71.111
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.

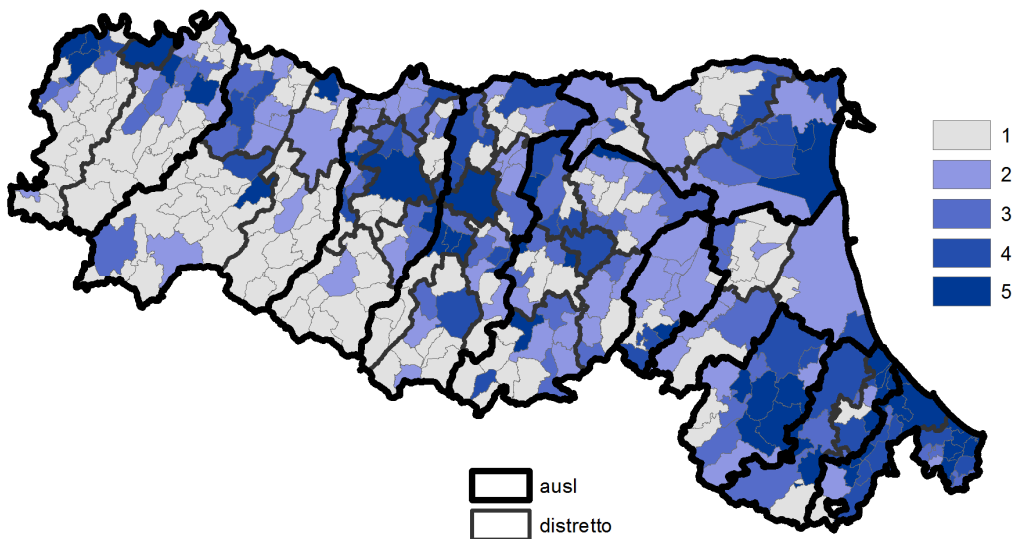


Fig. 1: indice di deprivazione per comune e confini provinciali e distrettuali nel 2011.

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.

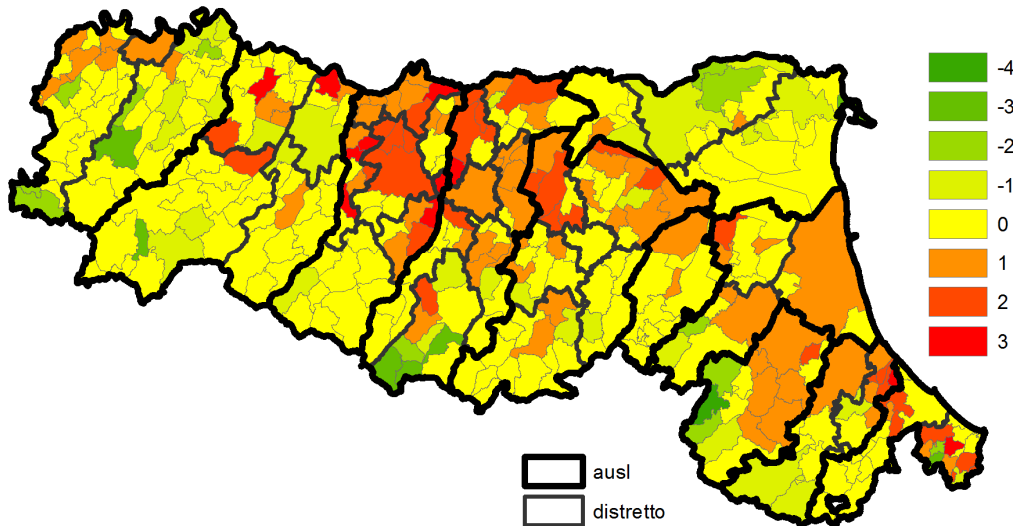


Fig. 2: variazione dell'indice di deprivazione per comune e confini provinciali e distrettuali tra il censimento 2001 e quello 2011.

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.

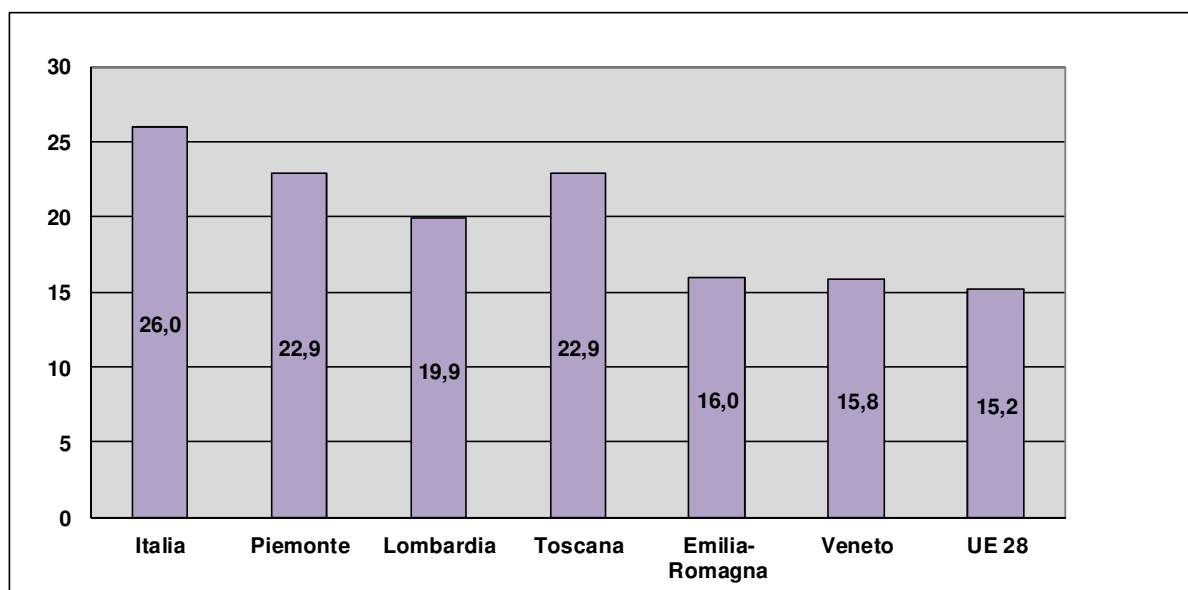
Anche prendendo in considerazione due diverse classi di età i risultati sono simili.

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.

Anno	n.
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.

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
Totale	36.382	100,0	42.495	100,0	78.877	100,0

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	0		1		2		3 +		Totale	
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
Cesena	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
Scandiano	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.

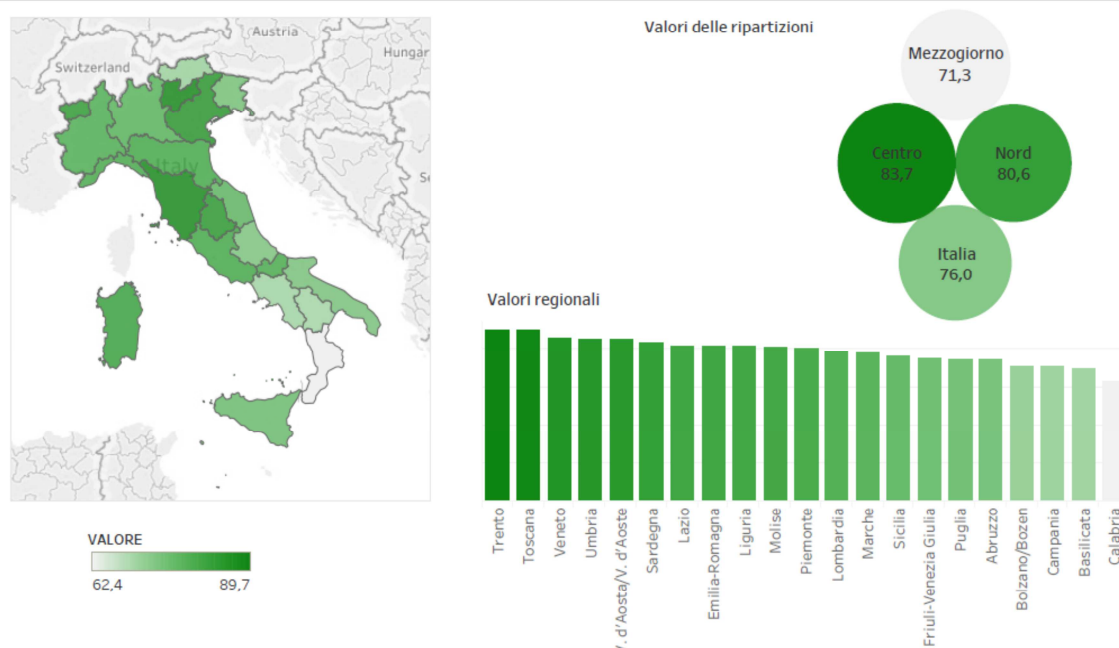
		n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	n.	% riga	% colonna
	Componenti stranieri	0		1		2		3		4+		Totale		
Montecchio Emilia	Nessuno straniero	17.329	74,7	3.232	13,9	2.239	9,7	351	1,5	48	0,2	23.199	100,0	88,9
	Alcuni stranieri	377	35,9	286	27,2	253	24,1	103	9,8	32	3,0	1.051	100,0	4,0
	Tutti stranieri	1.219	65,5	282	15,2	260	14,0	73	3,9	26	1,4	1.860	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	36,3	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
Guastalla	Nessuno straniero	18.923	77,0	3.134	12,8	2.175	8,8	305	1,2	43	0,2	24.580	100,0	86,1
	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
Correggio	Nessuno straniero	14.569	74,3	2.641	13,5	1.990	10,2	329	1,7	76	0,4	19.605	100,0	86,9
	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
Scandiano	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	3.665	10,9	654	1,9	99	0,3	33.595	100,0	100,0
Castelnovo Monti	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
Provincia	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	86,1
	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
Regione	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
Reggio Emilia	534.53	10,891.17	20.38	9,982.14	18.67
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 2015.³

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.

³ Popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT.

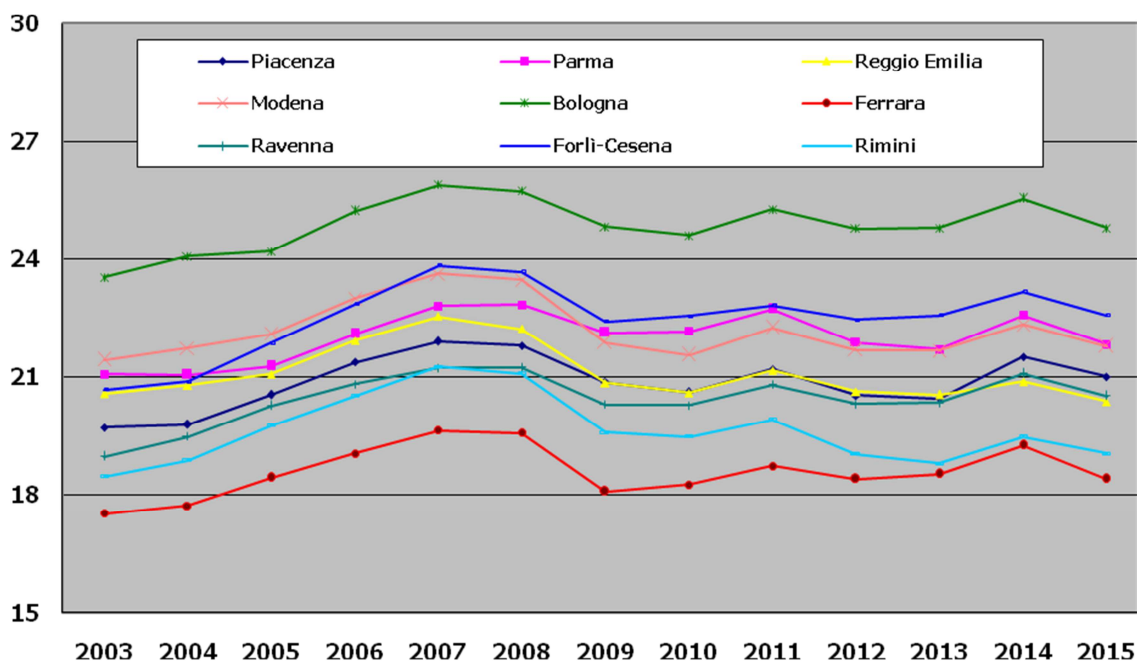
Reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro.
Spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro.

	2011		2012		2013		2014		2015	
Province	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
Reggio Emilia	11.225	21,5	10.961	20,8	11.013	20,7	11.195	20,9	10.891	20,4
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 2011-2015.⁴

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.



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
Reggio Emilia	9,835	18.8	9,831	18.7	9,751	18.4	9,820	18.3	9,982	18.7
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
Forlì-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, oltreché sulla buona qualità dei servizi, dalla scuola alla sanità.

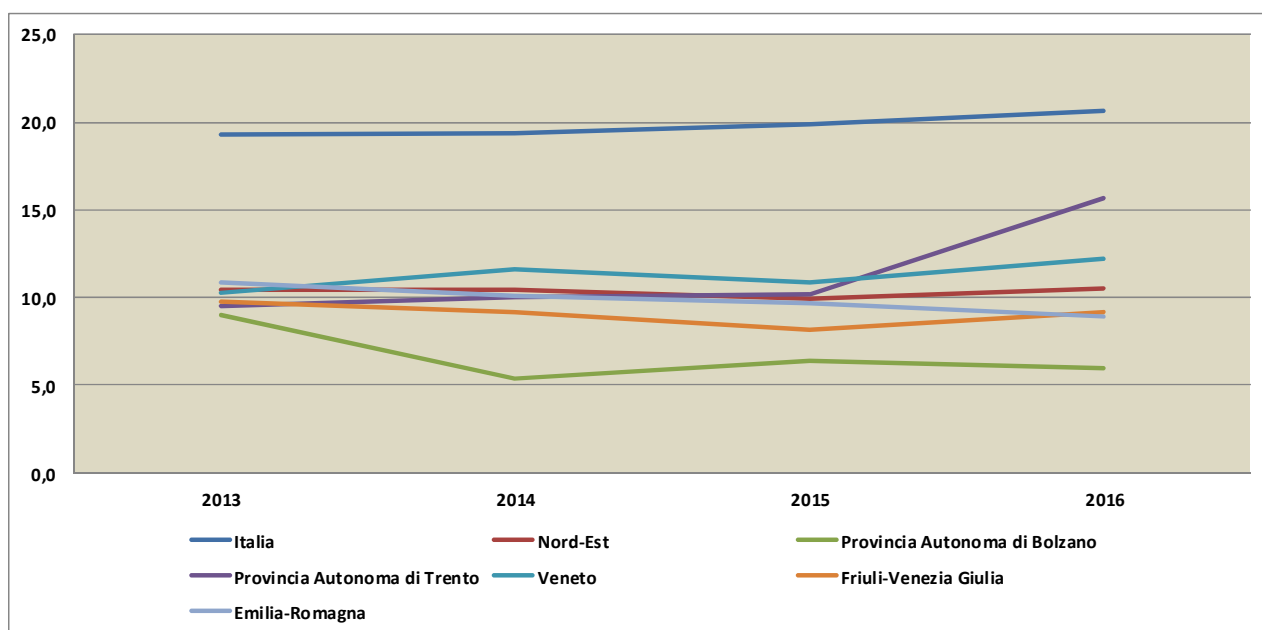
b. Povertà relativa

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.

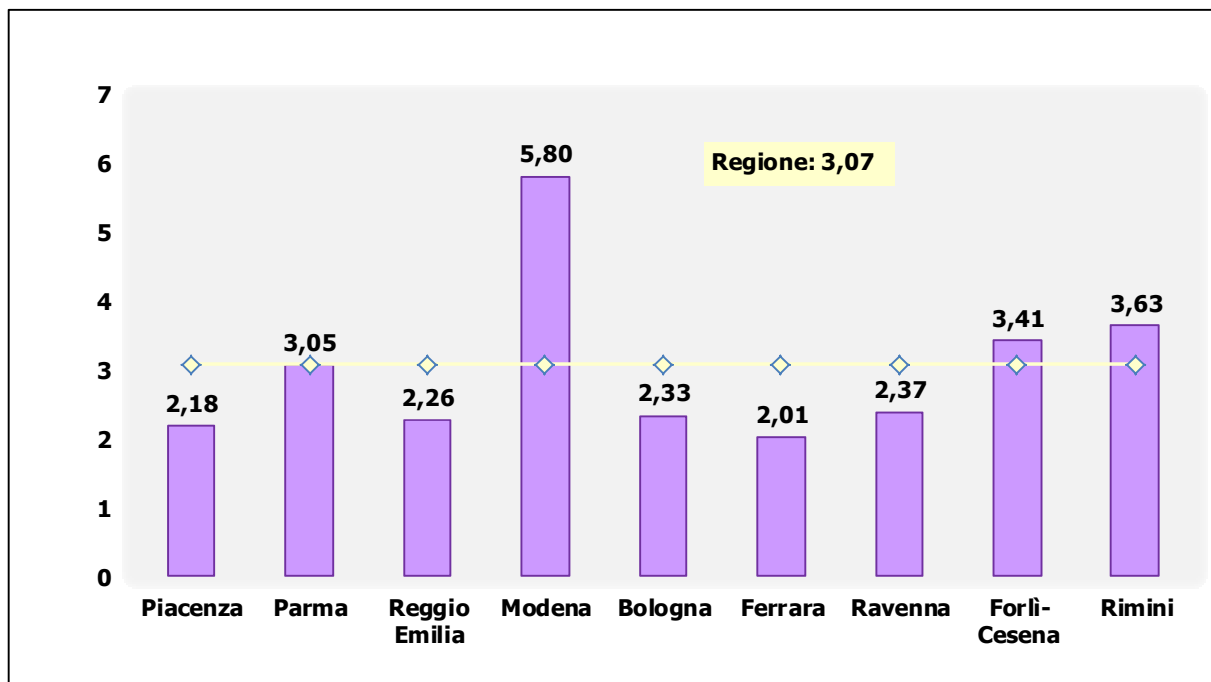
a. Sfratti

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.

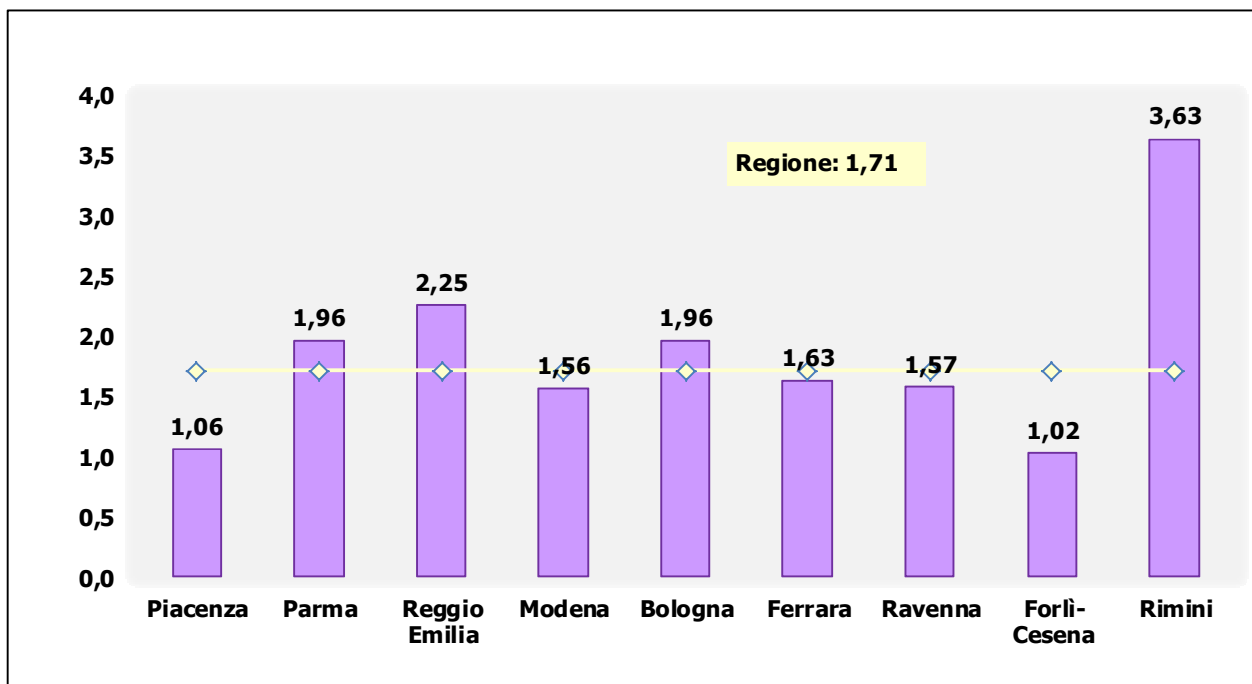
Reggio ha uno dei tassi più bassi di provvedimenti emessi per 1.000 famiglie della regione nel 2016.



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

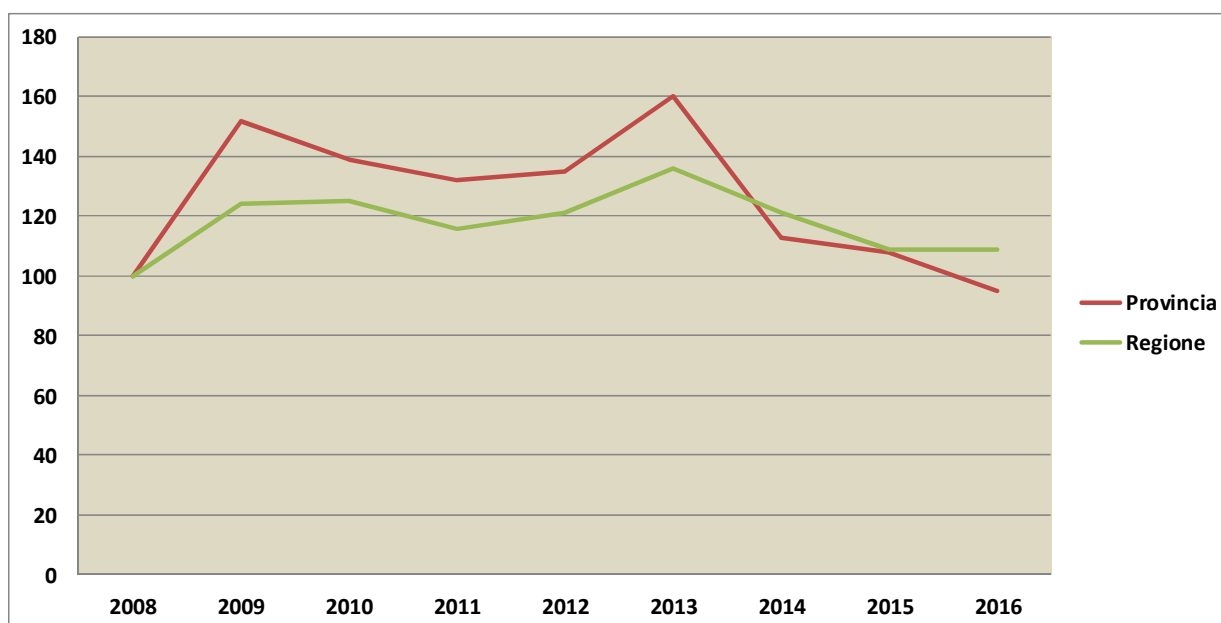
Fonte: Ervet su dati del Ministero dell'Interno (famiglie: Istat al 31/12/2015).

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: Ervet 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: Ervet 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.

3. 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	77,4	78,1	78,1	75,9	78,0	77,9	78,8
2003	77,2	77,8	76,5	77,1	77,3	78,5	78,1	76,3	78,4	78,1	78,5
2004	77,9	78,5	77,4	77,8	78,9	78,5	78,9	76,8	79,2	79,3	79,0
2005	78,1	78,8	77,4	77,9	78,2	79,2	79,2	77,9	79,6	79,5	79,7
2006	78,4	79,1	78,1	78,5	79,1	79,2	79,4	78,1	79,6	79,9	79,9
2007	78,6	79,2	78,3	79,1	78,6	79,7	79,5	78,2	80,1	79,7	80,0
2008	78,7	79,4	78,8	78,9	79,6	79,9	79,7	78,7	79,7	79,9	79,7
2009	78,9	79,7	78,5	79,5	79,4	80,3	80,1	78,6	80,5	79,7	80,0
2010	79,3	79,9	79,3	79,5	79,4	80,4	80,2	78,6	81,0	80,6	80,8
2011	79,5	80,3	79,5	80,2	80,4	80,6	80,5	79,3	80,6	80,7	80,8
2012	79,6	80,2	79,4	80,3	80,0	80,4	80,5	79,3	80,7	80,5	81,0
2013	79,8	80,5	79,7	80,3	80,1	80,5	80,9	79,8	81,2	81,0	81,0
2014	80,3	81,0	80,2	80,6	81,1	81,2	81,3	80,2	81,5	81,2	81,6
2015	80,1	80,9	79,7	80,9	80,8	81,3	81,1	79,5	81,4	81,5	81,8
2016	80,6	81,2	80,7	80,9	80,8	81,5	81,5	80,3	81,5	81,4	82,0

Tab. 20: 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.

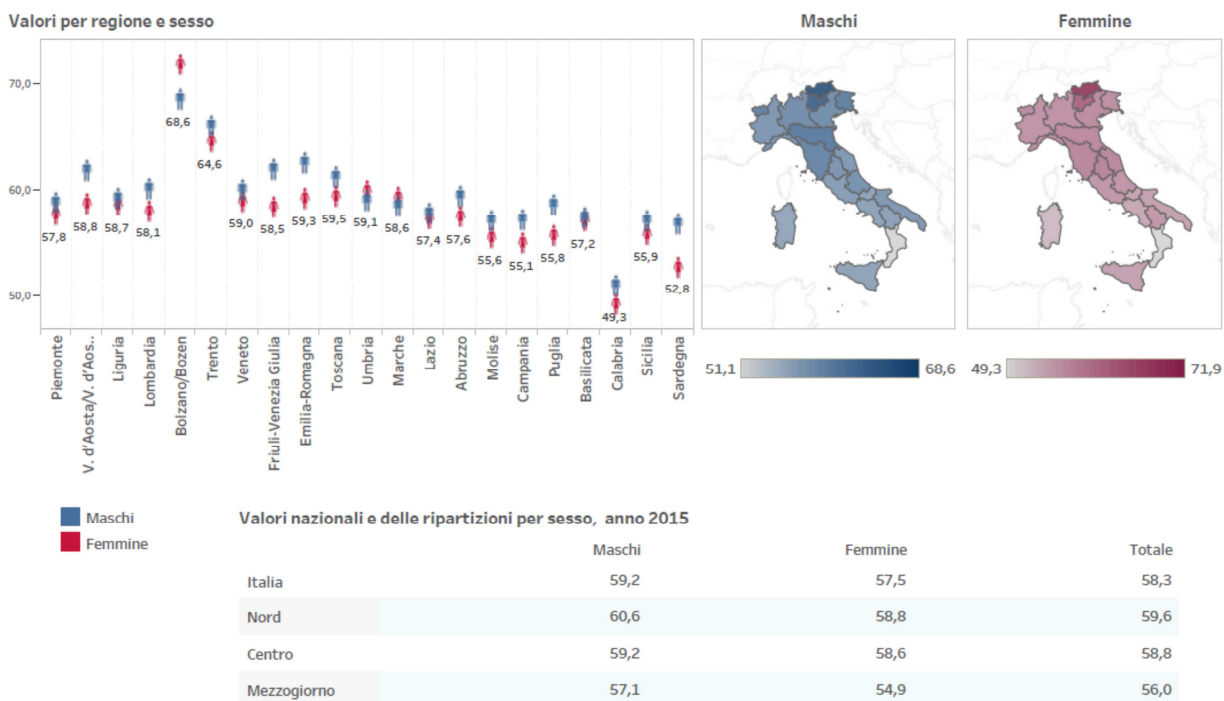
Reggio Emilia si colloca in una posizione intermedia tra Italia ed Emilia-Romagna.

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	83,8	84,1	83,9	83,1	84,1	84,2	84,3
2003	82,8	83,3	82,6	83,0	83,6	83,6	83,2	83,0	83,6	83,9	83,9
2004	83,6	84,0	83,4	83,5	84,4	84,2	84,1	82,9	84,2	85,0	84,4
2005	83,5	84,0	83,6	83,9	84,0	84,4	83,9	83,3	84,4	84,4	84,6
2006	83,9	84,3	84,1	84,2	84,3	85,0	84,3	83,3	84,9	84,8	85,0
2007	83,9	84,4	83,9	84,2	84,2	84,6	84,6	83,9	84,7	85,3	84,8
2008	83,9	84,4	83,8	84,0	84,2	85,0	84,5	83,5	85,0	84,8	84,5
2009	84,0	84,5	84,3	84,1	84,1	85,2	84,6	83,8	84,6	85,0	85,1
2010	84,3	84,8	84,0	84,3	85,3	85,1	85,1	83,8	85,6	85,0	85,2
2011	84,4	84,9	85,0	84,7	85,7	85,1	84,8	84,2	84,9	85,4	85,3
2012	84,4	84,9	84,5	84,8	84,7	85,1	85,1	83,8	85,5	85,1	85,2
2013	84,6	85,1	84,4	85,3	85,0	85,0	85,2	84,6	85,2	85,1	85,6
2014	85,0	85,4	85,0	85,3	85,3	85,8	85,5	84,4	85,8	85,6	86,2
2015	84,6	85,0	85,0	85,0	85,0	85,5	85,0	83,5	85,2	84,9	85,4
2016	85,0	85,3	84,9	85,4	85,1	85,3	85,6	84,2	85,6	85,8	86,2

Tab. 21: 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
Totale	2.588	987,9	2.942	1.081,1	5.530	1.035,4	2.585	986,8	2.908	1.069,6	5.493	1.029,0

Tab. 22: 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.

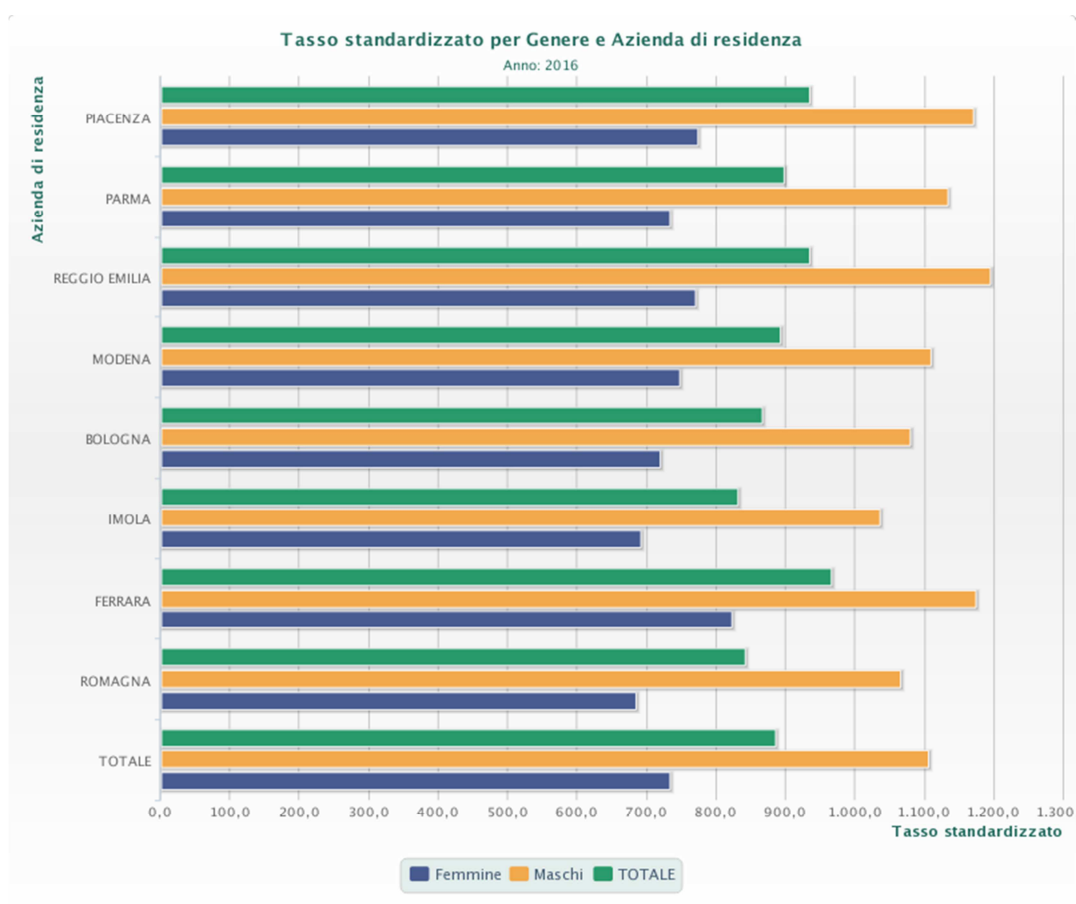
I tassi di mortalità per tutte le cause sono, in entrambi i sessi, sostanzialmente sovrapponibili rispetto alla regione, malgrado alcune variazioni annuali.

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 accidenti 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.

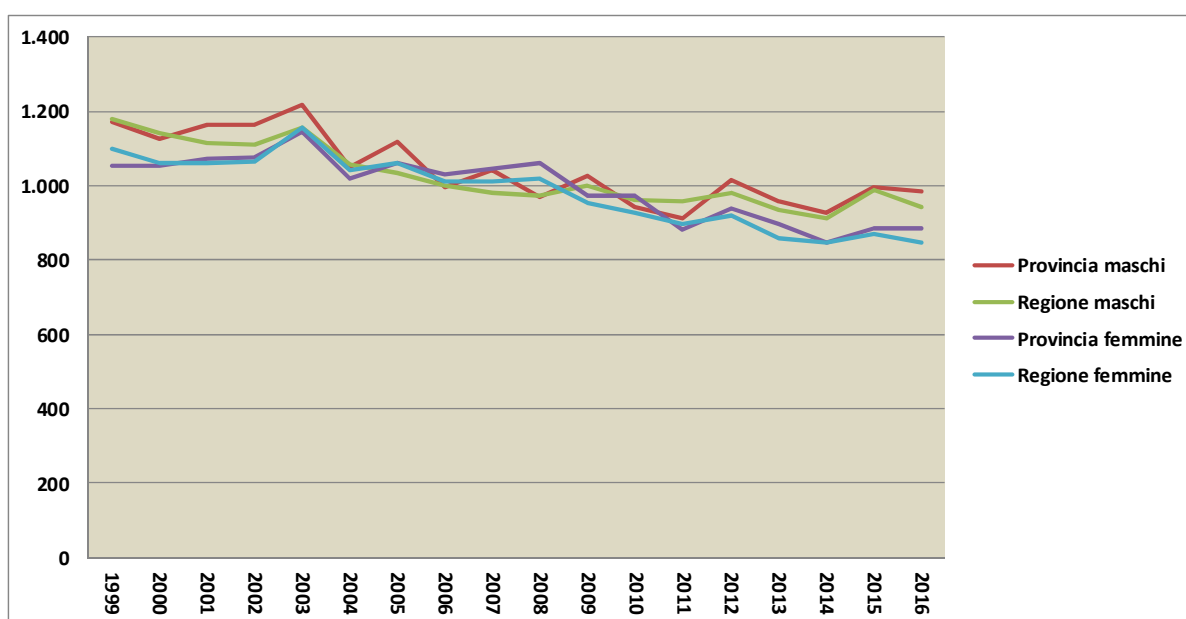
Nell'ultimo anno disponibile il tasso standardizzato nei maschi è il più elevato in regione, mentre nelle femmine è uno dei più bassi.

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 ($> 1,1$).

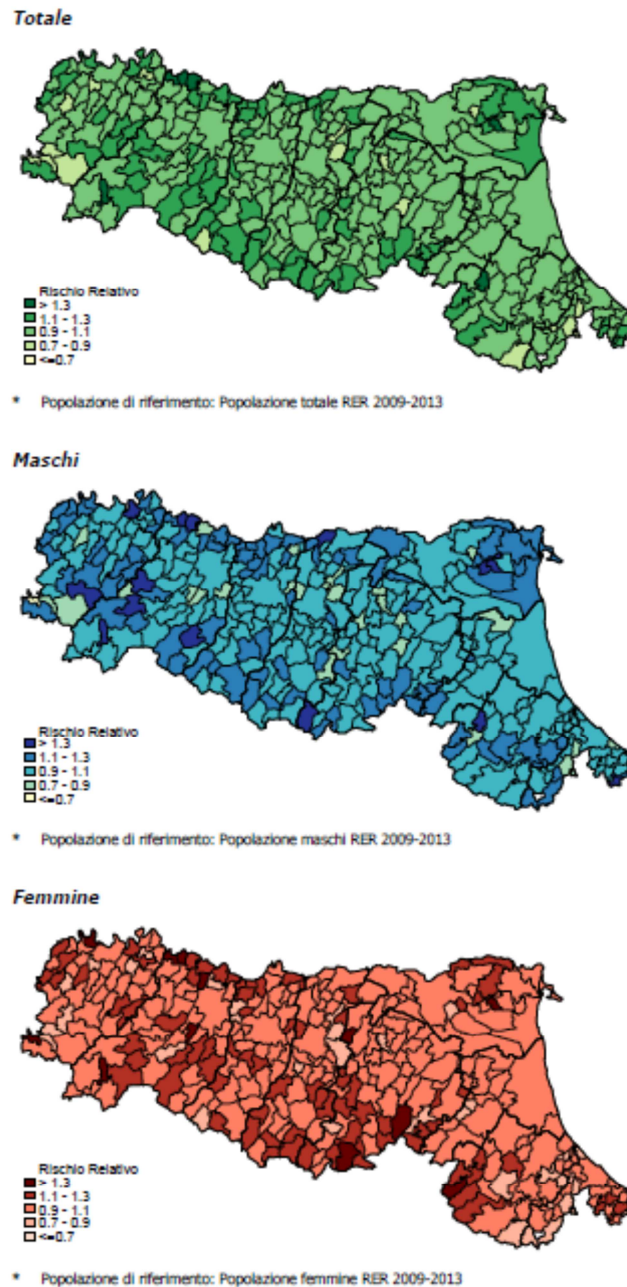


Fig. 3: mappa dei rischi di mortalità. Stima degli SMR (BMR) per comune di residenza. Periodo 2009–2013.

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.

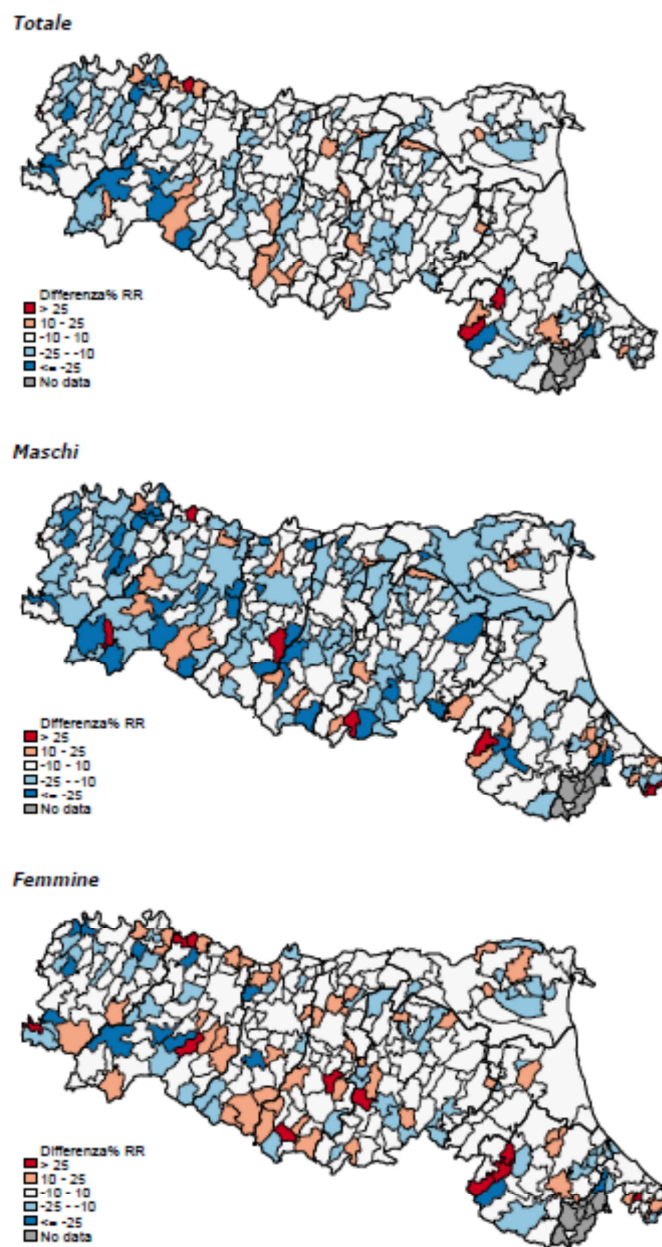


Fig. 4: mappa dei rischi di mortalità. Variazioni percentuali degli SMR (BMR) per comune di residenza- 2004-2008 vs. 2009-2013.

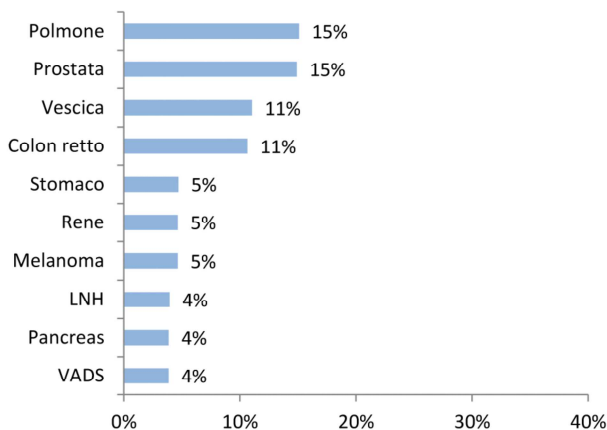
III. Tumori

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.

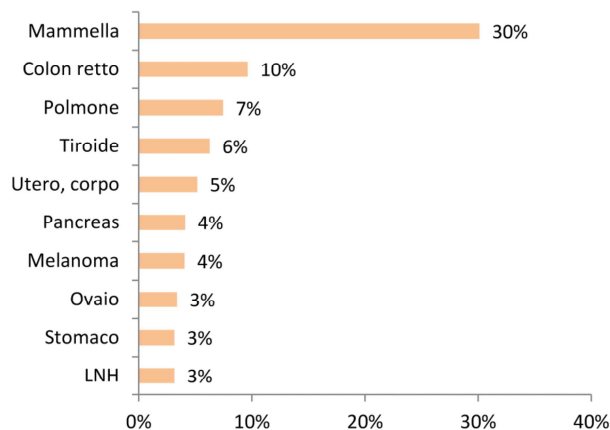
I tumori più frequenti nei maschi sono quelli del polmone e della prostata, seguiti da vescica e colon retto. Nelle femmine è di gran lunga più frequente il tumore della mammella, seguito a distanza di colon retto e polmone.

Incidenza proporzionale

Maschi



Femmine

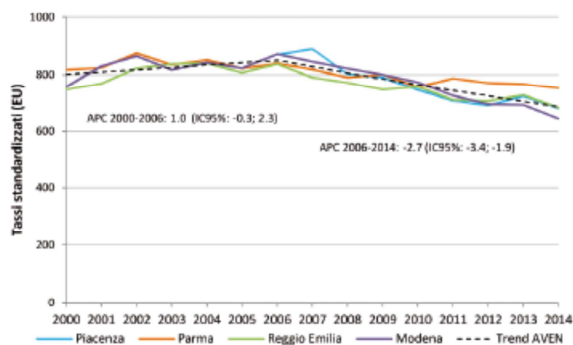


Graf. 24: prime 10 sedi tumorali per genere in provincia di Reggio Emilia nel 2014.

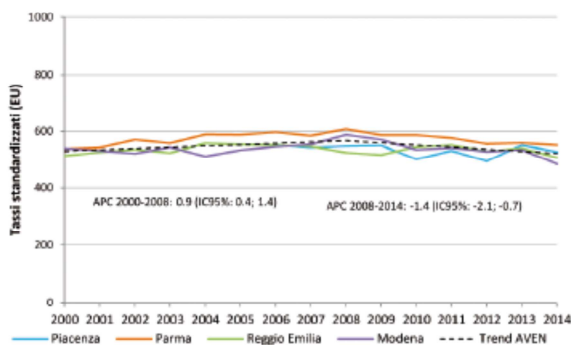
I tassi standardizzati di incidenza a Reggio Emilia sono sovrapponibili a quelli medi dell'AVEN nei maschi e lievemente inferiori nelle femmine. Appaiono in riduzione nei maschi e sostanzialmente stabili nelle femmine.

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.