



UNIONE MONTANA
DEI COMUNI
DELL'APPENNINO REGGIANO
● ● ● ● ● ● ● ●



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



Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018 - 2020

UNIONE DEI COMUNI MONTANI DELL'APPENNINO REGGIANO
Castelnovo ne' Monti, Carpineti, Casina, Toano, Vetto, Villa Minozzo e Ventasso

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI REGGIO EMILIA
Distretto di Castelnovo né Monti

Indice

Premessa	pag.1
CAPITOLO 1: FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO: il contesto socio-demografico	
1.1 Popolazione residente	pag.2
1.2 Invecchiamento della popolazione	pag.6
1.3 Famiglie	pag.10
1.4 Residenti stranieri	pag.13
1.5 Indice di deprivazione	pag.15
CAPITOLO 2: FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO: Le risorse	
2.1 Servizi sociali e socio-sanitari	pag.18
Area famiglia e tutela dei minori	pag.18
Area scolastica e socio-educativa	pag.20
Area adulti	pag.21
Area non autosufficienza	pag.22
2.3 Quadro di sintesi dei servizi sanitari distrettuali	pag.33
2.4 Risorse della comunità	pag.37
2.5 Analisi dei bisogni della popolazione residente	pag.42
CAPITOLO 3: MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE	
3.1 Il processo di riordino territoriale	pag.46
3.2 Il conferimento dei Servizi sociali ed educativi in Unione dei Comuni montani dell'Appennino Reggiano	pag.47
CAPITOLO 4: SCELTE STRATEGICHE, PRIORITA', OBIETTIVI	
4.1 Riferimento ai 3 obiettivi prioritari del PSSR	pag.49
4.2 SNAI – Strategia Nazionale Aree Interne	pag.50
4.3 Obiettivi del Piano di Zona	
Aree di intervento trasversali	pag.53
Aree di intervento specifiche	pag.54
4.4. Schede intervento	pag.57
CAPITOLO 5: LOTTA ALLA POVERTA'	
5.1 Legge Regionale 14/2015	pag.60
5.2 Misure a contrasto della povertà	pag.63
5.3 Assetto organizzativo attuale	pag.64
CAPITOLO 6: REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO DI ZONA	
6.1 Processo di realizzazione del Piano	pag.66
6.2 Valutazione e monitoraggio	pag.69

PREMESSA

La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico: è lo strumento con cui si definiscono priorità e obiettivi, interventi da mettere in campo, risorse a disposizione, processi e procedure di attuazione. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra gli attori pubblici e privati. A questa funzione spetta il compito di intercettare nuove risorse e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, indicare interventi e risposte adeguate. I piani di zona per la salute e il benessere sociale sono uno strumento della programmazione locale ad uso del territorio e hanno durata triennale, così come previsto dall'articolo 29 della legge 2/2003 e successive modifiche. L'arco temporale dell'attuale programmazione è il triennio 2018/2020.

La programmazione territoriale dovrà prioritariamente essere ricondotta ai tre obiettivi generali indicati nella premessa del **Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR)** e tradotta sulla base di questi. I tre principi cardine sono:



- ✓ **la lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà** attraverso gli strumenti previsti dalla legislazione nazionale e regionale;
- ✓ l'orientamento a sostenere **l'ambito distrettuale** quale **nodo strategico dell'integrazione** sociale e sanitaria;
- ✓ l'individuazione di **obiettivi volti a sviluppare strumenti nuovi di prossimità**, l'individuazione di obiettivi specifici di **integrazione sociale e sanitaria** e lo sviluppo delle **Case della Salute** e **dei modelli integrati e multidisciplinari di intervento**.

Questo documento ha l'obiettivo di presentare il contesto in cui si inserisce la programmazione, il patrimonio di servizi del territorio dell'Unione Montana e le azioni strategiche di sviluppo che gli Enti locali e l'Azienda USL hanno intenzione di implementare nel prossimo triennio.

1. FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO: contesto socio-demografico

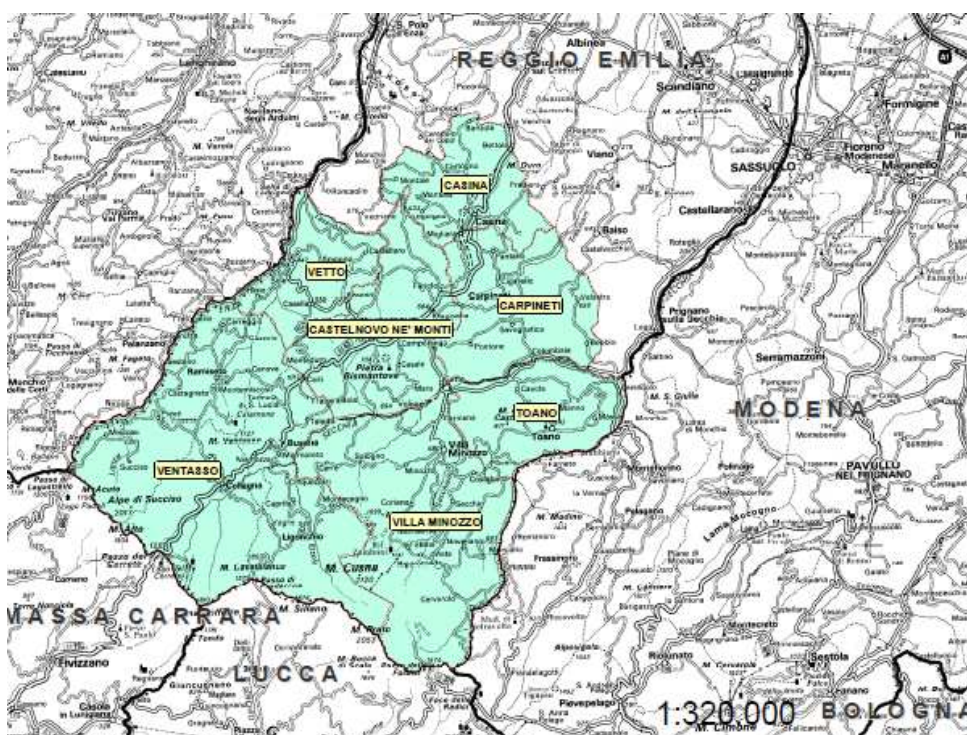
1.1 Popolazione residente

L'area distrettuale di Castelnuovo né Monti presenta una significativa articolazione geografica che, a partire da un nucleo centrale, fortemente integrato e coeso, si estende su un più ampio territorio montano segnato, vista la sua estensione, da differenze geografiche, sociali, economiche e istituzionali rilevanti.

Il distretto comprende i comuni di Castelnuovo ne' Monti, Carpineti, Casina, Toano, Vetto, Villa Minozzo e Ventasso (comune quest'ultimo nato dalla fusione dei Comuni di Busana, Collagna, Ligonchio e Ramiseto), tutti partecipi dell'esperienza associativa dell'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano.

I sette comuni interessano una superficie di 795,6 Km², interamente classificata come montana, e rappresentano un terzo del territorio provinciale.

Importante e doverosa distinzione interna va fatta distinguendo i comuni del crinale appenninico da quelli della media montagna: I primi (Ventasso e Villa Minozzo) segnati in modo particolarmente accentuato dai processi di rarefazione insediativa e di declino demografico e fortemente caratterizzati dalla presenza del Parco Nazionale dell'Appennino Tosco Emiliano (Riserva MaB Unesco); i secondi (Castelnuovo ne' Monti, Carpineti, Casina, Toano, Vetto) che si estendono nell'area della pedecollina.



La popolazione residente al 31.12.2016 è di 33.236 abitanti, di cui 16.803 femmine e 14.433 maschi. Analizzando la serie storica degli ultimi 20 anni (1996 – 2016) si evince che, escluso per i comuni di Castelnovo né Monti e Toano (in cui la popolazione rimane abbastanza costante negli anni) e il Comune di Ventasso (formato dall'unione dei Comuni di Busana, Collagna, Ligonchio, Ramiseto nel Luglio del 2015), soprattutto nell'ultimo decennio sia in atto un significativo processo di declino demografico, soprattutto nelle terre alte del crinale appenninico.

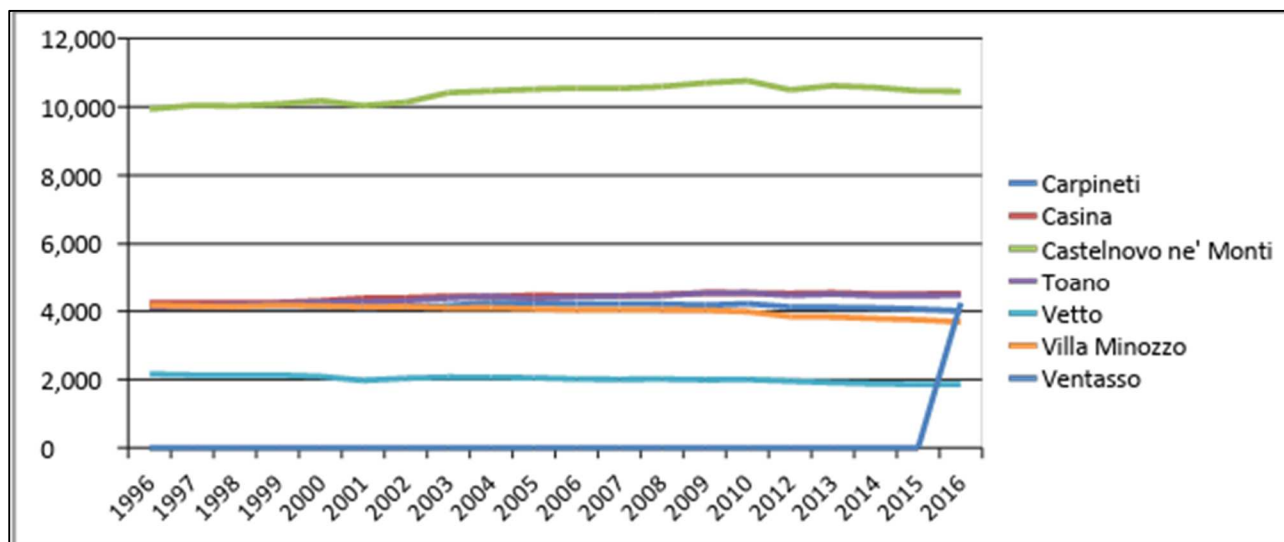


Grafico 1: Popolazione residente serie storica dal 1996 al 2016 per i Comuni di Casina, Castelnovo né Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Tale declino è imputabile ad un saldo naturale della popolazione negativo molto deciso: negli ultimi 20 anni presi in considerazione (1996 – 2016) i deceduti (Grafico 3) superano i nati vivi (Grafico 2) in tutti i Comuni dell'Unione, fatta eccezione (nel 2003 e nel 2007) per il Comune di Toano, che registra un saldo naturale leggermente positivo (Grafico 4).

Se prendiamo in considerazione l'anno 2016 notiamo come il tasso grezzo di natalità (rapporto tra nati vivi e intera popolazione) è pari al 6,9 nell'area dell'Unione (ma con comuni che si aggirano intorno al 5: Casina, Carpineti e Ventasso) mentre il tasso grezzo di mortalità (rapporto tra deceduti e intera popolazione) è di 15,7 nella medesima area (ma con la presenza di Comuni che superano il 20: Villa Minozzo 23,7 e Ventasso 21,7). Nell'anno preso in considerazione, quindi, la variazione percentuale della popolazione risulta negativa in 5 dei 7 comuni, con una media del -0,49% nell'intera area.

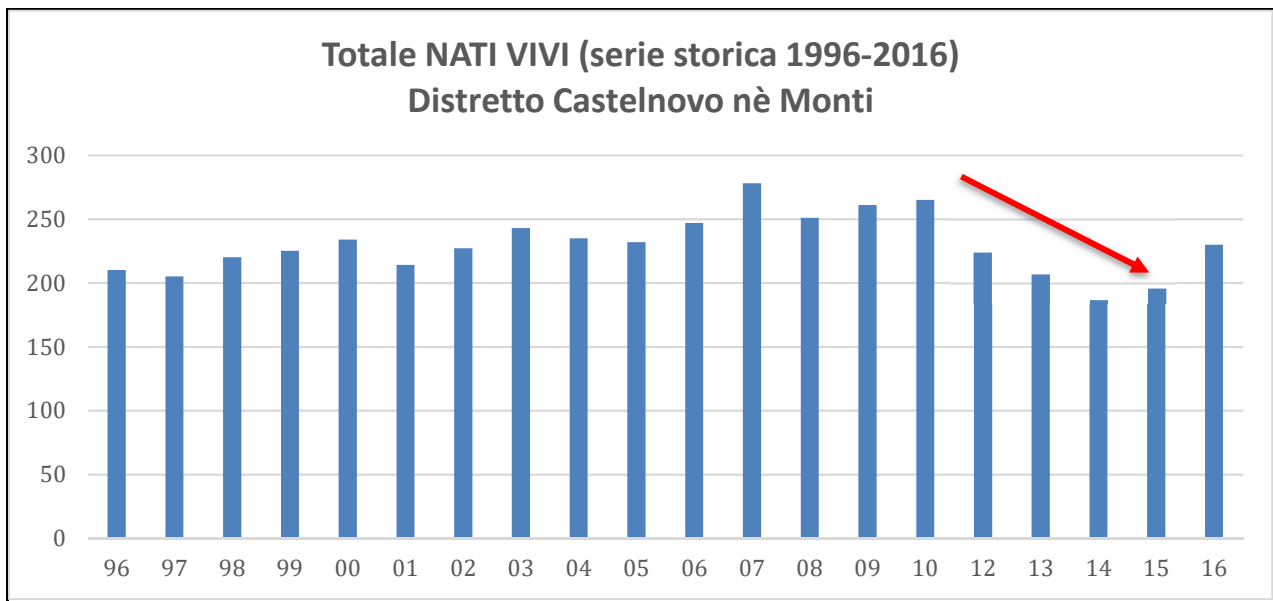


Grafico 2: Nati vivi serie storica dal 1996 al 2016 per i Comuni di Casina, Castelnovo nè Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

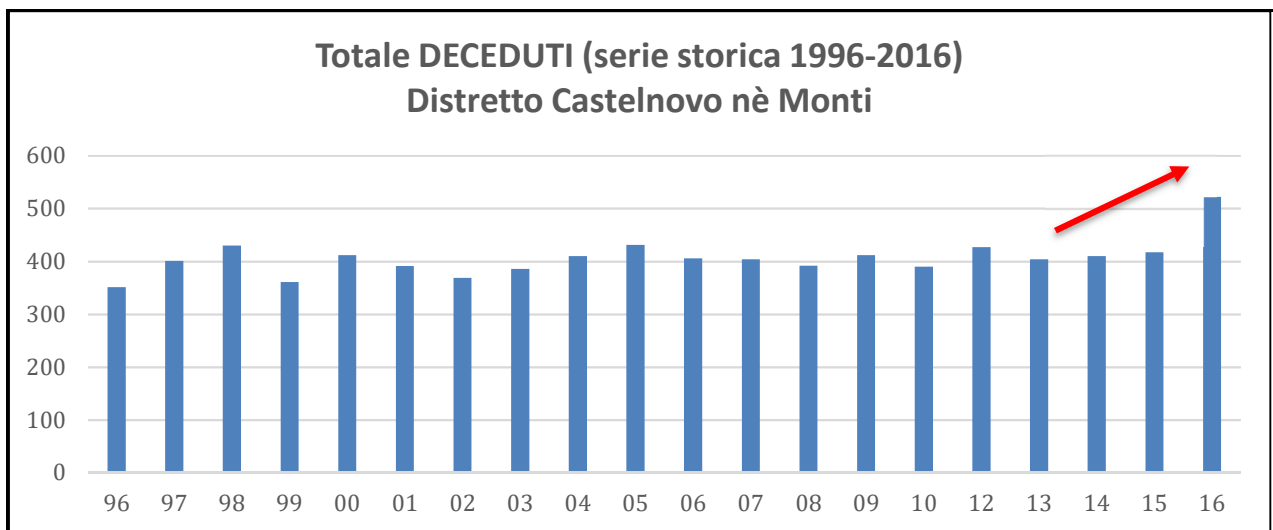


Grafico 3: Deceduti serie storica dal 1996 al 2016 per i Comuni di Casina, Castelnovo nè Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

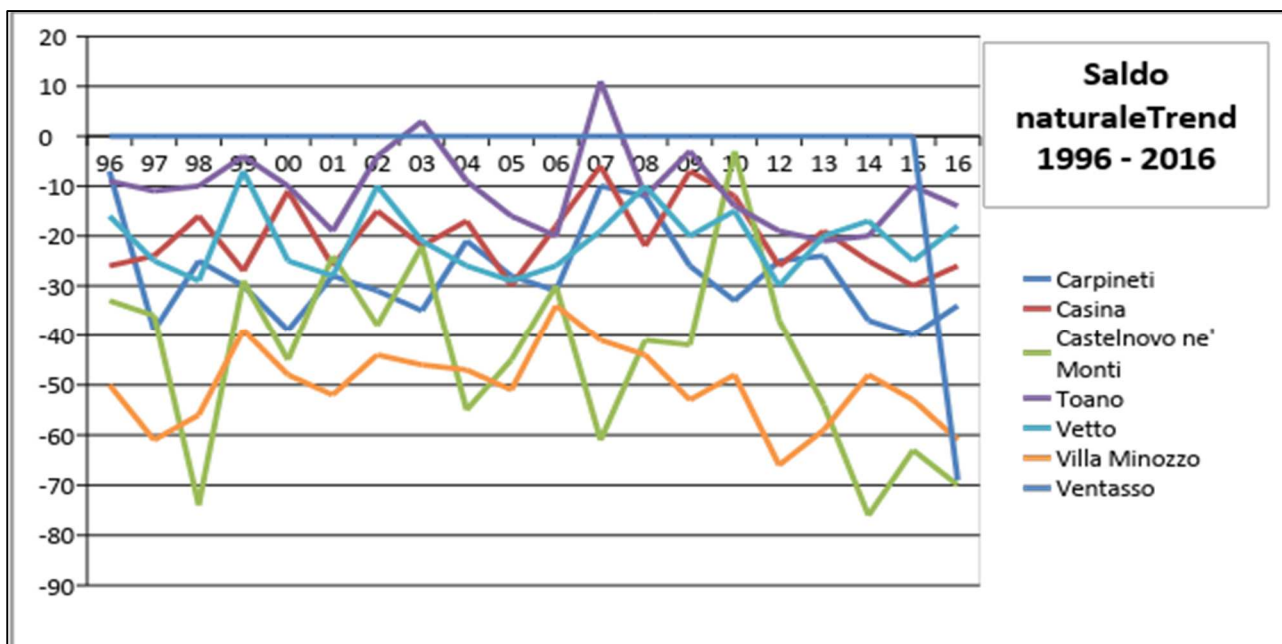


Grafico 4: Saldo naturale serie storica dal 1996 al 2016 per i Comuni di Casina, Castelnovo né Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Il saldo migratorio, definito tecnicamente come differenza tra il numero di immigrati (persone che entrano in un territorio) e quello di emigrati (persone che escono dal medesimo territorio), rimane leggermente positivo in tutti i comuni fino al 2012 (fatta eccezione per alcuni picchi di immigrazione a Castelnovo né Monti) per poi subire un declino abbastanza deciso negli ultimi 5 anni. Questa emigrazione diffusa (Grafico 5) sommata al saldo naturale negativo (Grafico 4) determina un costante spopolamento dei comuni montani presi in considerazione.

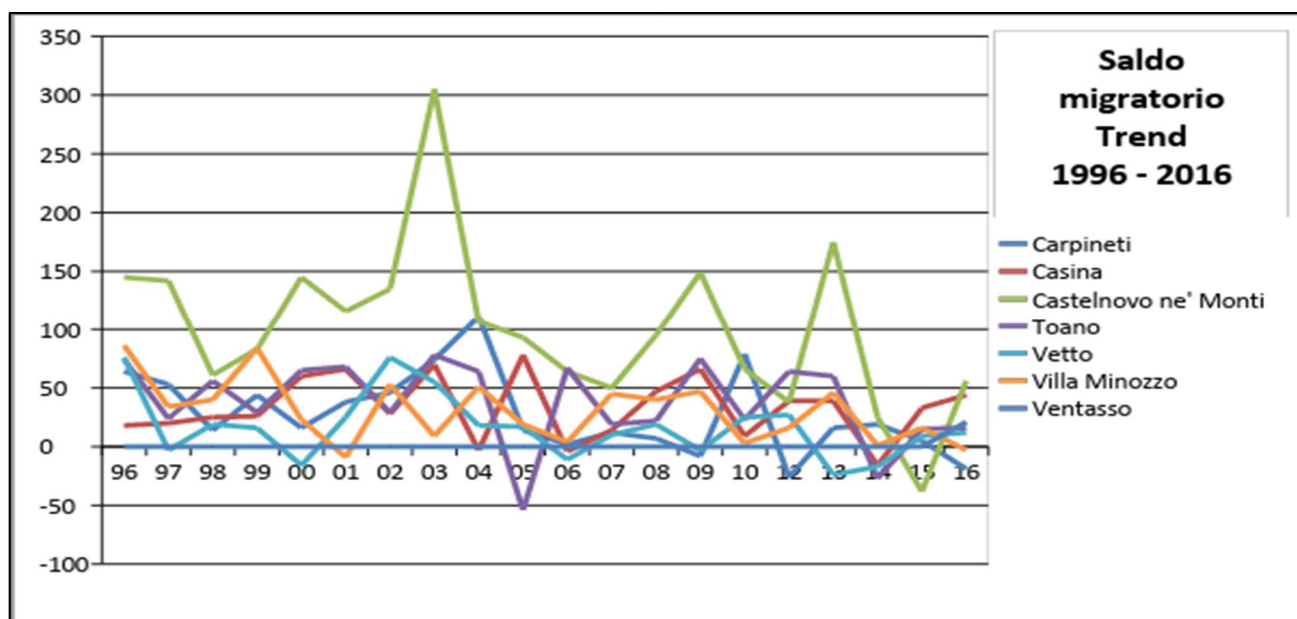


Grafico 5: Saldo migratorio serie storica dal 1996 al 2016 per i Comuni di Casina, Castelnovo né Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

1.2 Invecchiamento della popolazione

Al 31.12.2016 la popolazione residente nei 7 Comuni dell'Unione montana è di 33.236 abitanti, di questi solo l'11% è compreso nella fascia 0-14 e solo il 13% è compreso nella fascia 15-29 anni. In totale la popolazione definita "giovane" ammonta al 24% di tutti i residenti. Le fasce di età che comprendono la popolazione adulta 30-39 anni (11%), 40-49 anni (15%), 50-59 anni (15%) comprendono il 41% di tutti i residenti.

La fascia di popolazione 60-74 anni è la più numerosa con il 19%, quella che comprende gli anziani (75-89 anni) è al 14%, percentuale maggiore sia della fascia giovanissimi (0-14) che della fascia giovani (15-29) a cui si aggiunge un 2% di over 90.

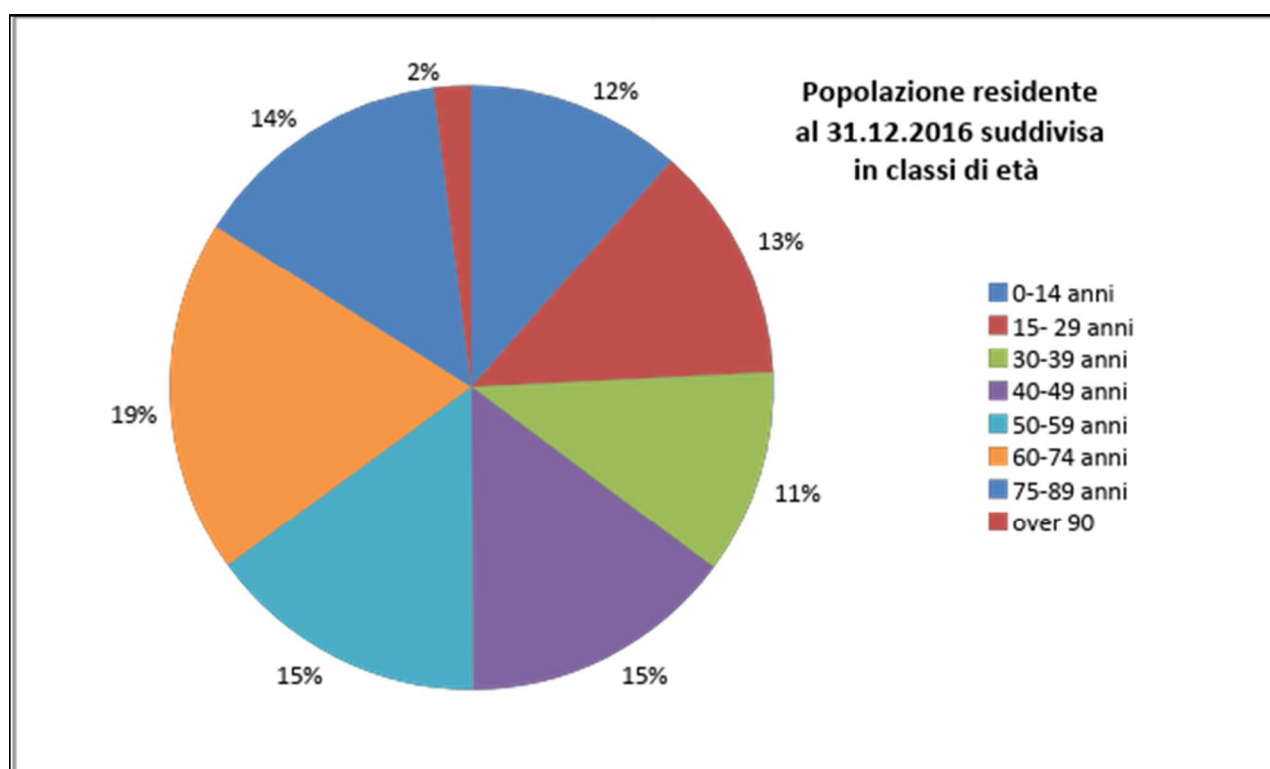


Grafico 6: Popolazione residente nel Distretto sanitario di Castelnovo né Monti al 31.12.2016 suddivisa per classi di età – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

L'invecchiamento della popolazione del territorio è evidente sia nell'analisi per fasce d'età (Grafico 6) che in relazione alla situazione regionale. Nella figura 7 la Regione Emilia Romagna è suddivisa per distretti sanitari colorati con diverse tonalità di azzurro a seconda della percentuale di over 75 presenti sui territori: l'azzurro più chiaro evidenzia i territori in cui la popolazione over 75 è sotto all'11%, il colore azzurro si intensifica al crescere della percentuale di anziani fino ad arrivare al blu che indica un'incidenza della popolazione over 75 maggiore del 13,6%. Dall'immagine si nota come il Distretto di Castelnovo né Monti sia uno dei 7 distretti in regione con la più alta percentuale di

popolazione over 75. Al 31.12.2016 gli anziani over 75 sono il 16% della popolazione residente sul territorio preso in esame, ma le proiezioni regionali al 2035 presentano uno scenario in cui gli over 75 raggiungono il 22,73% della popolazione.

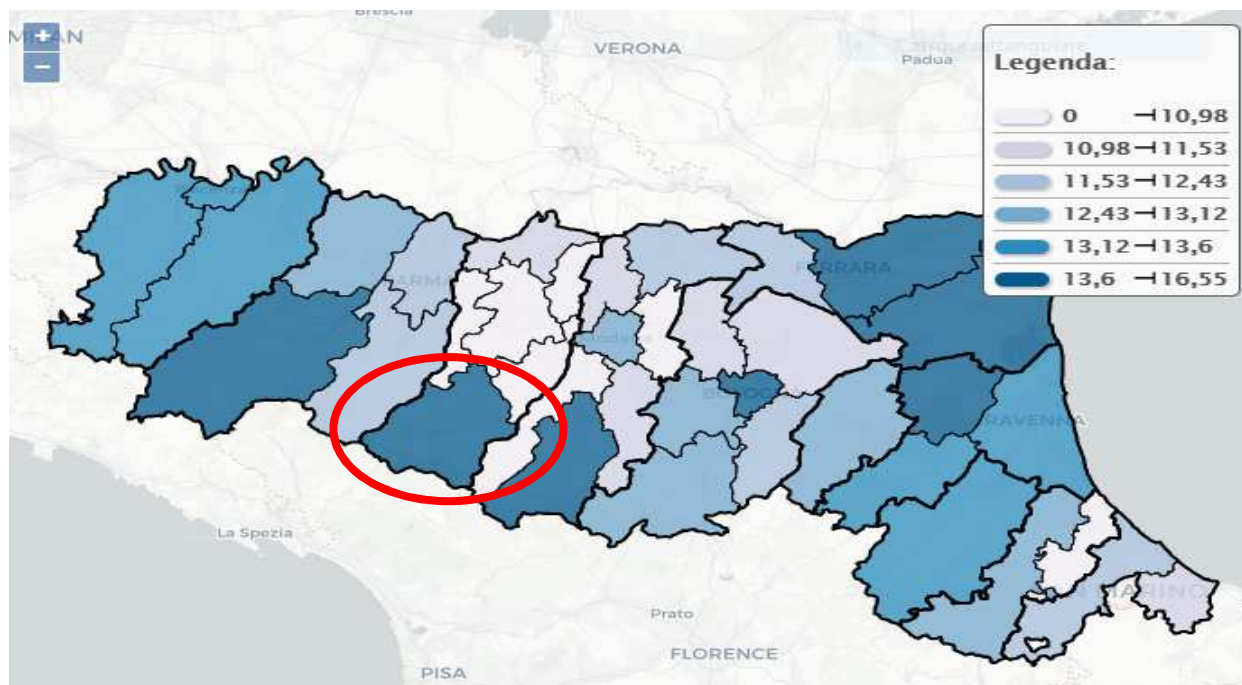


Figura 7: Percentuale della popolazione over 75 anni in Emilia Romagna suddivisa per distretto sanitario di residenza. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia è un indicatore usato per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione. Stima il grado di invecchiamento della popolazione di riferimento. Si definisce come il rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza dei primi rispetto ai secondi.

L'analisi di questo indice statistico conferma quanto già riportato sopra: il distretto di Castelnovo né Monti è uno dei più "anziani" della Regione e il suo indice di vecchiaia calcolato sulla base della popolazione residente al 31.12.2016 è di 240,49 %, percentuale che, secondo le proiezioni regionali, aumenterà gradualmente per arrivare al 2035 al 324,51% (Figura 8).

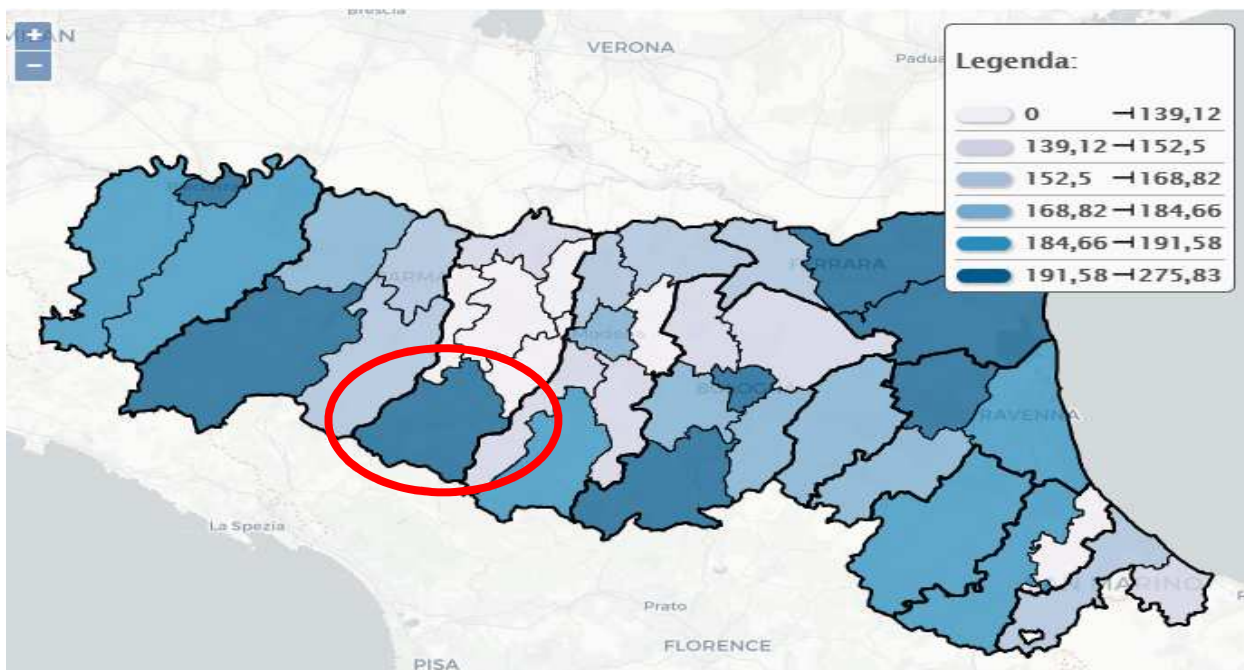


Figura 8: Indice di vecchiaia in Emilia Romagna suddivisa per distretto sanitario. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Come si nota a colpo d'occhio dalle rappresentazioni grafiche che seguono, al 31.12.2016, la popolazione della nostra provincia, come anche quella regionale, si distribuisce principalmente nelle fasce d'età centrali (Figura 9) 35 – 54 anni per entrambe i generi, mentre nell'immagine che rappresenta la distribuzione per età della popolazione residente nell'area dell'Unione montana (Figura 10) si nota un forte sbilanciamento tra giovanissimi (alla base della piramide) e anziani oltre i 75 anni (all'apice della piramide).

Provincia RE 2016

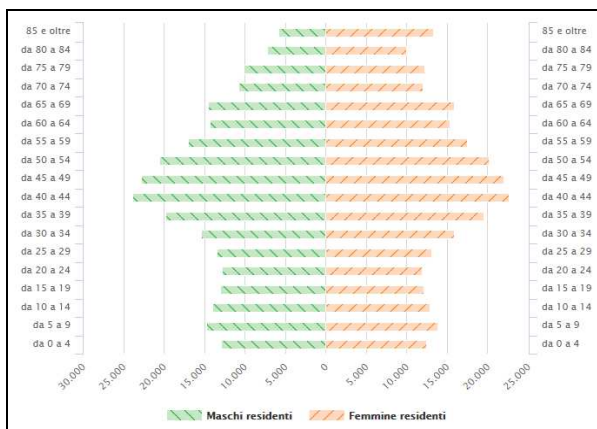


Figura 9: Piramide dell'età provincia di RE anno 2016. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Distretto Castelnuovo 2016

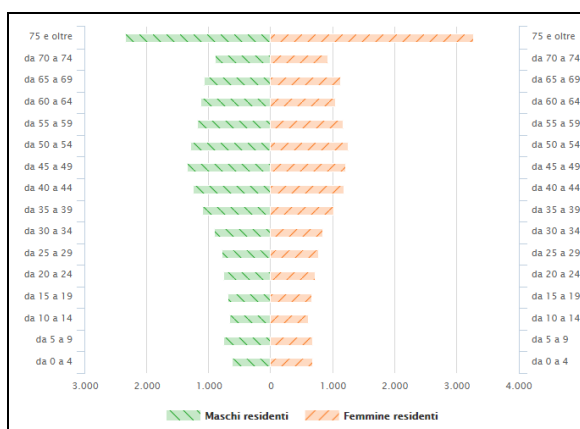
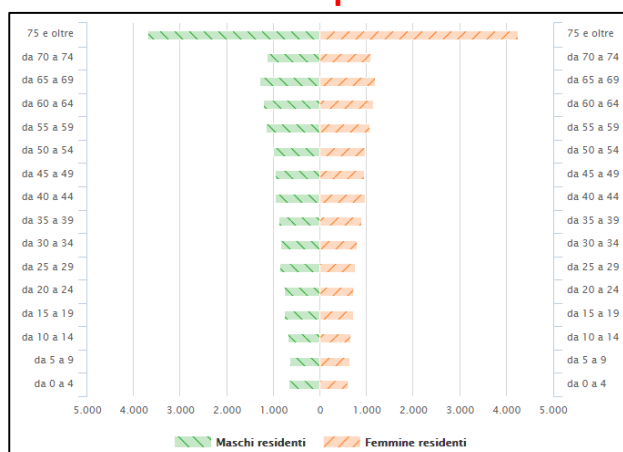


Figura 10: Piramide dell'età Distretto sanitario di Castelnuovo né Monti anno 2016. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Distretto Castelnovo proiezione al 2035



Lo sbilanciamento aumenta fortemente a favore della popolazione anziana nella rappresentazione grafica della proiezione all'anno 2035 (Figura 11)

Figura 11: Piramide dell'età Distretto sanitario di Castelnovo né Monti proiezione anno 2035. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Stato di salute della popolazione anziana

Per "speranza di vita alla nascita" si intende 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. Nella Regione Emilia Romagna si è assistito ad una crescita sostanziale degli anni di vita dal 2002 al 2016, con un incremento di 3,5 anni per i maschi e 1,5 anni per le femmine:

	MASCHI	FEMMINE
2002	77,6	83,8
2016	81,2	85,3

Questo dato, positivo perché indice di una maggiore speranza di vita, va letto in parallelo al dato della "speranza di vita in buona salute" o "speranza di vita senza disabilità", che rappresenta gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. Questo indicatore è molto utile per monitorare la salute tenendo conto della qualità di vita a cui una persona va incontro durante l'invecchiamento. Anche in questo caso il dato è regionale e vede i maschi arrivare ai 62 anni di età in buona salute, le femmine a 59 anni di età in buona salute.

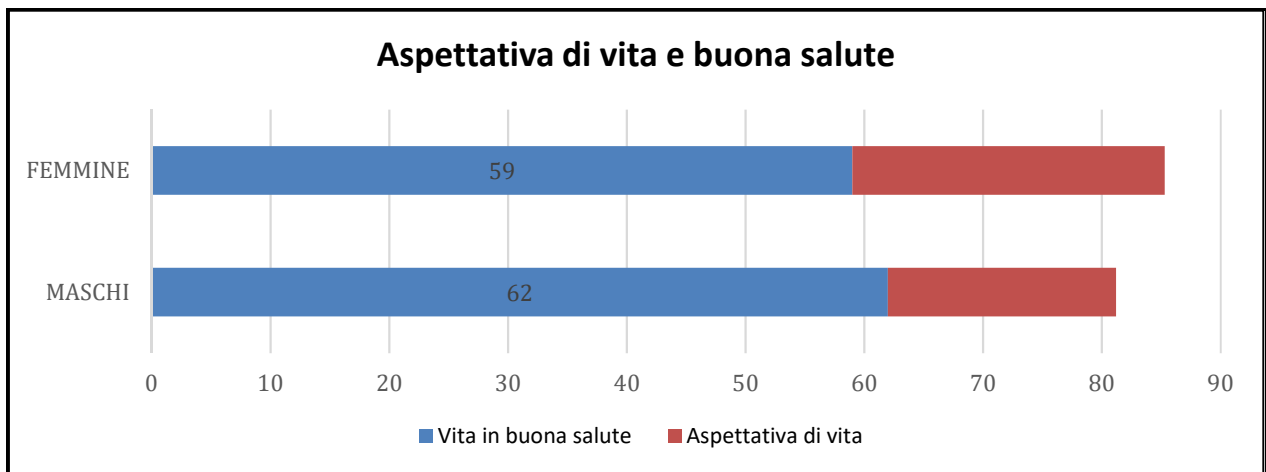


Grafico 12: Linea della vita residenti Distretto sanitario di Castelnuovo né Monti 2016. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Da una prima analisi possiamo notare come, al 31.12.2016, in Emilia Romagna i maschi abbiano di fronte, mediamente, 19 anni di vecchiaia in condizioni di salute non ottimali e le femmine addirittura 26 anni, con un impatto sulla famiglia, sui servizi e sulla comunità notevoli.

1.3 Famiglie

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. Nel distretto di Castelnuovo né Monti la distribuzione delle famiglie segue, in modo abbastanza lineare, la distribuzione dei residenti: il centro con il maggior numero di famiglie risulta essere il paese di Castelnuovo, in cui sono presenti tutti i servizi alla persona, molte attività produttive e che è ben servito dalla rete dei trasporti pubblici, a seguire Casina, Toano e Carpineti, i comuni più vicini alla collina, e infine Villa Minozzo, Ventasso (che comprende 4 ex Comuni, quindi un'area molto estesa) e Vetto, i più vicini al crinale.

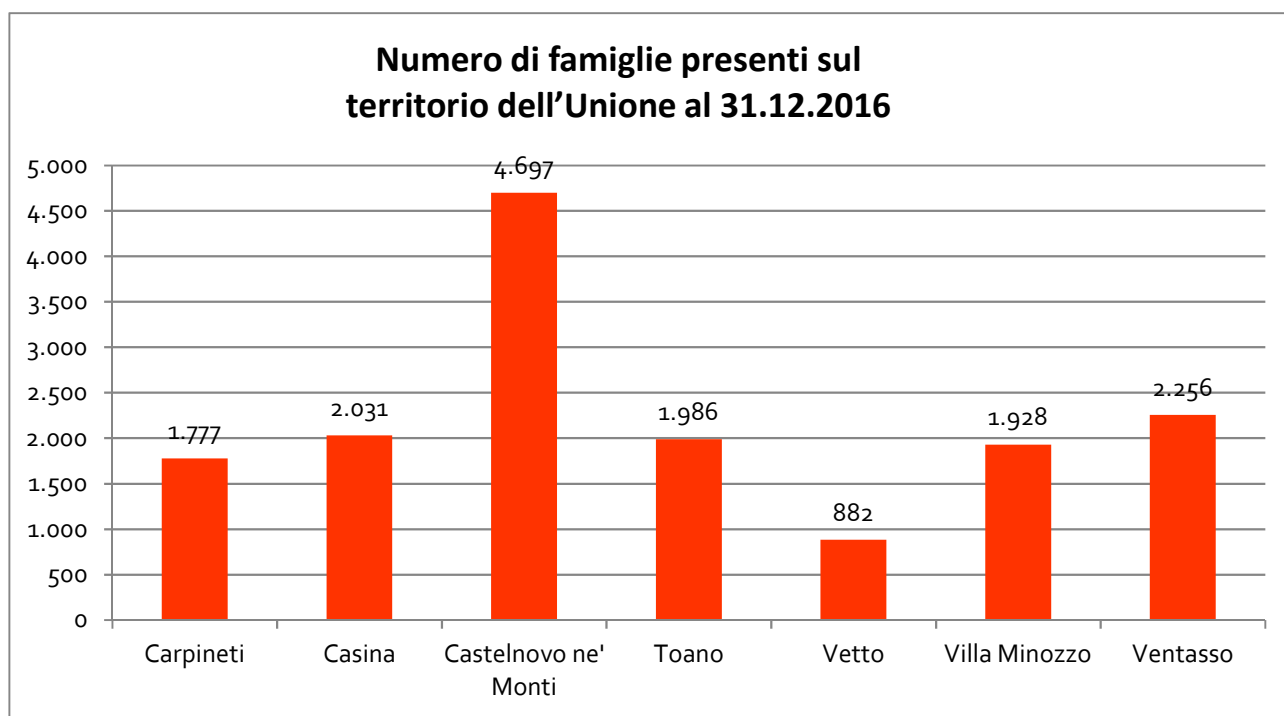


Grafico 13: Numero di famiglie presenti sul territorio di Castelnovo né Monti 2016. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Un'analisi più approfondita della composizione di queste famiglie mette in evidenza quanto, in montagna, come nel resto del paese, la struttura familiare si stia inesorabilmente modificando: il numero medio dei componenti è in calo costante. Il fenomeno trova origine in molteplici fattori: l'invecchiamento della popolazione (quindi un maggior numero di coppie anziane o di vedovi/e), il fenomeno migratorio (spesso persone sole in età da lavoro) collegato anche alla crisi economica (nelle famiglie straniere molti componenti sono rientrati al paese di origine a causa della perdita del lavoro), la minore fecondità della popolazione, i nuovi stili di vita (single, separati, divorziati).

Nel 2016, nel territorio del distretto, i nuclei più rappresentativi sono unifamiliari e rappresentano il 42% di tutte le famiglie presenti. Seguono le famiglie composte da due unità con il 26%, quelle con 3 unità al terzo posto con il 16% e quelle con 4 unità al quarto posto con il 12%. Solo il 3% ha 5 componenti e solo l'1% ha 6 o più componenti (Grafico 14).

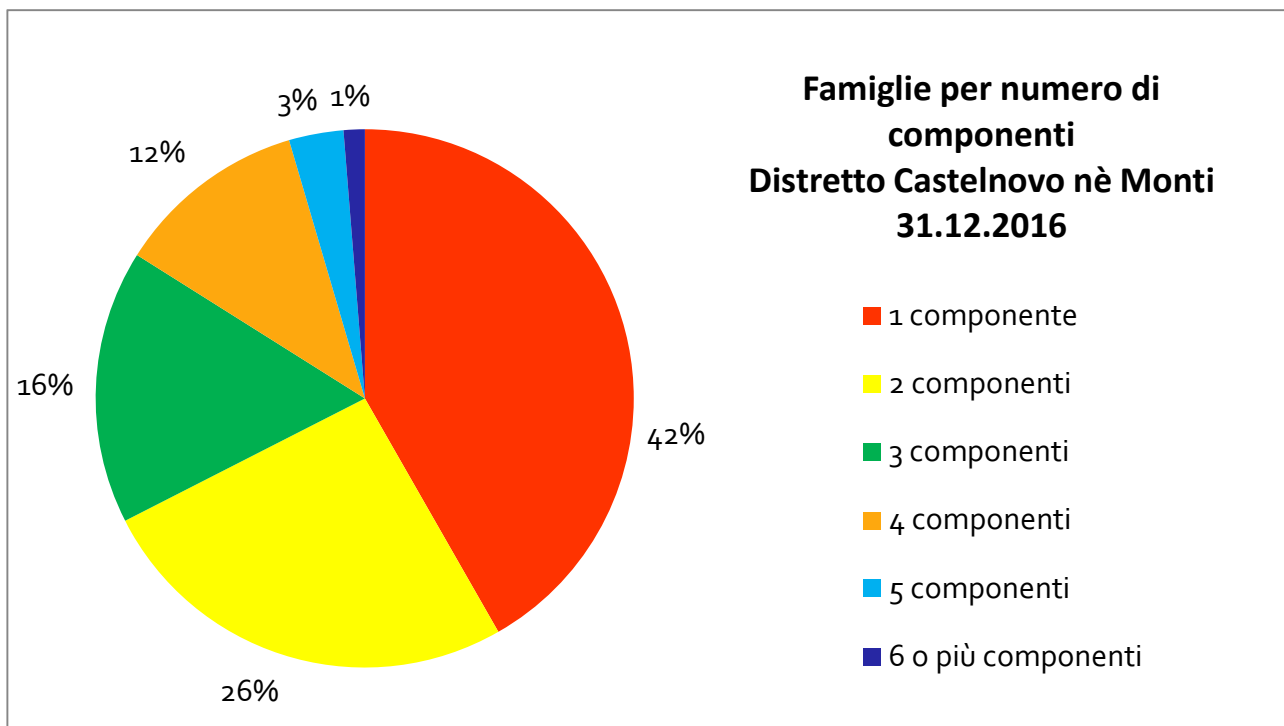


Grafico 14: Famiglie presenti sul territorio di Castelnovo n  Monti 2016 suddivise per numero di componenti. Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Da un'analisi per classi di et  della componente pi  numerosa, le famiglie unifamiliari, notiamo come siano poche quelle di persone molto giovani (sotto i 24 anni) e, in antitesi, molte quelle il cui componente   un anziano o un grande anziano (over 75 anni). Anche questo dato a conferma di un invecchiamento generale della popolazione residente (Grafico 15).

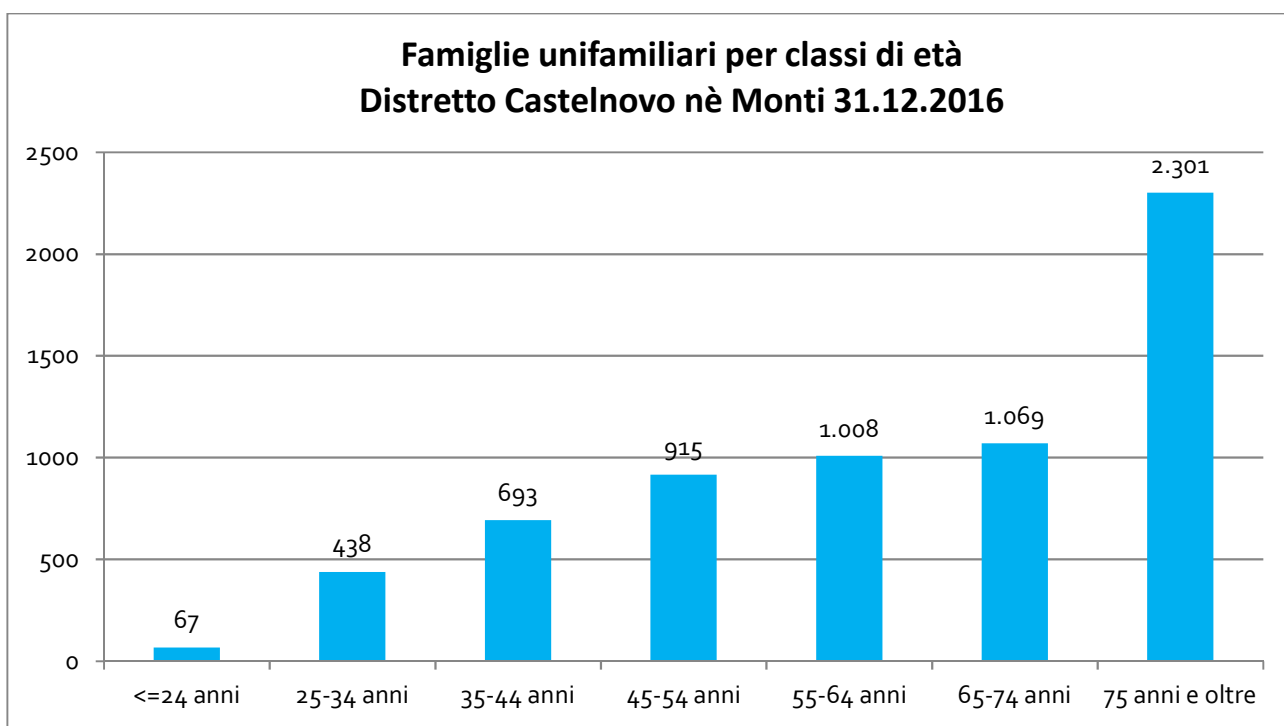


Grafico 15: Famiglie unifamiliari presenti sul territorio di Castelnovo n  Monti 2016 suddivise per classi di et . Fonte SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

1.4 Residenti stranieri

Al 31.12.2016 i residenti stranieri nei 7 comuni dell'Unione montana erano 2.945, di cui il 53,8% femmine (1.585 unità) e il 46,2% maschi (1.360 unità). Dal grafico 16 si evince come, negli ultimi 11 anni (unica serie storica disponibile) il numero di cittadini stranieri che hanno deciso di stabilizzarsi (prendendo la residenza) nei territori dell'Unione Montana sia sempre cresciuto: si è infatti passati dalle 1.862 unità del 2005 alle 2.945 unità del 2016 registrando una sola leggera flessione tra il 2013 e 2014.

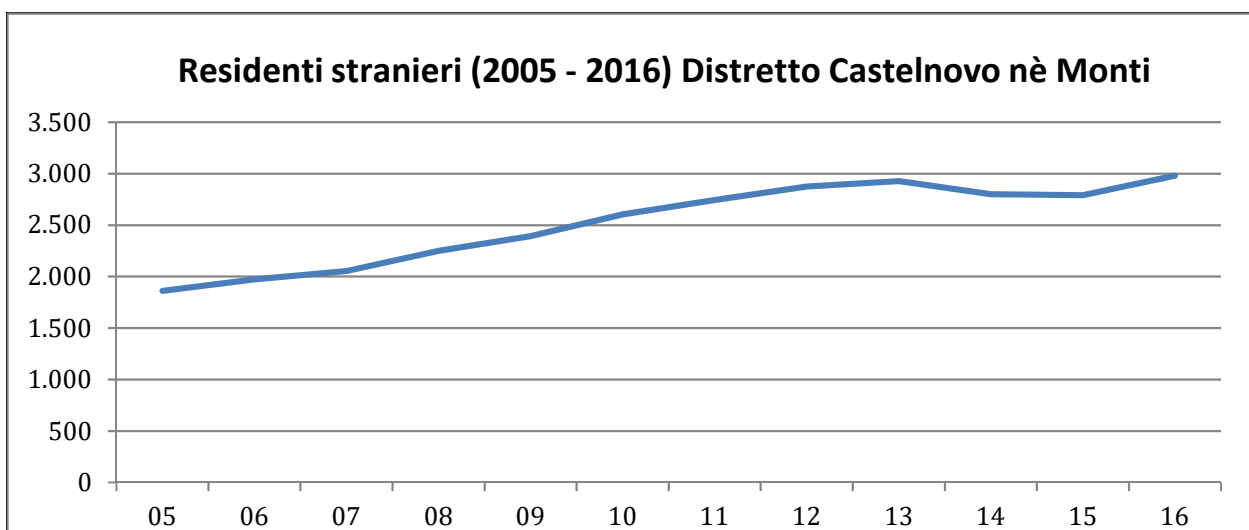


Grafico 16: Residenti stranieri serie storica dal 2005 al 2016 per i Comuni di Casina, Castelnovo nè Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Dal grafico 17 emerge come la distribuzione dei residenti stranieri non sia omogenea sul territorio dell'Unione: il 35% è stanziato nel Comune capoluogo per evidenti ragioni economiche e di rete (più possibilità di scelta nell'affitto dell'abitazione, presenza di trasporto pubblico, di scuole e di servizi), il 41% tra i comuni della pedecollina: Toano (18%), Carpineti (12%) e Casina (11%), non lontani e ben collegati (sia come trasporti pubblici che come viabilità) a Reggio Emilia e ai comuni dell'area centro della nostra provincia. Il restante 24% è residente nei 3 comuni del crinale: Ventasso (10%), Villa Minozzo (10%) e Vetto (4%), una decisione probabilmente guidata dalle opportunità lavorative (agricoltura e allevamento) ma che in pochi intraprendono per le conseguenti situazioni di isolamento.

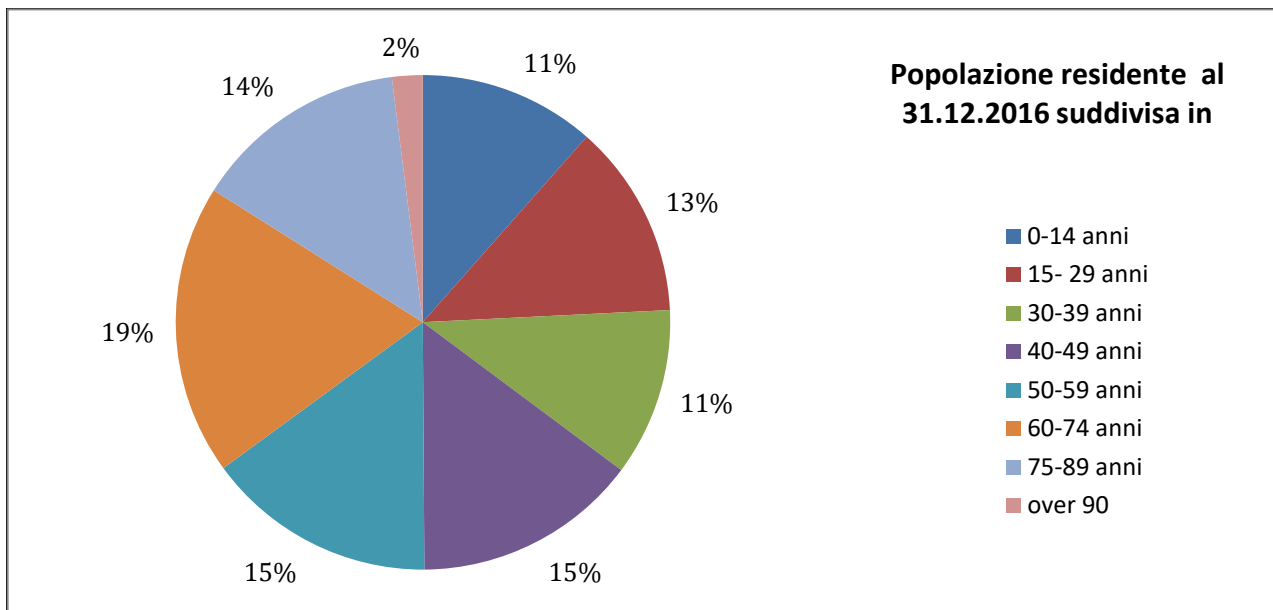


Grafico 17: Residenti stranieri distribuzione nei Comuni di Casina, Castelnovo né Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

La distribuzione per fasce quinquennali di età degli stranieri residenti nei Comuni dell'Unione rispecchia quella nazionale: le fasce di età più rappresentate sono quelle dei giovani adulti e adulti in età lavorativa: 30-49 anni (39% del totale), seguono le fasce di età dei giovani adulti 20-29 anni (16% del totale) dell'infanzia e scolare 0-9 anni (14%), quella degli adulti 50-59 anni (12% del totale) e a scalare in numero sempre minore le classi di età di anziani e grandi anziani. Dal grafico 18 emerge quanto la popolazione straniera sia essenzialmente una popolazione di giovani adulti in età lavorativa e di nuove generazioni.

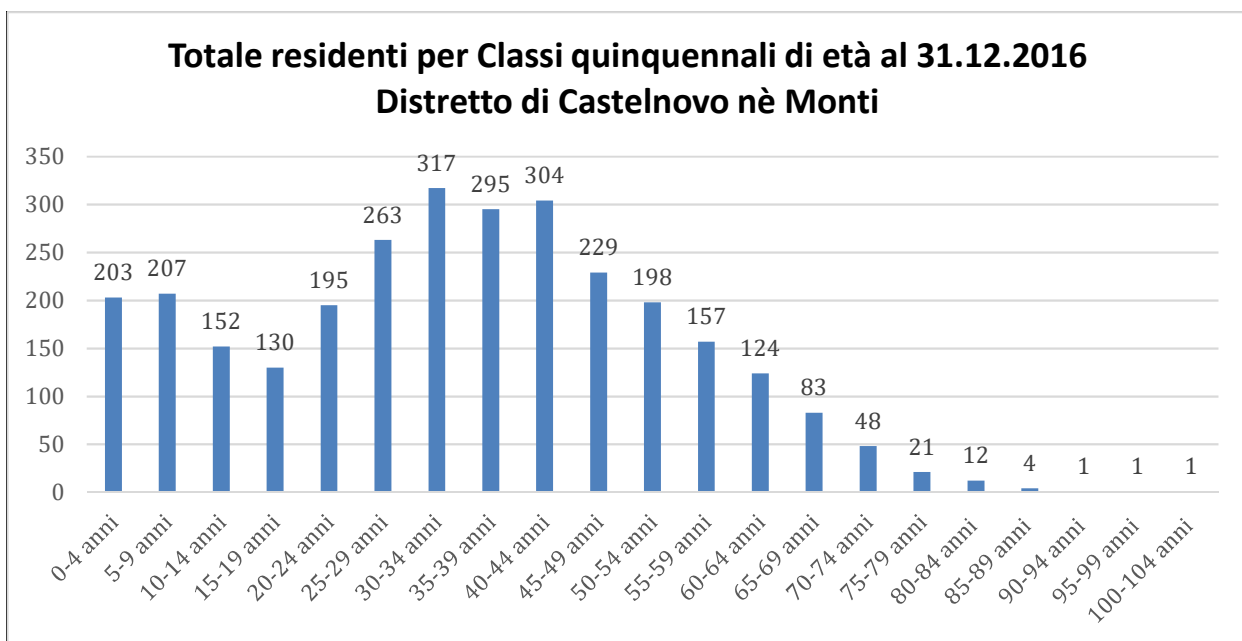


Grafico 18: Totale residenti per classi quinquennali di età - Comuni di Casina, Castelnovo né Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

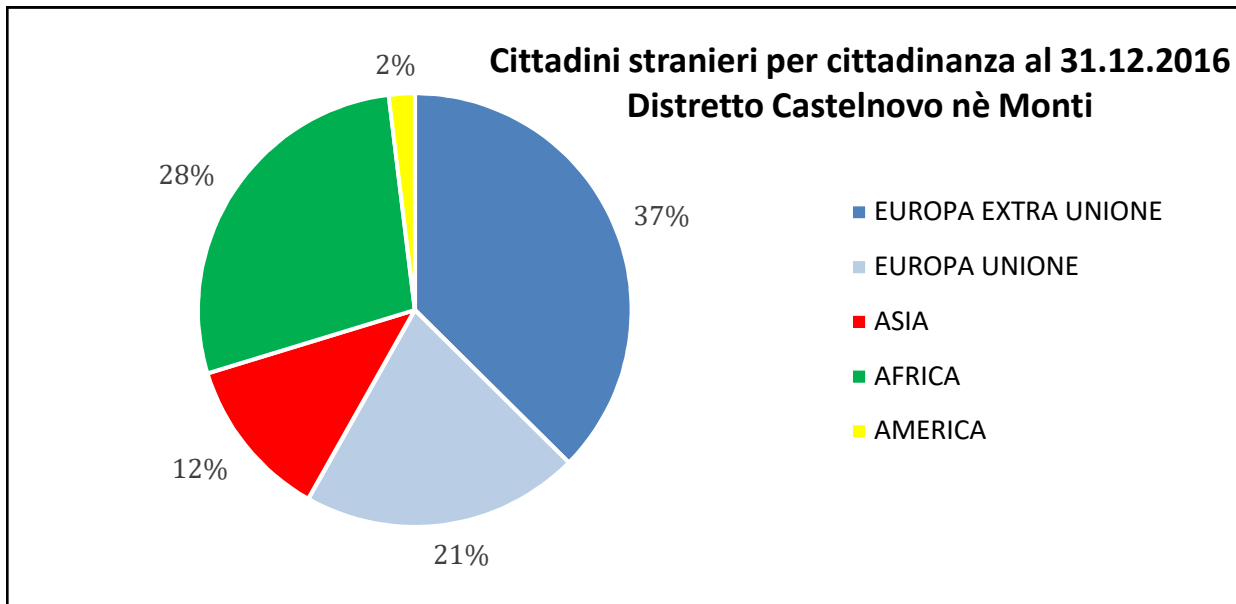


Grafico 19: Totale residenti per nazionalità - Comuni di Casina, Castelnovo nè Monti, Carpineti, Toano, Ventasso, Vetto, Villa Minozzo – Elaborazione dati estratti da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Per quello che riguarda la cittadinanza dei residenti stranieri troviamo al primo posto i paesi europei extra Unione Europea, tra cui i più rappresentativi sono Albania (640 unità), Ucraina (203 unità) e Moldavia (105 unità). In seconda posizione i residenti provenienti da paesi dell’Unione Europea tra cui i più numerosi dalla Romania (367 unità). L’Africa rappresenta il 28% con provenienze principalmente dal Marocco (708 unità), l’Asia rappresenta il 12% con provenienze principalmente da India (197 unità) e Cina (73 unità), infine una piccola rappresentanza dell’America che è quasi esclusivamente composta da stati del Sud: Brasile (26 unità) e Cuba (11 unità) i più numerosi.

1.5 Indice di deprivazione

Gli studi sull’origine delle disuguaglianze di salute in termini di mortalità, morbilità e, in generale, di bisogni sanitari hanno evidenziato significative relazioni con lo stato socioeconomico o la deprivazione materiale degli individui, delle comunità e dei contesti in cui vivono. È noto infatti che tali fattori esercitano il loro effetto sull’origine delle malattie attraverso una complessa rete causale che coinvolge sia le abitudini di vita, ad esempio fumo di sigaretta e dieta, che le esposizioni lavorative.

Per misurare le situazioni di “svantaggio” sono stati proposti diversi indici tra cui quelli di deprivazione che appaiono strumenti in grado di sintetizzare seppure in modo indiretto e approssimato il possesso di risorse sia materiali che sociali, collegate ad unità geografiche ben

definite, con dimensioni diverse, all'interno delle quali si misura la proporzione di persone o nuclei familiari che presentano una determinata combinazione di caratteristiche atte a indicare situazioni di non agiatezza economica e sociale.

L'indice di deprivazione viene costruito come combinazione di diversi indicatori elementari che rappresentano le varie dimensioni tra loro indipendenti sul piano semantico della "deprivazione" che è un concetto di natura multidimensionale. Non vi è una definizione univoca del concetto di deprivazione e un metodo unico per la sua misura: le scelte dipendono dunque dal quesito decisionale a priori al quale l'indice è chiamato a fornire risposta. Le metodologie si basano sull'aggregazione di un insieme di costrutti e sulla selezione di variabili elementari che li esprimono con un certo livello di approssimazione.

Per quello che riguarda la regione Emilia Romagna gli indicatori selezionati per comporre l'indice sono:

- % di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare;
- % di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;
- % di abitazioni occupate in affitto;
- % di famiglie mono genitoriali con figli dipendenti conviventi;
- densità abitativa.

Di seguito il grafico 20 riproduce la situazione della regione Emilia Romagna suddividendo le aree per Aziende USL.

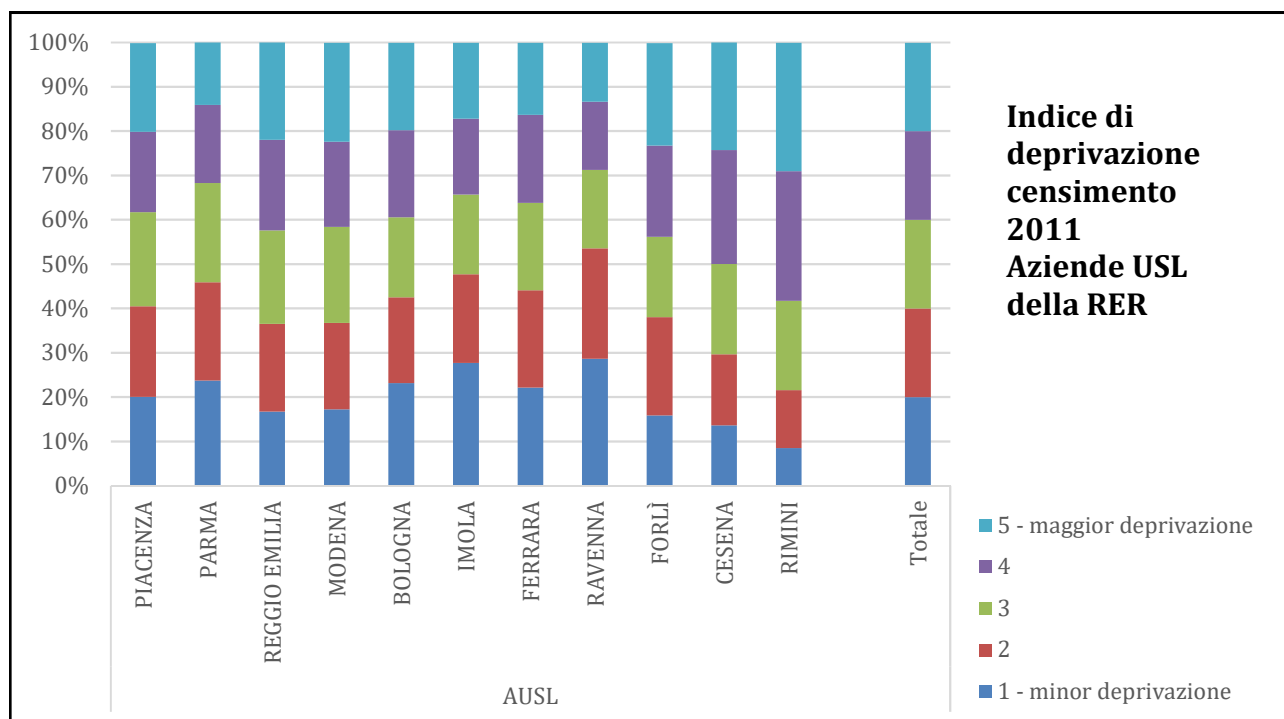


Grafico 20: Distribuzione di frequenza per Azienda USL della Regione Emilia Romagna dell'indice di deprivazione – Censimento 2011
Elaborazione estratta da SISEPS RER (Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna)

Nello specifico, per quello che riguarda il distretto di Castelnovo né Monti, facendo riferimento, come in precedenza, al censimento ISTAT del 2011, la situazione di deprivazione è riassunta nello specchio che segue:

Indice	1 molto agiato	2 agiato	3 medio	4 deprivato	5 molto deprivato
Popolazione	6.138	6.838	5.802	5.310	2.434
%	23,14	25,78	21,88	20,02	9,18

Il distretto sanitario che comprende i 7 comuni montani risulta essere quello con la percentuale maggiore di popolazione a livello "1 molto agiato" (Montecchio Emilia: 11,06%, RE: 17,63%, Guastalla: 19,88%, Correggio: 17,88%, Scandiano: 11,70%) e con la minore percentuale di popolazione a livello "5 molto deprivato" (Montecchio Emilia: 21,44%, RE: 30,64%, Guastalla: 19,50%, Correggio: 15,76%, Scandiano: 19,28%). Questo a dimostrazione che, per quello che concerne i 5 indicatori selezionati, la zona della montagna si presenta come una zona caratterizzata da forte coesione sociale in cui la rete familiare ha una buona tenuta.

2 FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO: le risorse

2.1 Servizi sociali e socio-sanitari

Per servizi socio-sanitari si intendono tutti quei servizi che tutelano la salute di fasce di popolazione considerate socialmente più fragili e con bisogni sanitari: minori, donne, anziani, persone con disabilità, persone affette da malattie croniche, da dipendenze patologiche, da problemi di salute mentale, persone in difficoltà economica. Sono servizi integrati il cui scopo è promuovere il benessere della comunità anche attraverso azioni di prevenzione e promozione della salute.

Area famiglia e tutela dei minori

L'area Famiglia Infanzia età evolutiva opera nell'ambito della tutela minori e del sostegno alla genitorialità a supporto dei singoli e dei contesti familiari.

Gli operatori operano attraverso un lavoro d'équipe interdisciplinare in cui per ogni situazione familiare il progetto di intervento viene definito, monitorato e valutato dall'intera équipe con l'apporto delle varie professionalità. Le équipe vedono una forte integrazione tra i diversi servizi (sociali, sanitaria, educativi, scolastici, terzo settore) in raccordo, quando si ritiene necessario, anche con il contesto del volontariato. Le funzioni principali che svolge riguardano in particolare due grandi ambiti:

Funzioni di assistenza, di sostegno e di aiuto nella genitorialità alle famiglie ed ai minori;

Funzioni relative alla vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, che devono essere attivate in presenza di fattori di rischio evolutivo del minore anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia.

In base a tali funzioni vengono poi definite diverse aree di intervento specifiche:

- interventi di assistenza alle famiglie e ai minori e di sostegno alla genitorialità.
- interventi di vigilanza e protezione dei minori.
- inserimento in comunità educative residenziali;
- affidamento familiare di minori;
- interventi connessi all'adozione;
- interventi connessi alla separazione;
- interventi relativi a procedure ed accertamenti dell'autorità minorile;
- tutela del minore vittima nel procedimento civile;

- assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni nel procedimento penale.

L'area famiglia, ed in particolare il tema della **tutela dei minori**, vede negli ultimi anni una situazione di continua evoluzione ed aumento delle **complessità** da affrontare, anche alla luce del mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali. Questa situazione determina all'interno dei servizi la necessità di **sviluppare competenze specialistiche**, e un'attenzione particolare nell'allocazione delle poche risorse disponibili finalizzate principalmente alla tutela dei minori e delle situazioni più critiche. E' inoltre importante mantenere l'attenzione agli interventi di protezione nelle situazioni complesse: dai crescenti casi di fragilità educativa alle situazioni più gravi che richiedono un'attivazione dei sistemi di protezione e tutela quali ad esempio i casi di allontanamento dei minori, di abuso e maltrattamento, di accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

Nel corso del 2017 sono stati presi in carico dal servizio 273 minori, per i quali, a seconda della criticità rilevata, sono state attivate misure differenti (affidamento al comune, affidamento ad altre famiglie, interventi educativi, etc) come in dettaglio nello specchietto che segue.

DATI	2013	2014	2015	2016	2017
n° minori in carico	285	240	272	270	273
n° minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria	56	37	48	65	67
n° minori con provvedimento ex art 403 cc	1	0	1	1	1
n° minori con provvedimento di affidamento al Comune	18	11	15	24	28
n° minori in carico che sono cittadini stranieri	99	105	110	102	105
n° minori accolti in struttura	4	3	1	2	4
n° minori in affido totali	25	31	29	27	44
n° minori con progetti di intervento educativo	57	65	79	44	73
n° minori vittime di violenza	3	0	3 maltrattamento	0	2

Area scolastica e socio-educativa*

* Fonte dati: "Annuario della scuola reggiana" – A.S. 2016/17 – MIUR – Ufficio XI RE

Sul territorio i **servizi per l'infanzia rivolti alla fascia 0-3 anni** si suddividono in: "Nidi per l'infanzia appaltati a terzi" presenti a Carpineti (Micronido "Mongolfiera" con 1 sezione), Castelnovo né Monti (Nido "Arcobaleno" con 2 sezioni), Ventasso (Nido "Il Leprotto" e Nido "Fiocco di neve" con 2 sezioni), Vetto (Micronido con 1 sezione) e Villa Minozzo (Nido "Abete bianco" con 1 sezione) e nidi sezione Primavera annessi alle scuole dell'infanzia F.I.S.M. presenti a Casina (Scuola dell'infanzia "Sacro cuore" con 2 sezioni), Castelnovo né Monti (Scuola dell'infanzia "Mater Dei" con 1 sezione) e Toano (Scuola dell'Infanzia Giovanni Paolo II con 1 sezione).

L'offerta è di circa 125 posti complessivi per l'intero territorio.

I **servizi per l'infanzia rivolti alla fascia 3-6 anni** si suddividono in: Scuole dell'Infanzia statali presenti a Busana, Carpineti, Casina, Castelnovo né Monti, Toano e Villa Minozzo con un totale di 29 sezioni attive; Scuole dell'Infanzia F.I.S.M. presenti a Carpineti, Casina, Castelnovo né Monti, Toano con 9 sezioni attive; Il totale degli iscritti frequentanti l'A.S. 2016/17 è di 710 bambini. A questi si affiancano servizi di supporto alla frequenza scolastica quali il trasporto, la refezione scolastica, i contributi economici per l'acquisto dei testi e il sostegno educativo a bambini diversamente abili. E', inoltre, presente un centro "bambini-genitori" sito a Castelnovo che può ospitare circa 15 utenti.

Le **scuole primarie** sono assicurate in ogni comune e nell'A.S. 2016/17 gli studenti iscritti erano complessivamente 1.345. A livello provinciale, da diversi anni, l'organizzazione scolastica che prevede il tempo pieno (rientri pomeridiani) è in espansione e nell'A.S. 2016/17 gli alunni che hanno potuto usufruire di questo servizio sono stati circa il 33,6% degli iscritti. Nel territorio montano solo gli Istituti comprensivi di Carpineti – Casina e di Castelnovo né Monti hanno attivato tale servizio per un totale di 16 classi a tempo pieno e 318 alunni serviti. Gli altri Istituti Comprensivi presentano un'offerta limitata solo al mattino e altri ancora sono costretti all'organizzazione per pluriclasse.

Anche le **scuole secondarie di I grado** sono presenti in ogni comune per un totale di 792 iscritti nell'A.S. 2016/17. La **scuola secondaria di II grado** è concentrata nel Comune capoluogo ed è

organizzata in due Istituti: Istituto d'istruzione superiore "Nelson Mandela" che prevede gli indirizzi agrario, alberghiero, meccanico, sociale, turistico. Nell'A.S. 2016/17 ha avuto un totale di 618 iscritti suddivisi in 63 iscritti nell'area tecnica e 555 iscritti nell'area professionale; Istituto d'istruzione superiore "Cattaneo-Dall'Aglio" che prevede gli indirizzi: Liceo scientifico, Liceo linguistico, Liceo delle scienze umane il cui totale iscritti ammonta a 264 alunni e gli indirizzi amministrazione-finanza-marketing, costruzioni-ambiente-territorio, elettronica-elettrotecnica, informatica-telecomunicazioni il cui totale iscritti ammonta a 358 alunni.

La realtà montana offre anche un servizio trasversale di qualificazione scolastica (CCQS), nato nel 2008 e attualmente in capo all'Unione in nome di tutte le scuole della montagna reggiana (comprese le scuole FISM e l'Ente di formazione Enaip). Con questa scelta le Amministrazioni intendono sviluppare maggiormente l'integrazione socio-educativa, sostenere obiettivi e valori condivisi ed elaborare progettazioni integrate. Inoltre è attivo, trasversalmente, il **coordinamento pedagogico** le cui attività prevalenti riguardano la formazione, la progettazione didattica, la gestione dei gruppi di lavoro e le osservazioni di contesto. Nel corso dell'A.S. 2017/18 sono stati organizzati 12 incontri di formazione per un totale di 37 ore e 66 iscritti e 8 serate tematiche che hanno visto la partecipazione di circa 45 genitori. In tutte le scuole opera il **servizio scolastico psicopedagogico** in cui i pedagogisti e gli psicologi scolastici presenti si occupano di ascolto (studenti, famiglie e insegnanti), orientamento e strutturazione di percorsi condivisi. Nel corso dell'A.S. 2017/18 gli accessi allo sportello sono stati circa 327 (141 studenti, 112 insegnanti, 74 genitori) e la maggior parte dei problemi emersi sono stati trattati in modo integrato coinvolgendo anche altri servizi.

Area adulti

Attraverso la lettura critica dei dati esposti nel primo capitolo e considerati gli **effetti della crisi economica** che negli ultimi anni ha colpito l'intera nazione, l'area adulti si configura come servizio che si occupa della povertà considerandola nella sua accezione multidimensionale, tenendo in considerazione fattori soggettivi, culturali, relazionali, oltre che quelli economici. Gli interventi portati avanti in questi anni sono, appunto, riferibili alle **azioni di contrasto alla povertà** (vedi capitolo 5 "Lotta alla povertà") e di sostegno all'inclusione sociale attraverso misure di supporto quali ammortizzatori sociali e contributi economici.

Area non autosufficienza

Domiciliarità

Gli interventi e servizi a **sostegno della domiciliarità** hanno la finalità di sostenere la famiglie e consentire alle persone con limitazioni di autosufficienza di rimanere il più a lungo possibile al proprio domicilio nell'ambito familiare e sociale di appartenenza, nonché evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero, limitare e/o ritardare l'istituzionalizzazione con il conseguente aggravio economico che si avrebbe con il passaggio all'assistenza residenziale, assicurare la continuità assistenziale e favorire il recupero delle capacità di autonomia e relazionali.

Questo tipo di assistenza include l'assistenza erogata dalle cure primarie (medicina generale e pediatria di libera scelta, assistenza infermieristica domiciliare, cure palliative, ADI), l'assistenza socio-sanitaria e l'assistenza di associazioni no profit.

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

I tassi ovviamente crescono al crescere dell'età. I più alti si rilevano proprio a Castelnovo Monti che, oltre ad essere il distretto con la proporzione più elevata di anziani in provincia, è anche quello con la superficie più ampia e con una notevole dispersione di residenti sul territorio, fattori determinanti nella programmazione delle azioni che vedono maggiore efficienza ed efficacia se prestate al domicilio.

	Bambini Adolescenti 0-17	Adulti 18-64	Anziani 65-74	Anziani 75+	Totale
Distretto					
Montecchio Emilia	1,1	6,0	41,0	269,8	37,8
Reggio Emilia	1,4	4,3	31,5	200,5	27,7
Guastalla	2,0	8,3	47,6	289,4	43,3
Correggio	1,9	6,4	34,9	265,9	35,9
Scandiano	1,8	4,1	36,6	231,4	28,9
Castelnovo Monti	1,1	7,5	41,6	254,6	50,5
Provincia	1,6	5,4	36,7	236,7	33,5

La **domiciliarità** deve essere intesa non solo come promozione del benessere individuale, dell'agio, della continuità di abitudini, percezioni, emozioni ed identità, ma anche e soprattutto come attivazione di un contesto territoriale, di una comunità locale, di luoghi che hanno valore per l'esistenza. La scelta strategica in questa accezione dà significato alle scelte già sopra delineate: lavorare sul **welfare locale**, sullo sviluppo di **modelli partecipativi** nuovi, sulla modalità operativa dell'accompagnamento e sulla costruzione di percorsi di autonomia. Per questi motivi l'ottica del territorio che guida la realizzazione delle politiche per la non autosufficienza è focalizzata sulla massima attenzione al mantenimento al domicilio della popolazione anziana e/o disabile e/o in condizioni di cronicità; in questo senso va la continua ricerca di nuove soluzioni di supporto alla scelta del mantenimento a domicilio tramite accoglienza temporanea di sollievo, assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata, centri diurni, assegni di cura, appartamenti protetti ecc.

Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD

È un servizio pensato per persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza. Prevede interventi di supporto a familiari, in collaborazione con le assistenti familiari se presenti. L'obiettivo è garantire l'erogazione di servizi flessibili con la partecipazione di professionisti e discipline diverse, in base al **Programma Assistenziale Individualizzato (PAI)** o al **Programma Educativo Individualizzato (PEI)** elaborato dai Servizi territoriali competenti. Nel territorio dell'Unione Montana il Servizio di Assistenza Domiciliare è garantito da 1 ente gestore privato (CoopElios), da 1 ente gestore pubblico (Comune di Ventasso) e da un'Azienda di Servizi alla Persona (ASP Don Cavalletti).

Centro per l'adattamento dell'ambiente domestico - CAAD

I Centri provinciali per **l'adattamento dell'ambiente domestico per le persone anziane e per le persone con disabilità (CAAD)** hanno iniziato la loro attività nel 2005 in ogni provincia della Regione Emilia-Romagna, completando una rete articolata di servizi di informazione e consulenza, che garantisce due livelli di intervento:

- il primo livello, svolto dai Centri provinciali, a disposizione per l'accesso diretto soprattutto da parte dei cittadini che chiedono informazioni e consulenza;
- il secondo livello, che comprende un'azione svolta dai due Centri regionali (il "Centro Regionale Ausili" di Bologna e il "Centro Informazione Regionale sul Benessere Ambientale" di Reggio Emilia)

di supporto e di coordinamento dei Centri provinciali, oltrechè di consulenza per i casi di maggiore complessità. Il Centro fornisce informazioni e consulenza a persone anziane e disabili e a tutti coloro che hanno delle limitazioni nello svolgere le attività della vita quotidiana.

Si avvale anche del supporto degli operatori sanitari (in particolare con i fisioterapisti Ausl), dei tecnici progettisti del settore pubblico e privato (Equipe multidisciplinare del territorio) e della consulenza del CAAD di Reggio Emilia, per fornire informazioni/consulenze ai cittadini e agli utenti.

I centri offrono una consulenza di primo livello su come riorganizzare gli spazi interni, rimuovere o superare gli ostacoli ambientali e le barriere architettoniche, studiare accorgimenti e soluzioni per facilitare le attività di ogni giorno, accedere ai contributi e alle agevolazioni fiscali, sui prodotti e gli ausili presenti sul mercato, sui servizi e le opportunità offerte dai diversi soggetti presenti sul territorio.

IL CAAD del Distretto di Castelnovo si occupa di:

- fornire **informazione e consulenza sui temi dell'accessibilità e dell'autonomia abitativa**;
- monitorare e **attivare eventuali percorsi** attraverso la realizzazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) in situazioni particolari, valutate dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVG, UVM, UVH) in condivisione con Ufficio di Piano (gestione delle procedure e attività disciplinate agli allegati "A" e "B" e dell'allegato "5" della DGR n.1206/07 FRNA, per la realizzazione dei Programmi assistenziali individualizzati);
- attivare le **procedure per l'erogazione dei contributi** di cui all'art. 9) della legge regionale n. 29/97, per l'acquisto o l'adattamento di un'autovettura destinata alla guida o al trasporto di una persona disabile, in collaborazione con gli sportelli comunale e l'Ufficio di Piano (UDP);
- attivare le procedure per l'erogazione dei contributi di cui all'art.10) della legge regionale n. 29/97, per l'adattamento dell'ambiente domestico, in collaborazione con gli Sportelli Comunali e l'UDP;
- raccogliere i dati annuali relativi ai flussi Regionali (CAAD e L.R. 29/97);
- mantenere e sviluppare i rapporti con gli sportelli sociali comunali/uffici tecnici e Servizio di Riabilitazione Funzionale Ausl al fine di integrare gli interventi e le informazioni.

Anziani

Come illustrato precedentemente, l'invecchiamento della popolazione del distretto di Castelnovo né Monti è progressivo e costante e porta con sé alcune caratteristiche: una crescente femminilizzazione della popolazione anziana (più del 50% degli anziani), un aumento dei grandi

anziani (Over 80) e la conseguente modificazione nella struttura familiare (molte famiglie monofamiliari sono anziani che vivono soli). A fronte dell'elevata percentuale di popolazione anziana da tempo il contesto è caratterizzato da una consistente offerta di servizi.

Centri diurni anziani

Il Centro Diurno è una struttura assistenziale per anziani ultrasessantenni parzialmente autosufficienti o non autosufficienti. Offre all'anziano ed alla sua famiglia sostegno e tutela socio-sanitaria supportando la domiciliarità, stimola e potenzia le abilità e le competenze dell'anziano con attività e interventi inerenti la sfera dell'autonomia, dell'identità, dell'orientamento spazio-temporale, delle relazioni interpersonali e della socializzazione, promuove e sostiene una fitta rete di relazioni e di scambi con il contesto territoriale. E' un servizio socio-sanitario indispensabile a prevenire i fenomeni di isolamento e solitudine, criticità pressanti per gli anziani del distretto di Castelnovo ne' Monti.

Dal 2010 al 2017 il numero di anziani che hanno avuto accesso a questo servizio è in leggero aumento.

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N° ingressi in CENTRO DIURNO	38	38	37	37	41	42	34	42

Assegni di cura

L'accesso alla misura dell'assegno di cura tiene in considerazione la situazione economica e patrimoniale (indicatore ISEE) dell'anziano. L'importo è differente e viene calcolato in relazione alla gravità della situazione.

Nel nostro distretto è stato elaborato un protocollo distrettuale Assegno di Cura e Contributo assistenti familiari che prevede l'attivazione di UVM (Unità di valutazione multidimensionale con medico di medicina generale) o UVG (Unità di Valutazione Geriatrica), il monitoraggio dei percorsi attivati, la definizione del PAI (Piano assistenziale individuale) e una gestione congiunta sia delle graduatorie che delle emergenze sociali.

Nel 2017 sono stati erogati 115 assegni di cura e 22 assegni per assistenti familiari.

Casa Residenziale per Anziani Non Autosufficienti – CRA

Le strutture residenziali rappresentano una possibile risposta in relazione a pesanti difficoltà assistenziali e di cura di persone non più assistibili a domicilio; l'inserimento in residenza avviene quando la dimensione domiciliare e familiare non è più in grado di sostenere la situazione, in genere in concomitanza di aggravamenti di condizioni di pluripatologie croniche e fragilità importanti nell'ambito sia della autonomia della persona che della famiglia. Le Case Residenziali per Anziani (CRA) nel territorio montano sono 11, con un totale di 423 posti disponibili di cui 175 convenzionati (nei posti convenzionati una parte della retta che le famiglie devono sostenere è a carico del Fondo Regionale per la non Autosufficienza).

Il distretto di Castelnovo né Monti dal 2014 ha assunto ed approvato un protocollo per l'accesso ai posti CRA convenzionati, attraverso la gestione di una graduatoria unica distrettuale in capo al Servizio Assistenza Anziani.

La programmazione del distretto, proprio per le caratteristiche della popolazione e del territorio, ha mantenuto una percentuale di posti residenziali più elevata della media prevista, oggi al 3,3%.

Nome Sede	Totale posti	Posti Contrattualizzati
CRA ad alta valenza sanitaria I Ronchi	40	33 (23+ 10)
CRA Villa delle Ginestre	54	35
CRA Villa Paola	60 (20+40)	0
CRA Asp Don Cavalletti	39	30
CRA Ancora Don Cavalletti	32	28
CRA Villa Minozzo (CRA + O.Sco)	29	24
Nucleo dementi Villa Minozzo	7	7
CRA Villa Maria Casina	56	7
CRA Oasi S. Francesco	46	6
CRA Spaggiari Boni Vetto	25	5
Casa Albergo Pungitopo	17	0
Casa Albergo Villa Sara	18 (5+13)	

[I servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai familiari](#)

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

L'aggiornamento del progetto regionale demenze prevede le seguenti azioni:

- Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva
- Migliorare la qualità delle cure e della vita delle persone con demenza e dei loro familiari.
- Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi.
- Modificare la relazione tra servizi/anziani e famiglie.
- Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di persone con demenza.

A fine 2016 i Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) sul territorio regionale erano 60, presenti in tutti i 38 ambiti distrettuali. In provincia di Reggio Emilia erano 7, due nel distretto di Reggio Emilia e uno in tutti gli altri.

Nel distretto di Castelnovo né Monti sono attive tutte le misure previste dalla legge: assegni di cura a supporto del carico familiare a domicilio, centri diurni, assistenza domiciliare, CRA.

Inoltre, in integrazione con il CDCD, sul territorio è presente il Nucleo Speciale Demenze. Nel nucleo sono presenti servizi socio-sanitari per accompagnare la persona con demenza e i familiari nel lungo percorso della malattia e per favorire la migliore qualità della vita possibile. A questa struttura possono afferire utenti dai distretti di Castelnuovo né Monti, Scandiano e Montecchio. Esiste nel distretto un regolamento per l'ingresso all'interno del nucleo speciale demenze gestito dal responsabile del centro per disturbi cognitivi del distretto in collaborazione con il servizio assistenza anziani.

Disabilità

Al 31.12.2017 nel territorio dell'Unione Montana i disabili in carico ai Servizi Sociali Unificati erano 118, di cui solo 3 ultra sessantacinquenni e i restanti compresi nella fascia d'età 18-55 anni. Al contrario dei dati di popolazione generali, la popolazione disabile è giovane e, negli ultimi 10 anni, in crescita costante. L'offerta distrettuale di servizi nell'ambito dell'area disabili è molto strutturata e da sempre ha perseguito il fine di favorire l'accesso, in particolare per quanto riguarda i Centri socio riabilitativi diurni, collocandoli in più punti del territorio montano (Castelnuovo né Monti, Cavola di Toano e Casina) in una logica di prossimità. L'area ha realizzato un importante lavoro di progettazione che, nell'ultimo triennio, ha portato alla diversificazione delle proposte, nell'ottica della personalizzazione delle progettualità e all'ampliamento dei servizi.

Centri socio riabilitativi diurni

I Centri Socio Riabilitativi Diurni accolgono disabili adulti con deficit motori, cognitivi e sensoriali, realizzando attività ricreative, occupazionali e di partecipazione alla vita sociale, hanno come obiettivo il potenziamento e, dove non è possibile, il mantenimento delle abilità residue. Ogni disabile ha delle abilità, l'operatore deve lavorare in modo che le stesse possano essere di supporto e ausilio alle difficoltà che le diverse patologie pongono. I Centri Socio Riabilitativi Diurni sviluppano inoltre progetti educativi e assistenziali sempre personalizzati, così da assicurare il miglior grado di benessere psico-fisico individuale e di gruppo, mantenendo e sviluppando la loro autonomia. Attualmente nei 7 comuni montani sono attivi 3 centri socio-riabilitativi diurni per un totale di **38 ospiti nel 2017**.

Laboratori protetti

I Centri socio-occupazionali diurni, sono **strutture socio-sanitarie** a carattere diurno, a **minore intensità assistenziale** rispetto ai centri socio-riabilitativi diurni. Si tratta di **"laboratori protetti"**

destinati a **persone con disabilità** "medio – gravi", che pur non potendo svolgere un lavoro in ambiente non assistito, hanno comunque **sufficienti livelli di autonomia e abilità per svolgere attività occupazionali di diversa natura**, in un ambiente adatto e con l'aiuto di operatori.

Grazie alle scelte programmatiche effettuate e al finanziamento del Fondo Regionale per la non Autosufficienza è stato possibile dare continuità ed ampliare l'esperienza dei laboratori occupazionali.

Nel Distretto sono presenti 2 Progetti di "Laboratorio Protetto", con due Enti gestori differenti:

- **"Labor ENAIP"** (due sedi, 1 a Castelnovo e 1 a Cavola). L'Attivazione di questo Servizio nasce da un Contratto di affidamento alla Fondazione ENAIP Don Magnani per la gestione di Centri di Terapia socio-occupazionale per persone diversamente abili del Distretto di Castelnovo né Monti dell'Ausl di Reggio Emilia
- **"Labor GINEPRO"** L'attivazione di questo Servizio (dal 2016) nasce da un accordo di collaborazione e co-progettazione fra il servizio sociale e la coop sociale "Il Ginepro" per la gestione di attività volte all'inclusione sociale e il benessere di persone adulti disabili.

Il progetto prevede l'inserimento di utenti disabili adulti, con grado di disabilità medio-lieve in carico al Servizio disabili adulti del Distretto di Castelnovo né Monti, per un massimo 8-10 persone.

Nel 2017 hanno usufruito di questo progetto **39 utenti**, che hanno espresso unitamente alle famiglie un **buon grado di soddisfazione**.

[Palestra delle autonomie](#)

I disabili in carico nel distretto montano vivono relazioni prevalentemente all'interno del nucleo familiare, sono limitate e a volte non presenti interazioni sociali extra famigliari, fatta eccezione per le opportunità di tempo libero messe a disposizione dai servizi e dall'associazionismo (**Associazione Fa.Ce;** **Fondazione** **ENAIP**).

Le famiglie, ad esclusione di alcune eccezioni, faticano ancora prefigurarsi percorsi di vita co-progettati con i servizi, privilegiando ancora soluzioni intra-famigliari o delegando interamente la gestione ai servizi.

Ne consegue la necessità di **sviluppare** un lavoro di **accompagnamento e di empowerment** e di mettere a punto opportunità graduate, che aiutino le persone con disabilità a **sperimentarsi in un contesto di vita tra pari**, extra familiare e diverso dal centro diurno o dal laboratorio protetto o dal percorso occupazionale. Le **famiglie** d'altra parte, hanno la necessità di **visualizzare la capacità di**

autodeterminazione, le abilità e le autonomie del proprio congiunto. Per rispondere a questi bisogni si è pensato di sviluppare il progetto **“Palestre delle autonomie”**, che consiste in una serie di interventi rivolti a **piccoli gruppi** in Appartamenti. Nel 2017 sono stati individuati 2 appartamenti: 1 a Cavola, il cui affitto è stato sostenuto dalla Fondazione Durante e Dopo di Noi di Reggio Emilia e 1 a Castelnovo Monti sostenuto dai fondi regionali della non autosufficienza. Le attività sono state articolate su 5 giorni alla settimana per 6 ore al giorno, la gestione dell'attività è stata affidata ad ENAIP. All'esperienza hanno partecipato **24 utenti**.

Progetti di cittadinanza attiva e tirocini

L'**inserimento lavorativo** rappresenta il naturale completamento di un progetto assistenziale **finalizzato all'autonomia personale e alla vita indipendente**. Tale obiettivo va perseguito in modo integrato e coordinato con i soggetti, gli strumenti ed i percorsi previsti dalla Legge regionale 1 Agosto 2005, n. 17 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro". La Regione Emilia Romagna riconosce l'esistenza, all'interno dei servizi sociali e socio sanitari, di un'utenza **“fragile”** caratterizzata da particolare vulnerabilità, che ne compromette la possibilità di accesso al mondo del lavoro, individuando agevolazioni per queste topologie. Le politiche sociali attivate negli ultimi anni, i processi di de-istituzionalizzazione, di integrazione scolastica e lavorativa, così come la costruzione di una rete locale di servizi sociali e sanitari, hanno contribuito a migliorare notevolmente la **qualità della vita** delle **persone disabili** e la loro **capacità di partecipare attivamente alla vita sociale**. Promuovere **percorsi personalizzati di inclusione sociale** significa anche pensare che tutti i punti del **sistema comunità**, possano costituire grandi risorse sia per percorsi di volontariato che di avvicinamento al mondo del lavoro.

L'Area Disabili del Distretto di Castelnovo ha elaborato delle linee guida di orientamento in merito all'attivazione di progetti di tirocinio e di attività di volontariato. Dal 2010 vengono proposti progetti di cittadinanza attiva e volontariato e tirocini (legge regionale n. 17/2005 art. 24, comma 1) che nel tempo hanno trovato sempre più consenso tra l'utenza, fino ad arrivare all'attivazione di **14 progetti attivati nel 2017**.

Progetto extra-time

Nel Distretto di Castelnovo nè Monti, Area Disabili, esiste da diverso tempo una **convenzione** tra il servizio sociale e l'**Associazione Famiglie Cerebrolesi (FA.CE.)** per la gestione del progetto

“POMERIGGI EXTRA-TIME FA.CE.” Il Progetto si connota come una proposta rivolta a persone disabili adulte che manifestino l’esigenza di **trasformare il proprio tempo libero in un tempo piacevolmente organizzato ed auto-organizzato**, dove ognuno possa trovare uno spazio ed un tempo appropriati nella logica del **diritto al divertimento e alla socializzazione**. Nell’attuazione del progetto si è attinto all’esperienza maturata nell’ambito della Fa.Ce. in montagna in questi anni, che ha offerto una risposta significativa per coloro che vi hanno partecipato e per le rispettive famiglie. Obiettivo comune e condiviso dai vari soggetti coinvolti nel Progetto è quello di assicurare allo stesso caratteristiche di forte flessibilità ed al contempo di offerta “leggera”, intesa come tipologia di attività capace di gestire un tempo di relazione arricchente e che aumenti il senso di cittadinanza e integrazione delle persone. **I progetti di Extra-time si svolgono in due Comuni: Castelnovo Monti e Toano.**

Le attività proposte sono:

-Attività Motoria

-Attività di avvicinamento alla musica

-Attività di Teatro

-Attività di Piscina

L’accesso al Progetto da parte delle persone disabili è concordato fra il Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti attraverso l’UVH del distretto di Castelnovo ne’ Monti.

Assegni di cura area disabili

Sono contributi economici a sostegno della domiciliarità erogati su progetti personalizzati e obiettivi ben delineati. Il fine è quello di potenziare le opportunità di permanenza della persona disabile nel proprio ambiente di vita e favorire progetti di autonomia. Sono destinati a disabili in situazione di gravità (legge 104/1992). L’erogazione è soggetta ai vincoli previsti dalla Legge Regionale 1122/2002. L’assegno di cura può essere integrato qualora la persona disabile e/o la sua famiglia assumano una assistente familiare con un contratto per non autosufficienti. Di seguito uno specchio riassuntivo di tutte le attività presentate precedentemente in cui si può leggere il numero di utenti interessati e/o coinvolti nelle progettazioni dal 2010 al 2017.

ANNO	N. totale disabili adulti in carico	N. disabili adulti in assistenza domiciliare	N. disabili adulti in Centro SR residenziale	N. disabili adulti Centro SR diurno	N. utenti Assegno di Cura per disabili gravi	N. disabili con progetti di integrazione e inserimento lavorativo	n. disabili inseriti progetto Labor	n. disabili inseriti progetto Integrabili
2010	110	6	3	45	29	6+9	12	12
2011	107	5	3	41	26	7+9	9	11
2012	116	6	4	45	26	9+9	9	11
2013	112	6	4	43	28	8+6	17	11
2014	122	6	4	45	26	6+8	18	12
2015	114	11	4	41	25	8	20	8
2016	109	13	4	34	17	15	30	7
2017	118	13	2	38	17	14	39	4

Gravissime disabilità

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

Per quello che riguarda le esigenze di ricovero definitivo nei centri residenziali per disabili gli utenti usufruiscono di strutture specializzate al di fuori del Distretto e per situazioni la cui complessità è compatibile con posti letto ad alta valenza sanitaria, all'interno della Struttura "I Ronchi" di Castelnovo Monti sono presenti di 2 posti con questa finalità.

In provincia di Reggio Emilia il numero di assistiti appare complessivamente in lieve aumento, mentre rimane abbastanza costante nel distretto di Castelnovo né Monti.

La forma di assistenza prevalente, 71,7% nel 2017 in provincia, è quella domiciliare, seguita dalla residenziale (19,7%) e da quella mista (8,7%).

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

Assistenza rivolta ad assistiti con gravissime disabilità acquisite per distretto erogatore in provincia di Reggio Emilia.

Le patologie più frequenti nel distretto di Castelnovo né Monti sono: gravissima cerebrolesione (4 assistiti), gravissima mielolesione (8 assistiti), patologia neurologica (6 assistiti).

Azienda Pubblica di Servizi alla persona

Nel distretto di Castelnovo né Monti è presente l'**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Don Cavalletti"** con sede in Carpineti, costituita il 1 agosto del 2008 in seguito alla fusione di due Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza il "Don Cavalletti" e il "Don Beretti". L'Azienda di Servizi alla Persona è un ente pubblico che nasce dalle previsioni della legge 328/2000 che ha previsto la trasformazione degli Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza in Azienda di Servizi alla Persona. L'Azienda di Servizi alla Persona ha in gestione un nucleo di **Casa Residenza Anziani** ed ha un accreditamento per il **Servizio di Assistenza domiciliare**, inoltre è proprietaria di 16 appartamenti siti nel Comune. Il ricavato della gestione degli appartamenti viene utilizzato a supporto di giovani residenti nel Comune di Carpineti in forma di contributi scolastici.

2.2. Quadro di sintesi dei servizi sanitari distrettuali

L'azienda USL di Reggio Emilia è articolata in 6 Distretti, tra i quali il **Distretto di Castelnovo né Monti**, che rappresentano macrostrutture di decentramento del governo aziendale che supportano la definizione/programmazione dei servizi necessari a soddisfare la domanda sanitaria e socio sanitaria della popolazione del territorio di riferimento, monitorarne l'erogazione e l'accessibilità e verificarne il rispetto sia in termini quantitativi che qualitativi nei confronti dei vari produttori (dipartimenti territoriali, dipartimenti ospedalieri ecc.)

Il **Distretto** è il luogo da un lato della **committenza e della garanzia di accesso dei cittadini** e, dall'altro dell'**integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi territoriali ed ospedalieri**.

Sul piano istituzionale il Distretto costituisce il punto privilegiato di incontro e di sviluppo delle relazioni e delle collaborazioni tra Azienda USL, Comuni, terzo settore, volontariato, famiglie e pazienti.

L'ambito territoriale del 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 sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari.

I Dipartimenti territoriali e ospedalieri sono le strutture organizzative fondamentali di produzione dei servizi con l'obiettivo di garantire la globalità degli interventi preventivi, di cura e assistenziali e la continuità dell'assistenza.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica 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. I **servizi** del Dipartimento presenti **nel Distretto di Castelnovo ne' Monti** sono i seguenti: **igiene e sanità pubblica, medicina legale, medicina dello sport, igiene alimenti e nutrizione, prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria**. Nel corso del 2018 tutti i Servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica del Distretto saranno trasferiti nella nuova palazzina con sede in via Boschi n. 24 a Castelnovo ne' Monti.

Il Dipartimento Farmaceutico 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 per ossigeno e ventilo terapia domiciliare e per la nutrizione artificiale domiciliare. **L'Unità Farmaceutica Distrettuale è situata presso l'Ospedale S. Anna.**

Il Dipartimento Cure Primarie ha il compito di rispondere in modo integrato ai bisogni primari di salute della popolazione. Nel Distretto di Castelnovo ne' Monti sono presenti tutti i servizi afferenti al dipartimento: **consultorio salute donna/consultorio giovani, pediatria di comunità, servizio infermieristico domiciliare, cure primarie e specialistica ambulatoriale, poliambulatori, centro disturbi cognitivi e demenze, cure palliative, CUP.**

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 (guardia medica), i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri e le ostetriche. I Nuclei Cure Primarie del Distretto sono i seguenti:

- Carpineti -Casina
- Castelnovo ne' Monti- Vetto
- Ventasso
- Villa Minozzo-Toano

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche comprende i servizi psichiatrici per adulti, i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i servizi per le dipendenze patologiche. Nel Distretto sono presenti i seguenti servizi:

- Centro di Salute Mentale
- Struttura residenziale e strutture semi-residenziali psichiatriche (centri diurni)
- Servizio di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza
- Servizio Dipendenze Patologiche

Il Presidio ospedaliero

Nel Distretto insiste l'**Ospedale S. Anna** afferente al Presidio Ospedaliero dell'Azienda USL –IRCCS di Reggio Emilia. L'Ospedale presenta peculiarità organizzative legate alla collocazione montana e a una lunga storia di gestione integrata di strutture e servizi con l'Ospedale Hub Santa Maria Nuova. Questa forte integrazione, anche attraverso la presenza di Strutture Operative gestionalmente e/o funzionalmente afferenti all' Arcispedale Santa Maria Nuova, ha quale obiettivo fondamentale l'acquisizione ed il mantenimento di professionalità e competenze cliniche appropriate ed adeguate alle esigenze e ai bisogni della popolazione locale, nell'ottica di garantire servizi e prestazioni di qualità in sicurezza per pazienti e operatori. In questa logica si è consolidata, in particolare per le

discipline di area chirurgica, una integrazione operativa con l’Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia anche attraverso la rotazione dei professionisti sulle due strutture. Questa collaborazione ha consentito di attivare in questo ospedale funzioni specialistiche non presenti in analoghi presidi montani e/o in altri ospedali distrettuali (cardiologia, terapia intensiva cardiologica e rianimazione, riabilitazione cardiologica, urologia, neurochirurgia del rachide, ORL, chirurgia ricostruttiva senologica, chirurgia vascolare flebologica), funzioni che hanno una valenza sovra-distrettuale. E’attualmente in fase di attuazione il programma di sviluppo e potenziamento dell’Ospedale (Programma S. Anna Plus), approvato dalla CTSS nel novembre 2017 che prevede progetti in 4 aree:

1. L’area dell’emergenza urgenza
2. L’area materno-infantile
3. L’area della chirurgia elettiva e specialistica
4. L’area della prevenzione e riabilitazione

L’offerta territoriale, in considerazione delle caratteristiche del territorio e della necessità di sostenere la domiciliarità nelle zone più periferiche, conta 3 posti letti di cure intermedie presso la CRA di Villa Minozzo, con assistenza medica garantita dai MMG e assistenza infermieristica H 24. Lo sviluppo nel prossimo triennio di ulteriori servizi, anche di carattere innovativo, è previsto nell’ambito della progettazione della Strategia Nazionale Aree Interne.

Quadro di sintesi dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	SerT	Centri per disabili	Nuclei per demenze	Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Farmacie convenzionate
Castelnovo ne’ Monti	1	1	1	1	1	2	1	1		2	1	1	3
Vetto										1			1
Casina	1							1		1			1
Carpineti	1		1							1	1		1
Ventasso													

Località Ramiseto									1			1
Località Collagna												1
Località Busana			1									2
Località Ligonchio												1
Villa Minozzo	1		1			1			1	1		2
Toano	1							1				3

Nel Distretto di Castelnovo ne' Monti 16 farmacie offrono il servizio Farmacup

2.3 Risorse della comunità

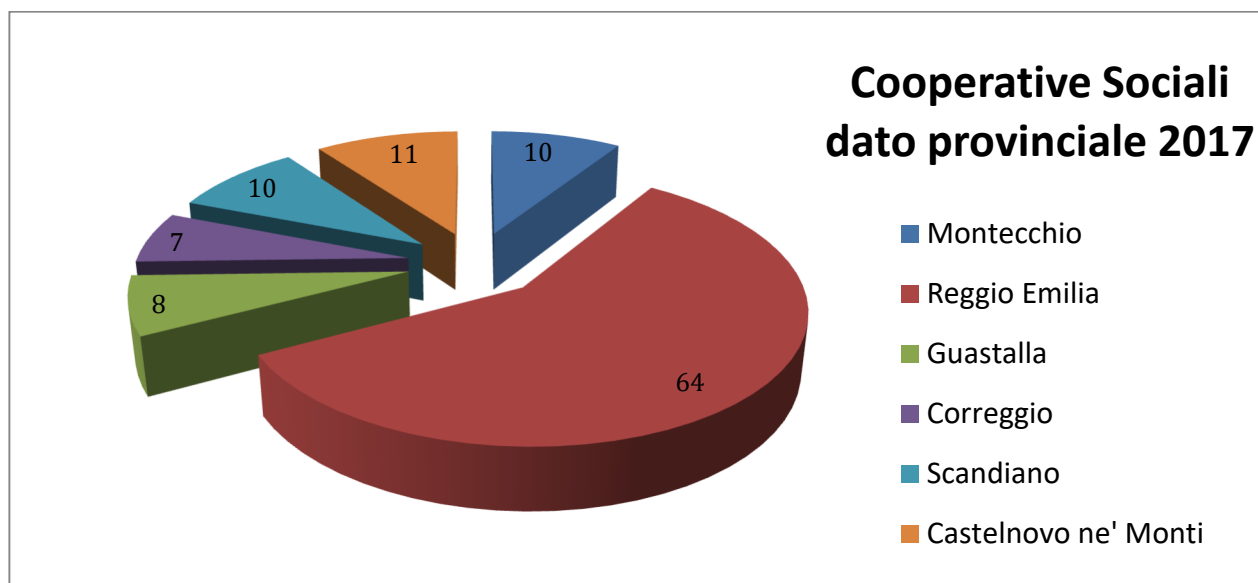
Tutte le risorse che, a vario titolo, la comunità in cui si vive può mettere a disposizione, formano il cosiddetto “capitale sociale”. Il **Capitale Sociale** è entrato a pieno titolo a far parte dei **fattori che**, secondo la letteratura scientifica, **influenzano il benessere e la salute, integrando ed arricchendo il bagaglio di risorse** (economiche, culturali, ambientali) che individui e comunità hanno a loro disposizione. Un aspetto che è opportuno sottolineare riguarda il **sistema valoriale** e il **sistema di relazioni** che attengono al capitale sociale: saper costruire relazioni nei luoghi, promuovendo percorsi di partecipazione e condivisione nelle comunità locali.

All'interno del capitale sociale un grande ruolo è giocato dal terzo settore, che rappresenta oggi, nel nostro territorio, una forte risorsa per il raggiungimento di due obiettivi fondamentali: il mantenimento del tessuto sociale e la gestione dei servizi. Questa grande risorsa deve essere tutelata e sostenuta anche attraverso strategie per aumentare il grado di competenza e di riconoscibilità delle associazioni presenti. Il terzo settore ha saputo generarsi e rigenerarsi attraverso i valori fondanti dell'etica e dell'impegno del nostro patrimonio civico, sviluppando attività occupazionali, ricreative ed assistenziali all'interno del nostro territorio. Questo patrimonio di relazioni e opportunità nell'attuale contesto sociale diventa risorsa preziosa per i servizi socio sanitari per costruire progetti di integrazione sociale e di cittadinanza attiva per situazioni che necessitano di ricostruire progetti di vita e legami significativi.

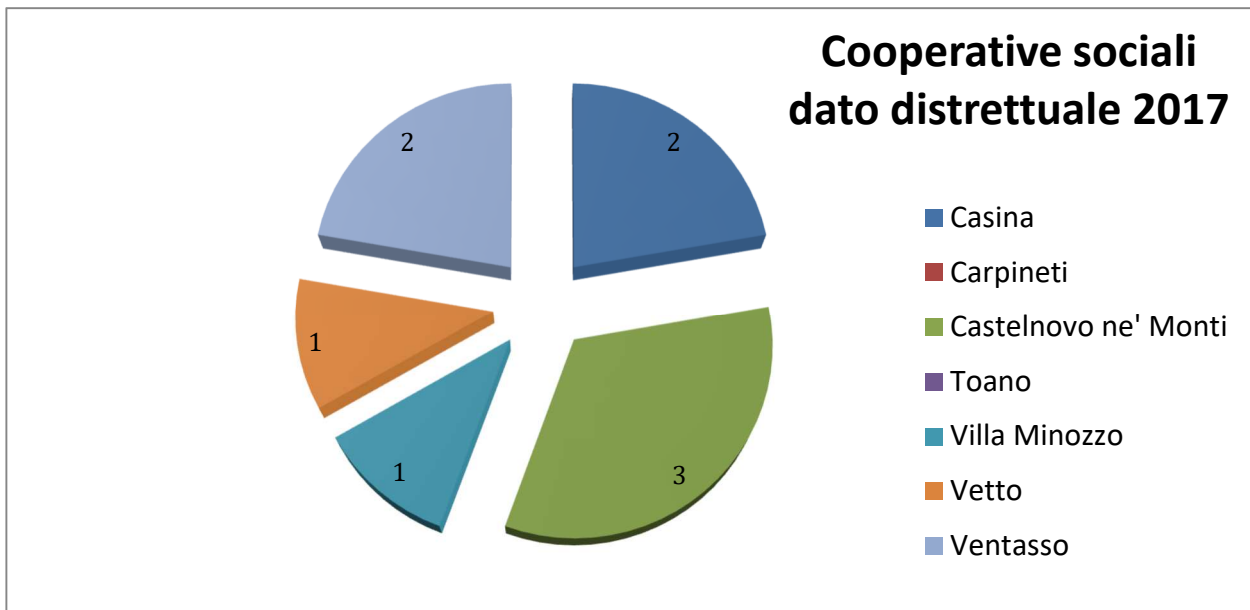
Le Cooperative sociali

Le cooperative sociali sono società cooperative che perseguono l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini. Svolgono un ruolo da protagonisti

nel *Welfare* di comunità attraverso la gestione e la progettazione di interventi e servizi rivolti ai minori, all'infanzia, agli anziani, ai disabili e alle persone svantaggiate e disagiate. Nel territorio dell'Unione dei comuni montani sono presenti sia cooperative di tipo A (che si occupano della gestione dei servizi socio-sanitari, formativi e di educazione permanente), cooperative di tipo B (si occupano della gestione di attività finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate nei settori: industria, commercio, servizi e agricoltura) e "cooperative miste". Svolgono, inoltre la propria attività nel territorio cooperative sociali che hanno sede a livello provinciale ed erogano servizi affidati o accreditati dall'ente pubblico.

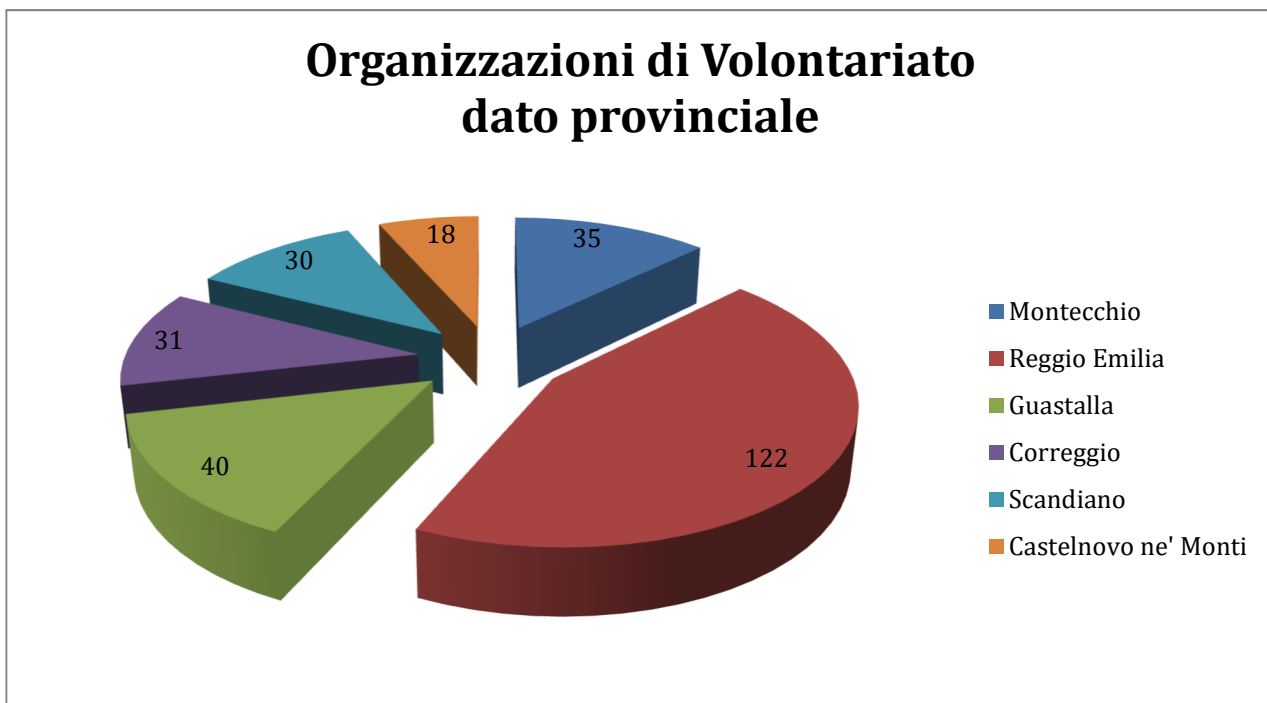


I servizi gestiti in convenzione/accreditamento nel settore educativo e socio-sanitario riguardano principalmente: **Case residenze anziani (8)**, **Centri diurni Anziani (2)**, **Servizio Assistenza Domiciliare**, **Centri diurni disabili (3)**, **laboratori socio occupazionali (2)**, **appartamenti protetti disabili (3)**, progetti in collaborazione con il Servizio socio educativo associato, il **progetto "Educativa di strada"**, altri progetti di prevenzione sulle tematiche della dipendenza e **progetti di integrazione sociale** dei cittadini stranieri.



Le Organizzazioni di volontariato

Le Organizzazioni di Volontariato (OdV) perseguono esclusivamente fini di solidarietà a favore di soggetti terzi rispetto all'organizzazione avvalendosi delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti. Sotto il profilo dell'ambito di intervento, le Organizzazioni sono impegnate in maniera prevalente nel settore sanitario, socio-assistenziale.



Le **Organizzazioni di Volontariato** nascono e lavorano in stretta correlazione con il territorio e le sue articolazioni. Per quello che riguarda la montagna, in particolare il **sistema delle Croci e l'Auser**, gestiscono in convenzione con i **soggetti pubblici il sistema dei trasporti sociali**, servizio che vista la

vastità del territorio risulta prezioso per permettere lo spostamento verso servizi sanitari o socio-sanitari. In questo ambito risulta sempre maggiore la richiesta di trasporto da parte di una popolazione fragile e a rischio di isolamento, anche in relazione ad attività di socializzazione e tempo libero. **Con le associazioni di volontariato che si occupano di supportare le famiglie** in difficoltà economica si è costruito un sistema di confronto e coordinamento finalizzato ad integrare le diverse azioni a supporto delle progettazioni dei servizi pubblici. Le integrazioni sviluppate riguardano i seguenti progetti:

Progetto “Raggio di Luce”: in un periodo di pesante crisi economica e sociale un gruppo di cittadini di Castelnovo ha deciso di aiutare chi si trova in gravi difficoltà economiche partecipando alle spese per le utenze domestiche (gas, luce, acqua) progettazione sviluppata sul Comune di Castelnovo ne’ Monti;

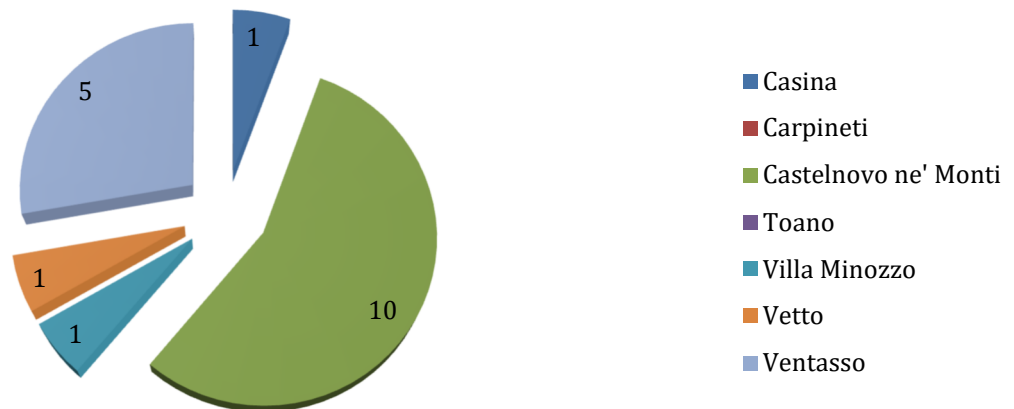
- **Progetto “Consegna Freschi”** come facente parte del più ampio progetto “Re Mida Food”. La progettazione nasce da una collaborazione dell’Amministrazione Comunale di Castelnovo ne’ Monti, di alcuni commercianti del territorio, della Cooperativa Ovile, della Casa della Carità (ove è situata la sede per lo stoccaggio dei prodotti alimentari) e dalla volontà di un gruppo di volontari che a nome e per conto di Ovile svolgono l’attività di raccolta e consegna delle derrate alimentari a famiglie in difficoltà segnalate dai servizi sociali.

- **Progetto “Brutti Ma Buoni”** il supermercato Coop Consumatori Nordest mette a disposizione quei prodotti non più commercializzabili, ma comunque ancora utilizzabili, da poter distribuire a famiglie in difficoltà individuate dai servizi sociali;

- Progetto “Raccolta prodotti per la scuola” il supermercato Coop Consumatori Nordest organizza, in collaborazione con le associazioni di volontariato, raccolte di prodotti scolastici da mettere a disposizione dei servizi per essere consegnati a famiglie in difficoltà;

- **Progetto “Raccolta generi alimentari”** il supermercato Coop Consumatori Nordest organizza, in collaborazione con le associazioni di volontariato, raccolte di generi alimentari da mettere a disposizione dei servizi per essere consegnati a famiglie in difficoltà;

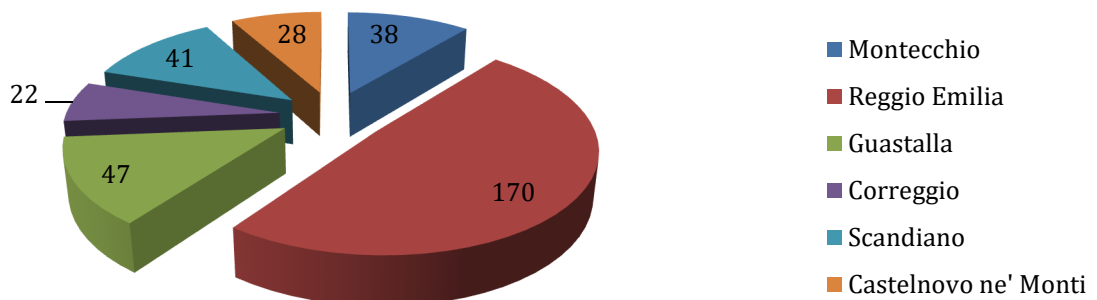
Organizzazioni di volontariato dato distrettuale



Le Associazioni di Promozione Sociale

Le Associazioni di Promozione Sociale perseguono interessi di carattere collettivo attraverso lo svolgimento di attività di promozione sociale rivolte a favore degli associati e di altri, come ad esempio: attività di attuazione dei principi di pace e solidarietà, di ricerca e promozione culturale, di sviluppo della personalità umana in tutte le sue espressioni, di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, ambientale, di sviluppo del turismo sociale, di sviluppo della pratica sportiva non professionistica tesa unicamente al miglioramento dello stile di vita, della condizione psico-fisica e delle relazioni sociali dei praticanti.

Associazioni di promozione sociale dato provinciale targett sociale



Il cosiddetto associazionismo tradizionale riguarda i circoli, i centri sociali e le pro loco, ed oggi è la principale risposta al fenomeno della solitudine che colpisce la popolazione anziana attraverso le iniziative ricreative, e le attività sociali. In controtendenza rispetto al coinvolgimento delle giovani generazioni lo si assiste nelle associazioni che promuovono l'attività sportiva, con un numero importanti di iscrizioni e aderenti, l'attività delle società sportive del territorio perseguono fini di solidarietà, educazione alla convivenza civile, all'aggregazione e alle sane abitudini di vita. Nel territorio distrettuale i maggiori ambiti di intervento riguardano le attività sportive ed i circoli ricreativi Pro Loco.



2.5 Analisi dei bisogni della popolazione residente

Infanzia, minori, famiglia

Come si evince dai dati presentati nel capitolo 1 “Fotografia del territorio” di questo lavoro, il territorio montano sta subendo un lento, ma continuo, spopolamento dovuto in primis al calo delle nascite: dal 2012 al 2015 il calo è costante, si nota una piccola ripresa solo nell’anno 2016 in cui nei 7 comuni presi in esame nascono 230 bambini. Il calo della natalità registrato è un dato che caratterizza tutto il territorio provinciale e nazionale. A fronte di un numero sempre minore di “utenti” (e quindi di entrate economiche minori rispetto ai territori con densità abitativa maggiore) i servizi cercano di organizzarsi al meglio per offrire alle famiglie le opportunità necessarie per

conciliare il lavoro e la vita familiare. E' molto importante poter strutturare un'offerta di qualità che permetta alle famiglie di avere una base di servizi di riferimento stabili e sicuri nel tempo.

Dal lavoro congiunto dei professionisti e attraverso l'analisi dei dati rilevati durante le attività del coordinamento pedagogico e del servizio psico-pedagogico è emerso come le aree ritenute maggiormente critiche riguardino la strutturazione e l'organizzazione delle famiglie (crescente numero di divorzi, anche conflittuali, e di genitori soli nella cura ed educazione dei figli), la conflittualità e la solitudine familiare, l'aumento del disagio psico-sociale nella fascia adolescenziale e pre-adolescenziale. E' inoltre indispensabile rendere più sistematica ed efficace l'integrazione tra servizi (servizi sociali ed educativi, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, pediatria, enti gestori). Il fine è di lavorare per un continuo miglioramento della qualità della scuola, consolidando la connessione con la dimensione sociale e sanitaria, costruendo percorsi e progetti in modo partecipato e condiviso, rafforzando un ruolo attivo e propositivo delle amministrazioni locali riguardo alle scelte strategiche delle politiche scolastiche.

Giovani generazioni

Il territorio montano vede una popolazione giovanile dispersa su un territorio vasto e servito da una rete di trasporti pubblici debole e frammentata con un conseguente alto rischio di disagio ed isolamento. La percezione riportata dagli osservatori regionali è di una costante preoccupazione nelle fasce giovanili per stili di vita legati all'abuso di alcolici e superalcolici già dalle classi medie e soprattutto nelle classi superiori, tale andamento regionale può essere traslato nella realtà locale. L'abbassamento dell'età dei consumatori, i cambiamenti nelle modalità e dinamiche di consumo ed un crescente numero di comportamenti a rischio rendono necessari percorsi di contatto e prese in carico adeguate alle realtà complesse.

Inoltre i ragazzi che intraprendono il percorso di studi secondario e coloro che hanno da poco finito gli studi paiono quelli maggiormente colpiti dalla crisi: coloro che hanno intenzione di proseguire gli studi devono necessariamente trasferirsi nelle città in cui hanno sede le Università, gli altri si trovano a dover fronteggiare un mercato del lavoro locale che offre poche possibilità di impiego e che verte soprattutto nei settori agro-alimentare (agricoltura e allevamento) e nelle realtà di produzioni industriali di dimensioni ridotte.

Il disagio maggiormente percepito dai giovani della montagna riguarda non solo il lavoro, ma anche la mancanza di eventi ed iniziative culturali di ampio respiro e adatte alle giovani generazioni, alla carenza di spazi di aggregazione adeguati.

Disabilità

Nonostante sia presente un'offerta ben strutturata e ampia permangono alcune criticità. Per quello che riguarda la percezione degli utenti si sottolinea la necessità di maggiore sostegno ai familiari impegnati nel percorso di cura, non solo da un punto di vista economico ma anche e soprattutto da un punto di vista del coinvolgimento e della formazione di parenti, amici e della comunità stessa.

Anche gli operatori dell'area disabili avvertono in questo contesto la necessità di lavorare sul coinvolgimento della comunità, sulla generazione di risorse informali di prossimità, di percorsi che favoriscano l'inclusione e il superamento di barriere culturali nei confronti di persone con bisogni speciali, barriere che sono ancora in grado di limitare la vita di relazione delle persone con disabilità e che in taluni casi producono *chiusura* e isolamento del nucleo familiare.

Tra le criticità più strutturali e legate al contesto di riferimento troviamo la scarsa possibilità di occupazione e pochi percorsi extra scolastici o laboratoriali protetti per acquisire competenze spendibili nel mondo del lavoro e per acquisire competenze trasversali, scarse opportunità di vita extra famigliari legate ad attività di socializzazione e ricreative.

Come per il resto della popolazione un elemento critico rimane la possibilità di potersi spostare agevolmente su un territorio molto vasto: l'organizzazione attuale dei trasporti non è in grado di soddisfare tutte le richieste e le necessità di persone disabili che soffrono, così, di ulteriore isolamento.

Anziani

In un contesto in cui gli anziani rappresentano una grande fetta di popolazione destinata a crescere è necessario rafforzare l'integrazione tra la rete di servizi al fine di rispondere in maniera efficiente ed efficace ai bisogni che si possono presentare proprio nella seconda parte della vita. La principale criticità che interessa anziani e familiari è senza dubbio la gestione al domicilio: se da un la domiciliarità è nella maggior parte dei casi il setting assistenziale più idoneo per la gestione dei bisogni dell'anziano, dall'altro è necessario prevedere un adeguato supporto ai familiari/caregivers per sostenere in modo appropriato il carico assistenziale, spesso gravoso poiché rappresentato da bisogni complessi (pluripatologie, disturbi cognitivi e comportamentali ecc.) e da una rete familiare a volte debole o assente.

Infine è necessario tenere in considerazione anche la dimensione di solitudine a cui molti anziani sono costretti vivendo in borghi poco abitati o in frazioni lontane dai centri abitati maggiori, alla scarsa o assente possibilità di muoversi utilizzando il trasporto pubblico (non tutti i paesi sono

serviti dalle corriere) e alle condizioni climatiche dell'area montana che spesso per periodi prolungati ostacolano gli spostamenti e acuiscono le situazioni di isolamento.

Soggetti a rischio esclusione sociale:

Anche nel nostro territorio gli effetti della crisi economica in atto permangono nel corso degli anni. Si assiste ad un aumento delle richieste di lavoro, del ricorso agli ammortizzatori sociali e a contributi economici, indebitamento, difficoltà nel pagare le utenze, aumento di accesso ai servizi tradizionalmente dedicati alle povertà. La dimensione di impoverimento diffuso, nel corso di questi anni, ha coinvolto anche fasce di popolazione non conosciute dai servizi socio-assistenziali. La precarietà economica nella quale si trovano coloro che perdono il lavoro li colloca all'interno della fascia di popolazione tradizionalmente considerata povera e a rischio di esclusione sociale.

Diritto alla casa

Nel corso degli anni la domanda di casa, a causa della persistente crisi economica, si è estesa a nuove categorie sociali, il generale impoverimento della popolazione o la precarietà della situazione lavorativa limita la tradizionale possibilità di acquistare una casa e contestualmente aumenta la difficoltà a sostenere i costi degli affitti e quelli di ammortamento dei mutui già assunti. Questo determina un aumento di richiesta da parte di famiglie che non sono in grado di far fronte agli affitti del mercato privato o la cui abitazione risulta inadeguata alle risorse economiche disponibili.

3. MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE

3.1 Il processo di riordino territoriale

La recente legislazione regionale individua l'ambito distrettuale quale articolazione delle Aziende sanitarie e circoscrizione territoriale in cui gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano, nelle forme e con gli strumenti previsti dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione regionale, le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. L'esercizio associato delle funzioni sociali e socio-sanitarie degli Enti locali in ambito distrettuale attraverso la forma dell'Unione è incentivato dalla Regione tramite i programmi di riordino territoriale (L.R. 21/2012) e gli indirizzi per la programmazione sociale e sanitaria. Nel distretto di Castelnovo ne' Monti il processo di riordino ha avuto inizio nel Gennaio 2014 con l'estinzione della Comunità Montana dell'Appennino Reggiano e la costituzione dell'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano coincidente con il relativo ambito territoriale ottimale.

Il processo di riorganizzazione dei servizi sociali ed educativi ha visto un percorso di studio e riflessione che si è sviluppato anche per rispondere al nuovo contesto sociale in evoluzione. In questi anni la società in continua trasformazione e la crisi economica hanno accelerato i cambiamenti nelle famiglie, mentre i servizi sociali sono rimasti ancorati ad un modello di risposta al bisogno. Ripensare il welfare vuol dire agire su due direttrici fondamentali che implicano un protagonismo attivo dei diversi attori coinvolti:

- abbandonare la logica individualistica a favore di un patto di alleanza tra Enti al fine di trovare sinergie sempre più strette per essere in grado di sostenere i propri cittadini in difficoltà;
- individuare l'ambito dell'Unione come ambito territoriale ottimale significa esercitare una governance condivisa sul processo decisionale e sul controllo qualitativo dei servizi erogati.

La vera scommessa, in questo nuovo modo di pensare i servizi, è quella di non dimenticare che il cittadino deve essere protagonista attivo di questo cambiamento e pertanto è necessario che i servizi siano percepiti come dei luoghi vicini (fisicamente e non solo) dove si possono trovare dei professionisti disponibili all'ascolto e pronti ad accompagnare chi è in difficoltà per sostenerlo ed aiutarlo. Al fine di favorire il percorso di conferimento in Unione della gestione associata dei servizi sociali e scolastici sono stati costituiti due tavoli di lavoro: uno tecnico e uno politico. Il tavolo politico ha delineato degli indirizzi:

- garantire la prossimità dei servizi ai cittadini
- migliorare la qualità dei servizi
- ottenere economie di scala
- migliorare gestione delle risorse umane e finanziarie.

In base a questi indirizzi si è sviluppato un confronto tra gli operatori del tavolo politico e di quello tecnico per definire un modello organizzativo. Dal confronto sono uscite riflessioni comuni che sono state assunte quali obiettivi che andranno perseguiti nel percorso di riordino:

1. necessità di mantenere un sistema centrale fortemente integrato tra educativo, sociale e socio-sanitario con competenze specialistiche e di coordinamento, suddiviso nelle seguenti in aree tematiche:

- area infanzia età evolutiva e servizio tutela minori;
- area socio educativa scuola, politiche giovanili;
- area adulti comprendendo il tema del lavoro e della casa e i progetti di prevenzione;
- area anziani e disabili;
- area segreteria/amministrativa comprendente ufficio gare acquisti;

2. necessità di riorganizzazione dei servizi scolastici per sviluppare uniformità di erogazione e integrazione con il sistema dei servizi;

3. necessità di definire uno sportello socio educativo che si occupi di sociale e scuola con personale amministrativo dedicato, liberando il lavoro professionale delle assistenti sociali;

5. necessità di rivedere i percorsi di comunicazione ed informazione (anche di natura informatica) tra i servizi più centrali ed i territori, quale sistema di partecipazione ai percorsi decisionali e di confronto.

3.2 Il conferimento dei Servizi sociali ed educativi in Unione dei Comuni montani dell'Appennino Reggiano

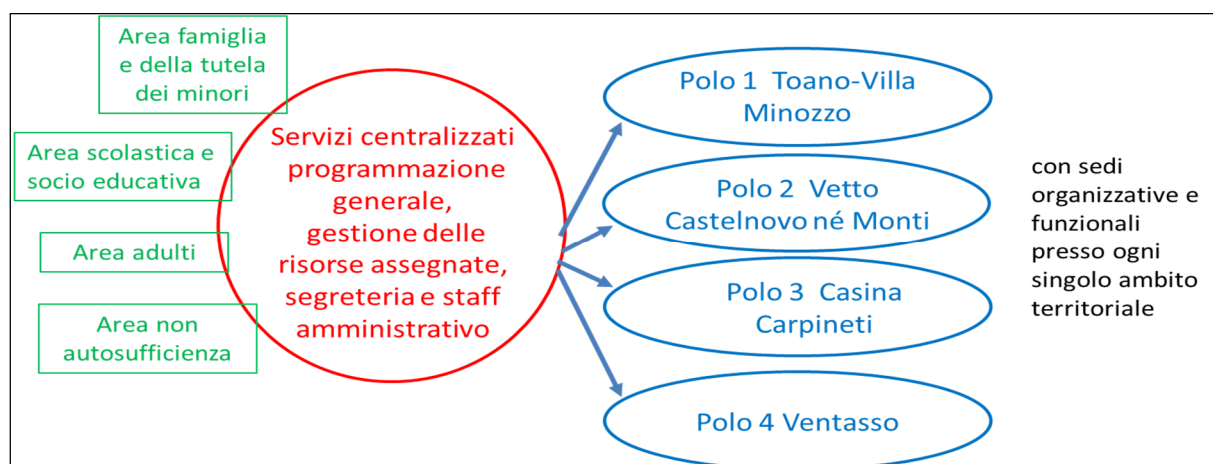
Ad Agosto 2017 è stata stipulata la convenzione per il conferimento all'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano delle funzioni di progettazione e gestione del sistema locale dei Servizi Sociali (ed erogazione delle Relative Prestazioni ai Cittadini) e dei Servizi educativi. La gestione centralizzata è finalizzata a garantire:

- la disponibilità sul territorio dell'Unione di un servizio con compiti specifici di programmazione, organizzazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali;
- la progressiva uniformità di criteri e interventi su tutto il territorio dell'Unione;
- l'efficienza, l'efficacia, l'economicità e la qualità dei servizi e degli interventi, nel rispetto dei

bisogni dei cittadini e sulla base dei principi di pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza;

- l'integrazione ed il coordinamento con altri enti, istituzioni e soggetti operanti in ambito socio-sanitario, sanitario ed educativo. L'esercizio unificato delle funzioni ricomprende tutti i compiti, gli interventi e le attività che la legislazione nazionale e regionale e la programmazione regionale e distrettuale assegnano a questo ambito funzionale dei Comuni. L'Unione ha ritenuto necessario prevedere una struttura organizzativa in cui siano presenti: Servizi centralizzati con articolazioni organizzative quali programmazione generale e gestione delle risorse assegnate, area famiglia e della tutela dei minori, area scolastica e socio educativa, area adulti e area della non autosufficienza, funzioni di coordinamento e servizi di segreteria e amministrativi (area staff amministrativo); Servizi territoriali organizzati per Poli (Polo 1 Toano-Villa Minozzo, Polo 2 Castelnovo ne' Monti-Vetto, Polo 3 Casina-Carpineti, Polo 4 Ventasso) con sedi organizzative e funzionali presso ogni singolo ambito territoriale, per il presidio diretto sul territorio di tutte le funzioni di sportello sociale e scolastico-educativo. La governance distrettuale è garantita dal Comitato di Distretto composto dai Sindaci dei Comuni dell'Unione. Il supporto operativo è assicurato dall'Ufficio di Piano. Il Comitato di Distretto assicura il governo delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni. Il ruolo del Comitato di Distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione e vi partecipa il Direttore di Distretto per concertare gli indirizzi in ambito socio-sanitario e sanitario territoriale.

SERVIZIO SOCIALE ED EDUCATIVO ASSOCIATO



Servizio Sociale ed Educativo associato Unione Montana Comuni dell'Appennino Reggiano- Articolazione organizzativa

4. SCELTE STRATEGICHE, PRIORITA', OBIETTIVI

4.1 Riferimento ai tre obiettivi prioritari del PSSR

In continuità con il lavoro degli anni precedenti e in linea con gli obiettivi del PSSR 2018-2020, il Distretto socio-sanitario di Castelnuovo nè Monti persegue tre obiettivi principali:

1- Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà. Con il nuovo PSSR sono stati introdotti tre strumenti, nuovi e sperimentali che insieme hanno l'obiettivo di fronteggiare le esigenze e le domande di chi rischia di rimanere completamente tagliato fuori dal mercato del lavoro e dalla società attiva: La legge regionale sull'inclusione socio-lavorativa (L.R. 14/2015), la legge regionale sul Reddito di solidarietà (L.R. 24/2016) e l'attuazione del Sostegno per l'inclusione attiva introdotto dal governo. Queste proposte sono state favorevolmente accolte sia in ambito politico (con un impegno concreto a mobilitarsi sul territorio per creare una rete tra servizi, mondo del lavoro e imprenditoria locale), sia in ambito sociale attraverso l'organizzazione di un sistema di gestione di questi finanziamenti che prevede la creazione di equipe multi-professionali (composte da personale del settore sanitario, sociale e del lavoro) chiamate a lavorare insieme per prendere in carico le situazioni, progettare percorsi personalizzati e quindi rispondere con progetti condivisi ed efficaci.

2- Ruolo del distretto come snodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria. La realizzazione di questo obiettivo è supportata dalle scelte politiche di unificare e centralizzare i servizi sociali e scolastici portandoli all'interno dell'Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano la cui area di competenza coincide con quella del distretto sanitario. In questo modo è possibile una regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali che permette di agire strategicamente e di ottimizzare le risorse.

3- Creazione di strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali. Questo obiettivo assume particolare rilevanza nell'area della assistenza territoriale per l'utenza che si connota come portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro, per l'utenza che alle caratteristiche socio-sanitarie associa la previsione di lunga-assistenza e per la popolazione che ha bisogno di prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione.

4.2 SNAI –Strategia Nazionale Aree Interne

Le Aree Interne rappresentano una parte ampia del Paese – circa tre quinti del territorio e poco meno di un quarto della popolazione – assai diversificata al proprio interno, distante da grandi centri di agglomerazione e di servizi e con traiettorie di sviluppo instabili, ma tuttavia dotata di risorse che mancano alle aree centrali, con problemi demografici ma anche fortemente policentrica e con forte potenziale di attrazione.

La **Strategia Nazionale delle Aree Interne** si gioca sulla sinergia tra politiche di adeguamento dei **Servizi di Cittadinanza e Progetti di Sviluppo locale**. Le politiche “ordinarie” per i servizi di cittadinanza riguardano in particolare i campi di **Scuola, Sanità, Mobilità** e connettività. I progetti di sviluppo locale riguardano gli ambiti tematici individuati dalla Strategia e dall’Accordo di Partenariato: tutela attiva del territorio/sostenibilità ambientale, valorizzazione del capitale naturale/culturale e del turismo, valorizzazione dei sistemi agro-alimentari, attivazione di filiere di energie rinnovabili, saper fare e artigianato.

Il Dipartimento della Coesione Territoriale (DPS) del Ministero dello Sviluppo Economico ha individuato un percorso di attuazione della Strategia Nazionale per le Aree Interne prevista dall’Accordo di Partenariato per l’impiego dei Fondi Strutturali 2014-2020 adottato dalla Commissione Europea il 29 ottobre 2014, che prevede la selezione per ciascuna area regionale, di alcune aree tra le quali individuare, attraverso un percorso di confronto aperto e condiviso (con la Regione interessata e con le diverse aree), una prima area pilota nella quale sperimentare l’attuazione della previsione contenuta nella legge di stabilità 2014 che prevede specifiche azioni di sostegno alla implementazione della Strategia Nazionale;

Con deliberazione n. 1111 del 3 agosto 2015 la Giunta della Regione Emilia Romagna ha individuato le quattro aree proposte come candidabili alla sperimentazione della Strategia Nazionale per le Aree Interne e, tra queste, il territorio dell’Appennino Reggiano corrispondente all’ambito dell’Unione Montana dell’Appennino Reggiano.

La Regione Emilia Romagna ha proposto al Comitato Nazionale Aree Interne, che l’ha accolta, una ripermutazione della individuazione prospettata, confermando il **territorio dell’Unione Montana dell’Appennino Reggiano come “area progetto”** nella quale indirizzare preferenzialmente le azioni progettuali in attuazione della strategia, ed individuando una più estesa “area strategia” comprendente anche altri comuni del reggiano, del modenese e del parmense, sui quali possono positivamente ricadere gli effetti del successo della strategia messa in campo;

A seguito del percorso istruttorio sviluppato in corrispondenza a quanto previsto dalla strategia nazionale, la Giunta della Regione Emilia Romagna, con deliberazione n. 473 del 4 aprile 2016 ha deliberato di individuare quale prima area progetto ai sensi della Delibera CIPE n. 9 del 28 gennaio 2015 l'area dell'Appennino Emiliano.

La forma più utile per intraprendere al meglio il progetto di sviluppo è quella di una **Agenda Strategica Locale, condivisa dalle istituzioni e partecipata dagli attori economici e sociali del territorio**, che propone in forma selettiva e realistica gli **obiettivi** condivisi verso cui avvicinarsi e le **azioni progettuali** con cui operare.

La Strategia ha preso avvio dalla *visione* della Montagna del Latte, proponendola come immagine emblematica di sviluppo dell'economia locale, a partire dall'innovazione e dal rafforzamento strutturale delle risorse esistenti.

Il fil rouge della Montagna del Latte attraversa i temi del turismo sostenibile, della riserva di biosfera in equilibrio con la presenza umana, il sistema formativo si proietta sul fronte di politiche per la salute nelle quali l'alimentazione è componente decisiva di stili di vita orientati al ben-essere della popolazione (non solo quella di montagna), già a partire dalla prima infanzia.

Proprio quello degli stili di vita, orientati al benessere attivo, alla salute e alla pratica sportiva si propone come una seconda chiave di lettura integrata della Strategia, un percorso che tiene insieme i servizi riabilitativi della cardiologia ospedaliera, la formazione polisportiva di base dei giovani e degli adolescenti, l'innovazione del prodotto turistico attorno all'escursionismo, al cicloturismo e, naturalmente, all'alimentazione salutare.

C'è poi un terzo profilo interpretativo che attraversa la Strategia, quello delle comunità intraprendenti. L'Appennino emiliano è stato luogo di incubazione, di sperimentazione e di crescita di esperienze innovative e importanti attorno alle Cooperative di comunità di Succiso e del Cerreto. Dimostrazione tangibile che una traiettoria diversa è possibile, anche quando la mancanza di economie di scala e di agglomerazione sembrerebbe non consentire più di mantenere attività che si misurano in qualche modo con il mercato. Montagna del latte, stili di vita salutari e comunità intraprendenti rappresentano per l'Appennino Emiliano tre essenziali profili di integrazione progettuale. In diversa misura, ad essi possono essere agevolmente ricondotti i temi e gli obiettivi che orientano la progettazione delle azioni in cui si articola la Strategia d'Area e la programmazione distrettuale.

4.3 Obiettivi del piano di zona

Gli obiettivi declinati prevedono una forte integrazione tra le politiche e i servizi, tra questi e il terzo settore, ponendo al centro le persone, le famiglie e le comunità. Tali obiettivi si riferiscono a target tradizionali di servizi ma vedono anche azioni innovative e trasversali, orientate a superare la frammentazione settoriale degli interventi e delle conoscenze. Il lavoro svolto a diversi livelli deve essere orientato all'integrazione delle risorse, alle azioni di cura e di inclusione, deve avere uno sguardo comune, aperto verso le diverse specificità e competenze dei servizi.

Le direttrici principali del triennio:

- ✓ assicurare una programmazione fondata su appropriatezza, sostenibilità, equità;
- ✓ assicurare la governance del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali;
- ✓ perseguire lo sviluppo qualitativo e l'integrazione del sistema dei servizi alla persona nel suo complesso;
- ✓ rafforzare e sviluppare il modello organizzativo del servizio sociale ed educativo;
- ✓ sviluppare gli strumenti operativi multidisciplinari a sostegno di progetti personalizzati/percorsi integrati di presa in carico e continuità di cura e assistenza nei diversi ambiti;
- ✓ potenziare gli interventi rivolti all'inclusione attiva dei singoli e delle famiglie in situazioni di vulnerabilità;
- ✓ potenziare gli interventi di prevenzione e promozione della salute in tutte le fasce d'età;
- ✓ rafforzare lo sviluppo delle cure primarie e dei modelli integrati e proattivi di intervento nella cronicità;
- ✓ rafforzare e ampliare le azioni integrate a sostegno delle giovani generazioni;
- ✓ potenziare le azioni di sostegno ai caregivers (genitori, famiglie, professionisti, assistenti familiari, volontari);
- ✓ rafforzare gli interventi di prossimità nell'ambito della fragilità, della solitudine, del disagio, della disabilità;
- ✓ promuovere la cultura della prevenzione e contrasto alla violenza di genere e alla violenza/abuso sui minori, la cultura dell'inclusione, della solidarietà e l'empowerment di comunità;
- ✓ implementare i progetti della Strategia Nazionale Aree Interne.

Aree d'intervento trasversali

Domiciliarità e prossimità

L'obiettivo principale è la presa in carico precoce e preventiva delle fragilità attraverso lo sviluppo ed il potenziamento della collaborazione e del coordinamento tra i diversi servizi socio educativi, sociali, socio-sanitari e sanitari, al fine di migliorare l'innovazione dei servizi esistenti e ottimizzare gli strumenti in uso. La creazione di interventi dedicati connotati da una maggiore vicinanza ai bisogni e da una dimensione relazionale meno formale, meno "istituzionale".

Prevenzione delle disuguaglianze e promozione della salute

In quest'area si intendono sviluppare azioni in grado di promuovere il tema del benessere sociale. I servizi si devono confrontare con le più svariate "diversità", non riconducibili alle tradizionali forme di classificazione dei soggetti svantaggiati (poveri, emarginati, ecc.) situazione che possono essere connotate come "vulnerabilità sociale", che richiamano l'attenzione sulla multidimensionalità dei fenomeni e sulle nuove forme di fragilità sociale. Occorre riconoscere in modo precoce le situazioni di fragilità che potrebbero essere determinati all'ingenerarsi di situazioni di pregiudizio. Gli ambiti ritenuti di priorità riguardano in particolare il sostegno ai contesti familiari, le progettazioni sui primi mille giorni di vita, la fascia dell'adolescenza ed il sostegno alla genitorialità.

Promozione dell'autonomia

In questo ambito si ritiene necessario integrare le politiche sociali e sanitarie con le politiche educative, della formazione, del lavoro ed abitative al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie in situazione di fragilità, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi. Percorso che deve vedere una stretta integrazione con il contesto produttivo locale per offrire opportunità concrete ai progetti sviluppando azioni di formazione e di integrazione lavorativa.

Qualificazione dei servizi

Nel triennio occorre completare e consolidare il percorso di riordino del servizio Servizio Sociale ed Educativo Associato attraverso una stretta integrazione con il sistema dei servizi sanitari, del lavoro e delle politiche abitative, ponendo un'attenzione particolare a tutti gli interventi e le azioni che concorrano a rinforzare, ed in alcuni casi ad innovare, il sistema organizzativo e professionale dei servizi stessi.

Aree di intervento specifiche

Infanzia, minori, famiglia

I cambiamenti sociali che stanno modificando il contesto familiare della nostra regione stanno determinato un ripensamento del sistema dei servizi rivolti all'infanzia: si vogliono sviluppare modelli organizzativi innovativi e rispondenti alle esigenze delle famiglie mantenendo un'offerta di qualità flessibile e sostenibile nel tempo. Nel prossimo triennio si ritiene necessario sviluppare:

- una graduale uniformità organizzativa del sistema scuola attraverso regolamenti comuni, un sistema informatizzato comune per la gestione dei servizi scolastici;
- l'integrazione tra coordinamento pedagogico e servizi dedicati all'infanzia e alla famiglia sia in termini di progettazione che realizzazione operativa;
- azioni di prevenzione all'interno della rete dei servizi educativi, sociali e sanitari per intercettare in modo precoce elementi di fragilità delle famiglie per promuovere azioni di sostegno e supporto.

Occorre sviluppare le politiche educative e sociali e socio-sanitarie nella loro funzione strategica di promozione del benessere per la crescita dei bambini e dei ragazzi, di sostegno alle funzioni genitoriali, di prevenzione per rompere la catena di riproduzione delle disuguaglianze sociali e favorire processi di inclusione.

E', inoltre, importante mantenere l'attenzione agli interventi di protezione nelle situazioni complesse: dai crescenti casi di fragilità educativa alle situazioni più gravi che richiedono un'attivazione dei sistemi di protezione e tutela quali ad esempio i casi di allontanamento dei minori, di abuso e maltrattamento, di accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

Promozione dell'agio e prevenzione del disagio giovanile

In relazione al tema della promozione degli stili di vita e prevenzione dei comportamenti a rischio verranno confermate le azioni all'interno delle scuole mantenendo una stretta regia in capo al Tavolo Prevenzione attivo da diversi anni nel territorio. Il Tavolo Prevenzione vede la presenza di insegnanti di riferimento dei diversi istituti scolastici, operatori del sociale, del socio educativo, del sanitario e rappresentanti delle agenzie di prevenzione che lavorano nel territorio (Cooperativa sociale Papa Giovanni XXIII, Centro di Prevenzione sociale e Luoghi di prevenzione). Nel 2018 è stata promossa dal Tavolo prevenzione una ricerca in relazione al mondo del digitale che ha coinvolto un numero significativo di giovani e genitori, tale da permettere una lettura approfondita del fenomeno che servirà per sviluppare la programmazione nel prossimo triennio. Continuità verrà data all'azione degli "operatori di strada" per la prevenzione di comportamenti a rischio nei contesti

locali, la progettazione sarà integrata con le azioni del piano di prevenzione al gioco di azzardo locale.

Disabilità

La programmazione del prossimo triennio cercherà di sviluppare maggiormente progetti integrati tra sociale, sanitario, sistema scolastico e formativo e l'associazionismo del territorio al fine di sviluppare interventi che considerino le persone nella propria complessità e nel contesto socio culturale nel quale sono inserite. Occorre avere un'attenzione al progetto fin dalla sua nascita sviluppando una presa in carico precoce delle famiglie e del percorso di vita per uscire dalle logiche più assistenziali dei servizi e cercare di sviluppare azioni che si orientino allo sviluppo delle autonomie in contesti non necessariamente solo pubblici per innescare un percorso virtuoso di cambiamento culturale.

Attenzione va mantenuta anche all'area delle gravissime disabilità, situazioni che hanno visto un aumento negli ultimi anni. Su queste situazioni è necessario mantenere alto il livello di specializzazione e qualificazione per la complessità dei bisogni che portano.

Anziani

Le politiche nei confronti degli anziani sono indirizzate a favorire la permanenza degli stessi nel proprio nucleo familiare e nel proprio contesto di vita. All'interno di questa area risulta strategico il ruolo svolto del servizio sociale territoriale in termini di informazione, progettazione e presa in carico sviluppando anche azioni di socializzazione rivolte alla promozione del benessere.

Gli obiettivi del triennio si orientano, dunque, alla promozione di una domiciliarità rivolta a forme più innovative che includano un sistema di prevenzione e protezione per situazioni di fragilità, al sostegno alla famiglia nel lavoro di cura attraverso l'attivazione di risposte e servizi personalizzati, integrati e flessibili.

E' necessario, inoltre, mantenere e consolidare i rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato in relazione al sistema di trasporto per gli anziani per rispondere alle esigenze delle famiglie e permettere la frequenza ai servizi socio-sanitari come da singole progettazioni. Altra azione ritenuta prioritaria è la figura dell'amministratore di sostegno, importante strumento di integrazione tra famiglie e i servizi che si occupano della non autosufficienza, figura che deve essere promossa attraverso azioni di informazione e sensibilizzazione.

Soggetti a rischio di esclusione sociale

In un momento in cui i bisogni aumentano e le risorse sono inversamente proporzionate è opportuno sostenere le situazioni di massima difficoltà dove non vi sono risorse altre attivabili.

Per cercare di far fronte a queste situazioni di povertà sia a livello nazionale che regionale sono state attivate misure di inclusione sociale attiva (Sia- Rei-Res), e progettazioni legate alla legge regionale 14/2015 (vedi capitolo 5 “Lotta alla povertà”). Queste misure di attivazione sociale e lavorativa sono strettamente legate ad una progettualità costruita con i servizi, con le aziende del territorio, con il privato sociale e il volontariato. La programmazione del prossimo triennio è fortemente centrata sul proseguimento e il potenziamento di queste misure, perseguendo la logica di un allontanamento dall’assistenzialismo e di un avvicinamento alla partecipazione attiva.

E’ importante, inoltre, mantenere l’attenzione sulla problematica del disagio psichico e delle dipendenze patologiche (alcolismo, tossicodipendenza e gioco) attraverso il coinvolgimento del contesto locale.

Diritto alla casa

Il tema dell'abitare è in stretta sinergia con tutte le politiche di welfare.

Diventa necessario rispondere al bisogno di casa prevedendo una forte integrazione tra il sistema dell'edilizia sociale e la progettazione di autonomia che i servizi sviluppano. Per fare ciò, è necessario ripensare il sistema dell’offerta di servizi abitativi puntando alla sinergia del settore privato con le amministrazioni pubbliche. Occorre promuovere il sostegno alle fasce più svantaggiate, attraverso l’edilizia residenziale pubblica, e la creazione di soluzioni abitative innovative e a basso costo per una platea di beneficiari più ampia.

4.4 Schede di intervento per la programmazione 2018-2020 del distretto di Castelnovo né Monti

Numero scheda	Titolo
1	Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali
2	Sviluppo e consolidamento dell'ufficio di piano
3	Consolidamento del sistema dei servizi sociali, educativi e socio-sanitari distrettuali
4	Misure a contrasto della povertà (Sia/Rei, Res)
5	Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale
6	Avvicinamento al lavoro per persone fragili e vulnerabili – L.R. 14/2005
7	Cittadinanza in rete
8	Primi mille giorni di vita
9	Sostegno alla genitorialità
10	Servizio psico-pedagogico
11	Piattaforma 0-10
12	Progetto adolescenza
13	Prevenzione gioco d'azzardo
14	Contrasto alla violenza di genere
15	Marco si è loggato e non posta più – Ricerca sui social media
16	Sostegno agli interventi di promozione del benessere dei giovani e di prevenzione al consumo/abuso di sostanze
17	Consolidamento ed ampliamento del consultorio giovani per la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti
18	Qualificazione e accoglienza bambini adolescenti e neo maggiorenni con bisogni socio

	sanitari complessi
19	Favorire autonomie per una vita indipendente
20	Accesso, in situazioni di urgenza, ai servizi territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
21	Progetto Primi Passi e Integrabili
22	Riconoscimento del ruolo del care-giver familiare
23	Centro per l'adattamento dell'ambiente domestico-sportello unico distrettuale
24	Qualificazione ed Emersione del lavoro di cura svolto dalle Assistenti Familiari
25	Sportello amministrazione di sostegno
26	Percorsi integrati ospedale territorio
27	Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità e sistema d'accesso
28	Interventi a sostegno della domiciliarità Area disabili Adulti - Assegno di cura
29	Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità-Centri Socio-riabilitativi Diurni
30	Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità - Laboratori Protetti
31	Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità-Gruppi Appartamento
32	Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità- Strutture Residenziali di alto livello
33	Tirocini di inclusione e Cittadinanza attiva-Area Disabili Adulti
34	Progetto EXTRA-Time (tempo libero) Area Disabili Adulti
35	Dopo di noi
36	Sistema integrato di interventi per le persone con gravissime disabilità
37	Laboratorio teatrale di esplorazione Formazione per operatori, familiari, utenti disabili e comunità

38	Mantenimento e sviluppo del servizio di assistenza domiciliare
39	Monitoraggio delle domande di accesso alle strutture residenziali
40	Contributi economici per il mantenimento al domicilio - anziani
41	Centri d'Incontro-Meeting center
42	Casa della salute a bassa complessità Toano
43	Infermiere di comunità
44	Autosoccorso di comunità
45	Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità
46	Preso in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito rete cure palliative
47	Centro di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria
48	Riorganizzazione della rete ospedaliera
49	Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
50	Emergenza – urgenza
51	Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
52	Equità nell'AUSL IRCCS di RE: un approccio di sistema
53	Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
54	Capirsi fa bene alla salute -Health Literacy
55	Il presidio sociale delle cooperative di comunità

5. LOTTA ALLA POVERTA'

In ambito europeo, sin dalla Strategia di Lisbona del 2000, si è affermato un indicatore di povertà relativa, inizialmente denominato incidenza di «basso reddito» e poi ribattezzato «rischio di povertà». Secondo tale definizione, è a rischio di povertà una famiglia il cui reddito è inferiore al 60% del reddito mediano equivalente nazionale. L'ultima rilevazione in Italia è del 2016 (redditi 2015) e indica in tale condizione il 20,6% della popolazione residente. Tale indicatore è stato ultimamente affiancato da altre due misurazioni della povertà e dell'esclusione sociale: l'incidenza della grave deprivazione materiale, pari nel 2016 al 12,1% della popolazione italiana (si tratta di famiglie con 4 problematiche su 9 individuate a livello UE: dal non potersi permettere la TV, l'auto, la lavatrice, il telefono, un pasto adeguato ogni due giorni, una settimana di ferie l'anno lontano da casa, al non poter far fronte ad una spesa imprevista di 800 euro, non riuscire a riscaldare adeguatamente l'abitazione, essere in arretrato con i pagamenti – mutuo, affitto, bollette); e, infine, l'incidenza delle persone in famiglia a molto bassa intensità lavorativa (famiglie cioè in cui i mesi lavorati sono meno del 20% del potenziale) pari al 12,8% della popolazione.

Con il decreto legislativo n. 147 del 2017, l'Italia ha per la prima volta nella sua storia una legge sulla povertà.

5.1 Legge Regionale 14 del 2015

La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine ha aumentato il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali alla ricerca di un lavoro. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano, isolandosi da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.

La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della Regione Emilia Romagna della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: *“Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari.”*

Questa legge scommette su alcuni punti: **il progetto** deve essere fatto **con e per la persona**, la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una **condizione temporanea** che **può essere superata**, il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.

Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:

- 1) **promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia** attraverso il lavoro delle **persone in condizione di fragilità e vulnerabilità**;
- 2) realizzare una **programmazione e attuazione integrata degli interventi**.

Il territorio dell'Unione Montana si caratterizza per elevata difficoltà di occupazione, in questo contesto negli ultimi anni si è assistito ad un aumento di situazioni di fragilità/vulnerabilità che si possono collocare in un'area grigia, fatta di lavori temporanei, precari, instabili.

L'obiettivo generale del piano territoriale triennale della L.R. 14/2015 è quello di **contrastare l'isolamento e l'esclusione di persone** che a vario titolo possono risultare **vulnerabili e fragili**.

Sulla scorta delle criticità evidenziate, in coerenza con le risorse assegnate dalla regione, si prevede di poter offrire opportunità a circa 100 persone (prima valutazione della potenziale utenza conosciuta e presa in carico dai diversi servizi) che potrebbero rientrare all'interno del profilo di fragilità.

Nei pochi mesi di sperimentazione oltre agli utenti già in carico ai servizi, si è incontrata un'utenza che fino a poco tempo fa non si rivolgeva ai servizi sociali o sanitari: sono situazioni che richiedono un percorso di approfondimento importante per valutare, oltre le fragilità presenti, anche i bisogni su cui progettare un percorso di sostegno. Conoscenza che risulta importante per poter definire le azioni annuali da attivare, in relazione ai bisogni presenti in quel determinato momento creando un percorso progettuale sul sistema complessivo.

Nel distretto di Castelnovo né Monti a Luglio 2018 erano 240 le persone individuate per essere sottoposte alla prima "valutazione", per capire se in possesso delle 10 caratteristiche necessarie per entrare nella progettazione. Di queste, 84 non sono state ammesse perché non in possesso di tutte le caratteristiche, 53 sono state ammesse e sono state prese in carico (i servizi si sono attivati con gli altri attori coinvolti per progettare insieme alla persona l'attività più adatta alle esigenze rilevate), 11 situazioni sono ancora in fase di valutazione (necessitano di maggiori approfondimenti), 18 persone sono state confermate e sono in attesa di essere chiamate per iniziare la progettazione congiunta, a 74 persone è stato annullato o sospeso momentaneamente il profilo.

Numero di situazioni profilate a LUGLIO 2018	240
Numero di persone non ammesse (non in possesso dei 10 items per l'accesso)	84
Numero di persone ammesse (accesso superato e/o prese in carico)	53
Numero di persone di cui si sta valutando la situazione	11
Valutazioni confermate e in attesa	18
Numero di persone il cui profilo è stato annullato o in sospenso	74

A livello territoriale si ritiene fondamentale mantenere un rapporto di confronto e collaborazione con le associazioni di categoria, i sindacati e il contesto produttivo locale con l'obiettivo di costruire una progettualità diffusa, raccogliendo l'esigenza e opportunità di sviluppo del contesto produttivo per orientare le azioni da realizzare. Intercettare le esigenze di formazione o manodopera nel contesto locale è fondamentale per dar corso alla formazione e ai percorsi di tirocinio. Il primo piano territoriale ha richiesto molto tempo nella definizione dei diversi aspetti organizzativi, amministrativi e procedurali, per permettere l'attivazione delle equipe e la loro operatività, sia livello regionale che locale.

Il Distretto Castelnuovo né Monti ha svolto un lavoro propedeutico di organizzazione del sistema che ha richiesto:

- la costruzione della equipe multi-professionale e la formalizzazione della stessa (coordinamento e partecipanti) e organizzazione del lavoro;
- la condivisione e l'approvazione di modalità operative di valutazione delle situazioni di fragilità (situazioni già conosciute e situazioni nuove);
- la costruzione di una progettazione di presa in carico complessiva che permette di elaborare progetti personalizzati e condivisi con l'utenza;
- la costruzione di una modalità di confronto sulle progettazioni approvate;
- il monitoraggio costante che permette di attuare strategie necessarie alla buona riuscita del progetto o, se necessario, la ridefinizione delle stesse;

- il raccordo costante con l'ente attuatore in relazione alla realizzazione dei progetti.

Questa fase di condivisione ha permesso la costruzione di una modalità operativa chiara con definizione dei diversi ruoli e delle azioni da attivare.

5.2 Misure a contrasto della povertà (Sia/Rei, Res)

Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà, percorso completato con l'approvazione del Reddito di inclusione REI. La Regione Emilia -Romagna ha deciso inoltre di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale. Nel mese di dicembre 2016 è stata pertanto approvata la legge regionale 24/2016 "Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" che ha previsto l'istituzione in Emilia -Romagna del Reddito di Solidarietà RES, finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Il RES ha previsto l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in ottica universalista, infatti possono accedervi tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale. Nel nostro territorio la dimensione di impoverimento diffuso, nel corso di questi anni, ha coinvolto anche fasce di popolazione non conosciute dai servizi socio-assistenziali. Per cercare di far fronte a questa situazioni di povertà sono state attivate misure di inclusione sociale attiva: per godere del beneficio economico, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dell'Unione, in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.

Obiettivo del sistema è la graduale autonomia dei contesti famigliari. Queste misure non sono, quindi assistenzialistiche, benefici economici «passivi»: al nucleo familiare beneficiario è richiesto un impegno ad attivarsi, sulla base di un progetto personalizzato condiviso con i servizi territoriali, che accompagni il nucleo verso l'autonomia. Allo stesso modo è essenziale che la rete dei servizi si apra alla comunità, coinvolgendo il terzo settore, le forze produttive del territorio per concretizzarsi come via maestra per uscire dalla povertà.

5.3 Attuale assetto organizzativo e sintesi delle scelte previste (in riferimento a Avviso 3 PON FSE inclusione e Fondo povertà)

L'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano con l'istituzione del Servizio Sociale ed Educativo Associato si è dotata di una struttura organizzativa che prevede: Servizi centralizzati specialistici: programmazione generale e gestione delle risorse assegnate, area famiglia e della tutela dei minori, area scolastica e socio educativa, area adulti e area della non autosufficienza, funzioni di coordinamento e servizi di segreteria e amministrativi; Servizi territoriali organizzati per poli (Polo 1 Toano-Villa Minozzo, Polo 2 Castelnovo ne' Monti-Vetto, Polo 3 Casina-Carpinetti, Polo 4 Ventasso) con sedi organizzative e funzionali presso ogni singolo ambito territoriale.

Il servizio sociale territoriale rappresenta lo snodo centrale per la attivazione e la realizzazione delle misure di contrasto alla povertà.

Il servizio fornisce prestazioni professionali su tutto il territorio dell'Unione assicurando:

Sportello sociale ed educativo territoriale: informazione, accesso e segretariato sociale, con funzioni di informazione, consulenza, orientamento e assistenza nella presentazione delle domande;

Assistente sociale di polo territoriale o servizio specialistico socio-sanitario o sanitario, in caso di bisogno complesso l'assistente sociale del polo di riferimento attiva l'equipe multidisciplinare la cui composizione varia a seconda delle esigenze riscontrate;

Equipe multi-professionale e progetto personalizzato con definizione degli obiettivi generali e dei risultati specifici attesi, insieme dei sostegni messi a disposizione dei nuclei da parte dei servizi coinvolti e dai soggetti del terzo settore che collaborano all'attuazione del progetto e gli impegni assunti dai nuclei medesimi.

L'equipe di riferimento per le progettazioni è quella prevista per la LR 14/2015 e rappresenta lo strumento operativo dell'integrazione delle competenze specialistiche delle funzioni sociali, sanitarie, del lavoro. E' lo strumento per la valutazione della condizione di "bisogno" delle persone e per la definizione del programma personalizzato di intervento, la gestione del caso e il monitoraggio delle azioni svolte e dei risultati progressivamente raggiunti. L'equipe è composta dall'assistente sociale del polo territoriale di riferimento, dai professionisti sanitari di riferimento e dal rappresentante del servizio lavoro. In relazione alle singole situazioni prevede il coinvolgimento anche di professionisti di altri servizi e del terzo settore.

L'equipe opera considerando la famiglia e i singoli componenti in maniera globale, può chiedere il coinvolgimento di ulteriori operatori afferenti a servizi e organizzazioni differenti (scuola, neuropsichiatria infantile, servizio minori, psicologi scolastici ...) con competenze coerenti con le misure da promuovere, al fine di rispondere in maniera appropriata ai bisogni dei nuclei. Realizzata la presa in carico unitaria, predispone un programma personalizzato d'interventi, ne rileva e verifica gli effetti, provvedendo, ove necessario, a ridefinire il programma personalizzato. Si prevede di mantenere una figura di coordinamento dell'equipe con l'obiettivo di coordinare/organizzare il lavoro della stessa, di monitorare gli interventi e uniformare le modalità di valutazione e operative. La funzione di supporto amministrativo all'equipe è svolta dal livello centrale.

In relazione alla complessità del lavoro di progettazione, monitoraggio e valutazione con riferimento alle risorse PON FSE INCLUSIONE, sono previsti investimenti volti a rafforzare la rete territoriale del servizio sociale per far fronte all'aumento dei casi presi in carico e migliorare le progettualità specifiche. A tal fine sono state assunte due assistenti sociali part-time a 20 ore settimanali che andranno a supporto dei poli territoriali per le attività di servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale.

Rispetto all'utilizzo delle risorse del Fondo Povertà – quota servizi, si ritiene necessario utilizzare le risorse per il potenziamento dei servizi e dei progetti personalizzati per i nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso e per i nuclei in cui sia presente un bambino nei primi 1.000 giorni di vita. Tali potenziamenti prevedono, a seconda delle necessità rilevate:

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

Sarà approfondita, in relazione ai bisogni specifici delle famiglie e in relazione alle situazioni complesse, la possibilità di integrare il servizio con ulteriori figure professionali.

6. REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI

6.1 Processo di realizzazione del piano

Come il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) è uno degli strumenti più rilevanti dell'azione politica della Giunta regionale, così il Piano di Zona per il benessere e la salute è considerato uno strumento di programmazione locale indispensabile al funzionamento armonico dei servizi distrettuali. La programmazione è una funzione essenziale per il sistema dei servizi locali: è lo strumento che permette di definire priorità ed obiettivi, interventi da attuare, risorse disponibili e che da la possibilità di concordare e condividere processi e procedure.

Come richiesto a livello regionale, la programmazione locale del triennio 2018-2020 è pensata strettamente collegata ai tre obiettivi del PSSR:

- Lotta all'esclusione, alla povertà e alla fragilità;
- Sviluppo di strumenti di prossimità e di modelli integrati e multidisciplinari di intervento;
- Orientamento a sostenere il distretto quale snodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria.

Proprio in considerazione del terzo obiettivo del PSSR il processo per la stesura di questo Piano di Zona è stato pensato e costruito sulla base di una stretta collaborazione tra servizi sociali e sanitari presenti sul territorio.

Considerata la positiva esperienza dei Piani di zona precedenti si è deciso di mantenere una strategia di costituzione di tavoli tematici, multi-disciplinari e multi-professionali che vedono la partecipazione di professionisti sanitari, sociali e della scuola chiamati a confrontarsi sulle tematiche del lavoro quotidiano e sulla progettazione di interventi condivisa.

Il processo di costruzione del Piano di Zona è stato avviato da un confronto e una condivisione all'interno del Comitato di Distretto, con il supporto dell'Ufficio di Piano, che ha portato alla definizione del percorso da attivare e degli obiettivi prioritari da sviluppare nel corso del triennio, dando mandato ai tavoli di delineare in questa prima fase di definizione progettuale, gli ambiti di sviluppo e i sotto gruppi di elaborazione progettuale.

In questo senso si sono intraprese due strade parallele ed integrate:

da una parte si è deciso di mantenere tavoli già esistenti e strutturati che hanno sviluppato gli obiettivi e l'organizzazione del futuro Piano di Zona distrettuale, attraverso un percorso che ha visto

una sostanziale continuità con il lavoro di programmazione fatto negli ultimi anni. I tavoli che hanno mantenuto una continuità nel corso della programmazione con il precedente piano di zona sono:

- **Tavolo sulla violenza di genere;**
- **Tavolo sulla disabilità**, impegnato in particolare nella progettazione delle attività sul Dopo di Noi;
- **Tavolo prevenzione** che si occupa della programmazione nel contesto scolastico e nell'ambito dei giovani e degli adolescenti.
- **Tavolo "promozione dell'autonomia"** che si occupa delle misure di contrasto alla povertà e dell'avvicinamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2005, RES/REI). Convocato per rispondere agli obiettivi di integrazione sociale ed autonomia, ha lo scopo di creare una rete locale che accolga e sostenga nuove opportunità di lavoro. Questo obiettivo che è stato individuato prioritario, ha richiesto la strutturazione di un percorso di confronto e condivisione innovativo, su ambiti che fino ad ora non appartenevano al sistema dei servizi sociali e sanitari. A seguito del confronto e del lavoro svolto sono state attivate, in collaborazione con gli amministratori locali, (Sindaci, assessori al welfare e alle attività produttive) azioni di sensibilizzazione rivolte alle aziende locali e alle associazioni di categoria, con l'obiettivo di sensibilizzare alla disponibilità ad accogliere tirocini e a sviluppare insieme un pensiero sulla formazione professionale necessaria a sbocchi occupazionali sul territorio.

Questi quattro tavoli hanno mantenuto un lavoro costante di programmazione a supporto del sistema dei servizi, delineando priorità e criticità su cui indirizzare la programmazione.

La seconda strada ha portato alla creazione di tavoli ad hoc nelle aree di maggiore interesse distrettuale:

- **Tavolo "anziani e fragilità"** che ha visto partecipare assistenti sociali, educatrici dell'area anziani del servizio sociale, infermieri e medici dell'Azienda USL che operano nel distretto di Castelnovo né Monti, rappresentanti degli enti gestori(RSA e dei centri diurni)presenti sul territorio. Dopo una prima fase di condivisione dei dati socio-demografici della popolazione, dell'utilizzo dei servizi presenti sul territorio e della presentazione della strategia di programmazione del Piano di zona 2018-2020 si è passati ad un proficuo confronto sulle attuali criticità dei servizi e sulle possibilità future di lavoro condiviso. Al termine dell'incontro si è deciso di costituire dei sotto-tavoli di lavoro con l'obiettivo di affrontare e risolvere le criticità emerse e di progettare congiuntamente i possibili interventi scaturiti in plenaria. A tale proposito i temi su cui lavorare paiono essere principalmente: Promozione di percorsi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale in integrazione con i professionisti ed i contesti locali;

Attivazione di azioni formative/informative di sostegno rivolte ai care-giver e lavoratrici straniere, anche attraverso la promozione dell'amministrazione di sostegno;

Il **Tavolo "infanzia adolescenza e sostegno alla genitorialità"** che ha visto partecipare tutte le assistenti sociali dei poli, psicologi ed educatrici dell'area minori del servizio sociale ed educativo unificato, i dirigenti scolastici degli Istituti d'Istruzione superiori e quelli degli Istituti comprensivi del distretto, professionisti sanitari che lavorano nelle aree salute infanzia e consultorio familiare, professionisti che lavorano nell'area prevenzione e nell'area salute mentale. Dopo una breve introduzione rispetto ai dati di contesto (dati socio-demografici della popolazione, dati rispetto ad utilizzo dei servizi presenti sul territorio, presentazione Piano di zona 2018-2020) la discussione si è aperta principalmente su tre aspetti che caratterizzano il lavoro dei professionisti che partecipavano al tavolo:

- prevenzione: quali nuovi scenari si andranno ad impattare? I nuovi contesti famigliari e sociali sono sempre più fragili;
- Integrazione: E' necessario coordinare al meglio le forze e implementare il più possibile un modello di equipe multidisciplinare per portare avanti azioni integrate in un territorio complesso come quello della montagna;
- Semplificazione: della burocrazia, dei protocolli, delle procedure. Semplificazione possibile solo attraverso la creazione di ottime relazioni tra i professionisti.

Dal confronto è emersa la necessità di consolidare il sistema di coordinamento promuovendo una regia comune e momenti di confronto strutturati, partendo da un sistema di accesso integrato in rete con gli sportelli più informali presenti sul territorio. In relazione al sistema dei professionisti coinvolti si ritiene di migliorare il confronto tra gli operatori dei diversi servizi/istituzioni per condividere i percorsi e promuovere le opportunità presenti, sviluppando momenti di informazione specifica rivolte alle famiglie e ai giovani.

Infine le **progettazioni** inserite nella Strategia **Nazionale Aree Interne** ha visto la creazione di numeri **Tavoli di lavoro multidisciplinare in ambito educativo, sanitario e socio-sanitario**, tuttora in corso.

6.2 Monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio è l'insieme delle attività che permette di conoscere lo stato di avanzamento del progetto o dei progetti ed è finalizzato a rendere visibili i risultati raggiunti, gli ostacoli e le difficoltà incontrate per orientare e riprogettare in modo efficace le fasi successive.

Per il monitoraggio dei progetti presentati nelle schede del Piano di zona del distretto di Castelnuovo né Monti si è pensato di utilizzare una strategia che prevede due azioni parallele:

da un lato, attraverso gli indicatori forniti dalla Regione, verranno raccolti dai referenti dei progetti tutti i dati necessari a fornire indicazioni sull'andamento degli stessi; d'altro lato si pensa possa essere utile organizzare riunioni periodiche tra i soggetti coinvolti nei progetti poiché ognuno di essi prevede una stretta collaborazione tra professionisti provenienti da diversi ambiti. L'azione strategica degli incontri, oltre a permettere un buon lavoro di monitoraggio dell'andamento delle azioni, è senza dubbio un elemento fondamentale per la creazione di gruppi di lavoro coesi ed efficaci.

La fase di valutazione prevede un confronto tra risultati attesi e risultati ottenuti. Tale confronto è previsto alla fine di ogni anno attraverso l'analisi dei dati raccolti nella fase di monitoraggio e una successiva comparazione con gli indicatori di risultato esplicitati in fase di progettazione.

Nella fase di valutazione sarà importante dare evidenza ai reali effetti prodotti sulla popolazione destinataria degli interventi contenuti nei progetti. Per fare questo si prevede di 'misurare' la situazione prima e dopo l'intervento e di operare un confronto.

L'impianto di monitoraggio e valutazione del Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale di Castelnuovo né Monti è strutturato su 3 livelli di monitoraggio e valutazione:

- a. monitoraggio e valutazione del piano e delle risorse a disposizione (schede della spesa sociale);
- b. monitoraggio e valutazione delle aree d'intervento attraverso le schede predisposte dalla Regione;
- c. monitoraggio e valutazione degli obiettivi operativi, specifici delle schede progettuali (programma attuativo);

L'attività di valutazione verrà attuata:

ex ante: analisi delle condizioni di partenza, dei bisogni presenti e delle risposte già attivate;

in itinere: che si svolge nel corso di attuazione delle azioni previste affinché si predispongano le azioni correttive, in modo integrato al sistema valutativo regionale;

ex-post: da realizzarsi a conclusione del periodo di riferimento che tiene conto della qualità degli interventi realizzati, della loro efficacia ed efficienza e del loro impatto sulle priorità dichiarate

Per sostenere questo impianto di monitoraggio e valutazione sono chiamati a lavorare in stretta sinergia l'Ufficio di Piano (a cui compete il coordinamento operativo del sistema di monitoraggio) e i Responsabili d'area (che hanno l'onere di raccogliere le informazioni richieste dal sistema di monitoraggio presso i diversi referenti attuatori).

Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	

Razionale	<p>I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata. La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: è caratterizzata dal carattere pluriculturale, da una nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, da una crescente fragilità economica di molti nuclei, da nuove forme di povertà ed esclusione sociale, da difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico, dalla povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, da patologie croniche e dalla multimorbilità.</p> <p>Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare e che al tempo mettono in luce aspetti di fragilità e vulnerabilità del sistema stesso. La precarizzazione contrattuale crescente negli organici dei servizi sociali, sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, la mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento, la mancanza di ricambio generazionale, contribuiscono infatti ad un'accentuazione della frammentazione delle azioni che vengono messe in campo ed alla difficoltà ad investire nell'innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, i quali rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.</p> <p>I mutamenti sociali e le emergenze più volte richiamati rinforzano invece l'idea che il sistema degli Enti locali e del Servizio Sanitario regionale debbano sostenere e sviluppare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno e della messa in campo di azioni specifiche attivando maggiori sinergie tra i punti di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari. La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiede un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale.</p>
Descrizione	<p>In questi anni la società è in continua evoluzione e la crisi economica ha accelerato i cambiamenti nelle famiglie, mentre i servizi sociali sono rimasti ancorati ad un modello di RISPOSTA AL BISOGNO.</p> <p>Oggi è assolutamente necessario uscire dalla logica DOMANDA – RISPOSTA, in quanto oramai i cittadini si trovano in una condizione di disagio che porta anche i servizi a trovarsi quotidianamente a contatto con famiglie multiproblematiche.</p> <p>Ripensare il welfare vuol dire agire su due direttrici fondamentali che implicano un protagonismo attivo dei diversi attori coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abbandonare la logica individualistica a favore di un patto di alleanza tra Enti al fine di trovare sinergie sempre più strette per essere in grado di sostenere i propri cittadini in difficoltà; - individuare l'ambito dell'Unione come Ambito Territoriale Ottimale significa dare nuovo assetto alle funzioni amministrative, esercitando una governance condivisa sul processo decisionale e sul controllo qualitativo dei servizi erogati.

Ma ripensare il welfare oggi significa anche individuare le eccellenze nei diversi contesti e lavorare insieme affinché tutti i cittadini delle Unioni possano accedere a quell'eccellenza, anche attraverso una diversa distribuzione territoriale ed una maggiore flessibilità dei servizi offerti.

Altro tema urgente per le nostre comunità, per i soggetti istituzionali e per i servizi è quello della ricostruzione del tessuto sociale e del senso civico dei cittadini, anche attraverso la valorizzazione del volontariato e del terzo settore.

Con la consapevolezza della ricchezza del territorio in cui viviamo, è necessario valorizzare le esperienze locali perché solamente ricercando la coesione e la solidarietà tra le persone si può pensare ad un futuro più sereno. La vera scommessa, in questo nuovo modo di pensare i servizi, è quella di non dimenticare che il cittadino deve essere protagonista attivo di questo cambiamento e pertanto è necessario che i servizi siano percepiti come dei luoghi vicini (fisicamente e non solo) dove si possono trovare dei professionisti disponibili all'ascolto e pronti a prendere per mano chi è in difficoltà per sostenerlo ed aiutarlo.

La filosofia che ha guidato la scelta di associare i servizi in unione può essere riassunta nei seguenti punti:

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

Nel mese di agosto 2017 l'Unione dei Comuni dell'Appennino Reggiano ha assunto tra le gestioni associate il sistema dei servizi sociali, compreso il servizio sociale territoriale, e il sistema dei servizi scolastici ed educativi individuando un unico servizio di riferimento il Servizio Sociale ed Educativo Associato.

L'Unione esercita le funzioni conferite dai comuni, dotandosi di una struttura organizzativa articolata in un unico servizio organizzato in :

Servizi centralizzati: con articolazioni organizzative uniche per il territorio distrettuale, con sede a Castelnovo né Monti, comprendenti:

- presidio delle complessità professionali più elevate,
- l'interfaccia con altri enti e per lo svolgimento di compiti che richiedono elevata specializzazione;
- programmazione generale e gestione delle risorse assegnate,
- area famiglia e della tutela dei minori,
- area scolastica e socio educativa,
- area adulti e area della non autosufficienza.
- funzioni di coordinamento su percorsi gestiti a livello locale che richiedono l'adozione di criteri uniformi nei percorsi professionali, nelle modalità operative e negli strumenti di valutazioni.
- Servizi di segreteria e amministrativi (area staff amministrativo)

Servizi territoriali organizzati per poli:

1. Polo Toano-Villa Minozzo;
2. Polo Castelnovo ne' Monti-Vetto
3. Polo (Casina-Carpineti);
4. Polo (Ventasso),

con sedi organizzative e funzionali presso ogni singolo ambito territoriale, per il presidio diretto sul territorio di tutte le funzioni di sportello sociale – scolastico-educativo quali:

- le funzioni professionali di servizio sociale territoriale attinenti la prevenzione, la valutazione, la progettazione e presa in carico personalizzata,
- monitoraggio e verifica, nonché il lavoro con la comunità;
- promozione delle reti locali, in modo trasversale rispetto ai target tradizionali.
- Gestione servizi sociali educativi scolastici;
- Gestione delle risorse finanziarie assegnate;
- Gestione delle risorse Umane assegnate;

Questa articolazione permette una forte integrazione tra le diverse politiche del sistema di welfare declinando obiettivi ed azioni sinergiche che vedano nello stesso tempo un'unica regia pur mantenendo articolazioni territoriali che rispettino le peculiarità dei singoli territori e i legami presenti nel contesto sociale.

Destinatari	I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso capillarmente sul territorio che individui nello sportello sociale ed educativo il punto unitario prevalente d'accesso, nel quale venga dato ascolto e risposta ai bisogni di: informazione, ascolto, orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi.
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - completare la riorganizzazione dei servizi sociali ed educativi in capo all'Unione nel triennio definendo una struttura stabile chedsia in grado di far fronte alle nuove competenze per l'attuazione della L.R. 14/2015, della DGR politiche abitative, del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) ed il RES (L.R. 24/2016); - sviluppare il lavoro di rete come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle situazioni complesse; - sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative, per l'attuazione della L.R. 14/2015, della DGR politiche abitative, del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) ed il RES (L.R. 24/2016); - consolidare ed uniformare l'area dell'accoglienza attraverso la rete degli sportelli sociali ed educativi articolati presso i poli territoriali, - sviluppare l'integrazione della rete degli sportelli sociali ed educativi con gli altri sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico; - attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi; - prevedere razionalizzazioni organizzative che consentano di semplificare la fase valutativa anche laddove questa sia svolta da unità multidimensionali; - sostenere con formazione e accompagnamento la diffusione del metodo del lavoro di comunità, promuovendo e partecipando attivamente ad iniziative e progetti di prevenzione delle situazioni di disagio e di riduzione del grado di vulnerabilità sociale di persone e famiglie; - mantenimento della diffusione capillare del SST in collaborazioni con altri Servizi; - attivare percorsi formativi per gli operatori degli sportelli sociali e per gli altri operatori del SST - sviluppare un sistema di monitoraggio della presa in carico (tempi e modalità).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro e della prevenzione.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizio Sociale ed Educativo Associato; Servizi Sanitari, Istituti Scolastici, terzo settore, servizi per il lavoro
Referenti dell'intervento	Responsabile Servizio Sociale ed Educativo, Responsabili dei Poli Territoriali, Coordinatori area.
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: Protocolli/regolamenti

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 3

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

SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	<p>La velocità dei cambiamenti che segnano il momento attuale, in termini culturali, di quadro politico nazionale, di assetto istituzionale, richiedono, la definizione condivisa di obiettivi strategici, nel solco dei provvedimenti di programmazione in ambito sociale, sanitario, educativo, lavorativo e abitativo, pongono fortemente l'esigenza di puntualizzare e attualizzare le priorità su cui concentrare sia l'azione pubblica di governo che la realizzazione degli interventi.</p> <p>Occorre dare continuità al Ufficio di Piano, istituito come servizio unico per l'integrazione socio – sanitaria e con le altre politiche, attraverso le modalità di partecipazione/collaborazione con il Distretto sanitario, in particolare per la gestione del Fondo per la non autosufficienza, quindi continuerà ad essere riferimento per le seguenti tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consolidamento della Zona sociale, quale ambito ottimale per l'esercizio associato da parte dell'Unione delle funzioni di governo e programmazione da un lato e gestione e produzione di servizi sociali, socio educativi e socio-sanitari dall'altro; - programmazione e gestione del fondo sociale locale; gestione e monitoraggio del Fondo per la non autosufficienza; - monitoraggio Azienda Pubblica di Servizi alla Persona; attività istruttoria e monitoraggio attuazione del sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi socio-sanitari; -attività istruttoria e monitoraggio dei regolamenti per il sistema dell'accesso distrettuale e sulla compartecipazione agli utenti della spesa; - stesura accordi di programma per l'integrazione socio-sanitaria nelle diverse aree di competenza; -attività istruttoria e costruzione Piano di Zona sociale e sanitario e programmi annuali e relativi monitoraggi. <p>Nel percorso dell'Unione è necessario sviluppare in modo graduale una uniformità di criteri di valutazione e presa in carico da parte dei servizi attivando modalità operative condivise e comuni, avere anche spazi professionali di confronto permette una crescita e una valorizzazione degli operatori. Percorsi che devono portare anche alla stesura di una regolamentazione e modulistica comune su tutto il territorio, il criterio di uniformità dovrà trovare percorsi di gradualità in relazione alle modalità operative e alle politiche operate dai singoli comuni per permettere di accompagnare il cambiamento. Altro aspetto di attenzione deve essere rivolto alla costruzione di un sistema di governance del sistema di welfare che veda un dialogo e confronto costante tra il livello dell'Unione e il livello dei Comuni in un'integrazione di politiche che devono essere rivolte ad un contesto territoriale la cui organizzazione e strettamente calata nei territori e deve essere parte integrante, mantenendo politiche e indirizzi di ampio respiro che siano in continuo dialogo con le singole realtà.</p>
Descrizione	<p>Le funzioni dell'ufficio di piano sono state analiticamente descritte nella D.G.R. 1004/2007, riprese e ampliate con chiarimenti nella DGR 2128/07 e nella DGR 166/09, sottolineando in particolare l'attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e alla valutazione della</p>

	<p>programmazione in area sociale, sociosanitaria e sanitaria (Piano distrettuale per la salute e per il benessere sociale, e Programmi attuativi annuali).</p> <p>Il programma di lavoro del nuovo Ufficio di Piano, si innesta su un percorso avviato con il precedente Piano di Zona. In considerazione dell'aumento delle competenze è necessario consolidare l'attività riferita allo sviluppo delle progettazioni e alle attività legate alla programmazione distrettuale e al percorso di accreditamento. L'Ufficio di Piano è costituito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> o un Responsabile o un gruppo di lavoro e coordinamento permanente, che può essere allargato ad altri professionisti in relazione agli oggetti di lavoro. <p>Il Responsabile Ufficio di Piano coordina ed è responsabile dell'attività complessiva dell'Ufficio.</p> <p>Il gruppo di lavoro e coordinamento permanente costituisce, insieme al responsabile l'Ufficio di Piano, l'organizzazione stabile dell'Ufficio stesso. I professionisti che ne fanno parte attraverso la conoscenza sul bisogno espresso alle loro diverse organizzazioni, all'offerta dei servizi, alle elaborazioni e reporting di attività, consentono la costante conoscenza e gli andamenti in ordine alle necessità espresse dalla comunità di riferimento. Il gruppo di lavoro e coordinamento permanente ha funzioni di sostegno della preparazione degli incontri di Area tecnica ponendo particolare attenzione alle tematiche trasversali; di attuazione, attivando l'organizzazione necessaria, di un sistema di monitoraggio e verifica in itinere e finale delle attività e delle azioni programmate; di proposta al Comitato di Distretto eventuali interventi correttivi; di preparazione e sostegno alle attività complessive dell'Ufficio di Piano. E' composto da il Direttore di Distretto, il Direttore del Dipartimento cure primarie dell'AUSL. Il Responsabile del SAA, il Coordinatore amministrativo AUSL e il Responsabile Infermieristico Tecnico Distrettuale.</p> <p>La composizione allargata è integrata dai seguenti professionisti; il Direttore dipartimento Salute Mentale, il Coordinatore dell'Area famiglia infanzia età evolutiva, il Coordinatore dell'Area socio educativa, il Coordinatore dell'Area adulti, il Coordinatore dell'Area servizio sociale professionale, il Responsabile distrettuale disturbi cognitivi.</p> <p>L'Ufficio di Piano, inoltre, per le funzioni di supporto alla programmazione si avvale della collaborazione di tavoli tematici costituiti da referenti dei Servizi Sociali e Sanitari, della Scuola, del Sindacato, del Terzo Settore (Cooperative sociali, Associazioni di volontariato, Parrocchie).</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Il sistema dei servizi sociali, educativi, scolastici, sanitari del distretto.</p> <p>Il terzo settore del territorio che partecipa alla realizzazione del sistema dei servizi.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>L Ufficio di Piano sviluppa le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Supporto all'attività dei diversi tavoli tematici del PdZ; - Supporto tecnico al Comitato di Distretto; - gestione e raccolta dei debiti informativi finalizzati al monitoraggio dei servizi e alla lettura del contesto territoriale; - Gestione e monitoraggio delle progettazioni del programma attuativo annuale; - Gestione delle attività della programmazione sociale, educativa e socio sanitaria in carico al distretto; - Attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso ai servizi e del sistema tariffario; - Definizione e gestione di percorsi di formazione Comuni tra i servizi della zona.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>L'Ufficio di Piano integra politiche socio educative, sociali, sociosanitarie, sanitarie del Distretto di Castelnuovo ne' Monti</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione dei Comuni Azienda AUSL di Reggio Emilia</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Responsabile NUP/Servizio Sociale ed Educativo Associato; Direttore del Distretto; Responsabile SAA; Coordinatore amministrativo distretto; Responsabile attività infermieristiche distretto Coordinatori delle diverse aree del Servizio Sociale ed Educativo dell'Unione;</p>

	Direttore dipartimento Sud Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 79.099,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **79.099,00 €**

Indicatori locali: 0

CONSOLIDAMENTO SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI, EDUCATIVI E SOCIO-SANITARI DISTRETTUALI

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda distrettuale: SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DELL'UFFICIO DI PIANO

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	Nel corso degli anni il distretto ha consolidato un sistema di servizi grazie all'integrazione di risorse afferenti ai comuni, all'Ausl e al fondo sociale locale regionale. Sistema che ha permesso il consolidamento della rete storica e lo sviluppo di azioni e progetti innovati in risposta ai bisogni del territorio. La sinergia operata permette una gestione integrata del sistema distrettuale di welfare che è stato in grado di attivare le nuove politiche che a livello regionale e nazionale sono state realizzate.
Descrizione	Con deliberazione del Consiglio dell'Unione n.20 del 10/07/2017 è stato approvato il conferimento delle funzioni sociali ed educative in capo all'Unione Montana, in ottemperanza dalle deliberazioni dei singoli consigli comunali a partire dal 1 agosto 2017. L'esercizio unificato delle funzioni ricomprende tutti i compiti, gli interventi e le attività che la legislazione nazionale, regionale e la programmazione distrettuale assegnano a questi ambiti. L'Unione per l'esercizio delle funzioni conferite dai comuni, si è dotata di una struttura organizzativa articolata nel seguente modo: Servizi centralizzati, con articolazioni organizzative uniche per il territorio distrettuale, e Servizi territoriali organizzati per poli. Il sistema dei servizi nel corso degli anni ha visto un consolidamento della struttura anche grazie ai trasferimenti regionali del fondo locale che hanno permesso una stabilità di risorse.
Destinatari	Sistema dei servizi territoriali.
Azioni previste	Mantenimento del sistema di servizi sociali, socio-sanitari ed educativi distrettuali attraverso l'abbattimento di parte dei costi generali del sistema e dell'organizzazione. Mantenimento azione di sistema e organizzazione generale del Servizio Sociale ed Educativo Associato che è a supporto del Nuovo Ufficio di Piano.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative, sociali, sociosanitarie, sanitarie, abitative e di integrazione lavorativa del Distretto di Castelnuovo ne' Monti.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Azienda AUSL di Reggio Emilia Istituzioni scolastiche del territorio
Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato Responsabile Dr.ssa Maria Grazia Simonelli
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 36.964,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **36.964,00 €**

Indicatori locali: 0

Misure a contrasto della povertà(Sia/Rei, Res)

Riferimento scheda regionale

- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Riferimento scheda distrettuale: AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI - Lr 14/2015

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà, percorso completato con l'approvazione del Reddito di inclusione-REI, il SIA si è configurato come una "misura ponte" che ne anticipato alcuni elementi essenziali. La Regione Emilia -Romagna ha deciso inoltre di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale. Nel mese di dicembre 2016 è stata pertanto approvata la legge regionale 24/2016 " Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito" che ha previsto l'istituzione in Emilia -Romagna del Reddito di Solidarietà -RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Il RES ha previsto l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in ottica universalista, infatti possono accedere vi tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale. Anche nel nostro territorio gli effetti dalla crisi economica hanno prodotto i loro effetti nel corso degli anni, determinando un aumento delle richieste di lavoro, del ricorso agli ammortizzatori sociali e a contributi economici, indebitamento, difficoltà nel pagare le utenze, aumento di accesso ai servizi tradizionalmente dedicati alle povertà. La dimensione di impoverimento diffuso, nel corso di questi anni, ha coinvolto anche fasce di popolazione non conosciute dai servizi socio-assistenziali. La precarietà economica nella quale si trovano coloro che perdono il lavoro, li colloca all'interno della fascia di popolazione tradizionalmente considerata povera e a rischio di esclusione sociale.</p>
Descrizione	<p>Per cercare di far fronte a questa situazioni di povertà sia a livello nazionale che regionale sono state attivate misure di inclusione sociale attiva.Per godere del beneficio economico, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dell'Unione, in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Perno del sistema è la capacità progettuale e di integrazione dei servizi in un'ottica di graduale autonomia dei contesti famigliari. Ruolo strategico degli ambiti territoriali in relazione alla capacità di presa in carico, orientamento, accompagnamento, monitoraggio ed integrazione progettuale con il sistema del lavoro.</p> <p>In relazione al sistema del lavoro con la legge regionale 14/2015 sono state stanziare risorse, rivolte ad un utenza in situazione di fragilità, finalizzate a promuovere l'inserimento lavorativo, attraverso il lavoro si vuole sviluppare l'autonomia e l'integrazione sociale. Nel corso di questi anni in ogni territorio si è sviluppato un sistema di sinergie con gli attori presenti sul territorio che a vario titolo si occupano di supportare le famiglie in difficoltà economica. Percorso che sempre più deve essere implementato e stabilizzato definendo modalità operative integrate.</p>

	A livello di poli territoriali occorre mantenere attive le progettazioni con il contesto sociale che sviluppano azioni rivolte alle situazioni di povertà materiale e all'integrazione sociale dei soggetti più fragili.
Destinatari	Nuclei familiari aventi i requisiti per accesso Rei Res;
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - garantire attraverso il Servizio Sociale ed Associato dell'Unione presso ogni sportello sociale ed educativo interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio, attraverso la definizione di un progetto personalizzato in accordo con i beneficiari, progetto che prevede un monitoraggio continuo. - mantenere un sistema di coordinamento a livello di unione delle modalità operativa di attivazione delle diverse misure di integrazione sociale all'interno dell'area adulti; - partecipare ai momenti di formazione regionale per sviluppare competenze professionali necessarie alla realizzazione delle misure; - implementare l'organico del servizio attraverso l'assunzione di due assistenti sociali part-time per gli anni 2018-2019 attraverso le risorse del Pon inclusione, da destinare alla gestione dei progetti di integrazione sociale;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie, formative, della prevenzione, abitative.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato;</p> <p>Azienda USL servizio Sert e Salute Mentale;</p> <p>Centri per l'impiego;</p> <p>Associazioni di volontariato;</p> <p>Cooperative sociali;</p> <p>Associazioni di categorie e sindacati.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Responsabile Servizio Sociale ed Educativo Associato</p> <p>Responsabili Poli Territoriali</p> <p>Coordinatore area adulti</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE

Riferimento scheda regionale

- 4 Budget di salute
- 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 (L.R. 14/2015)

Riferimento scheda distrettuale: Misure a contrasto della povertà(Sia/Rei, Res)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano e Azienda USL
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;

Razionale	<p>L'ambito della fragilità e dell'esclusione sociale richiede una forte integrazione con il sistema dei servizi sanitari per la complessità delle situazioni, che richiedendo azioni di presa in carico congiunta favorendo una maggiore sinergia tra pubblico, privato sociale e volontariato. La complessità delle situazioni richiede sempre più approcci integrati tra i servizi che promuovano la costruzione di progetti di vita personalizzati che pongano al centro della progettazione la persona e il proprio contesto di vita. La Regione quale strumento innovativo di progettazione ed integrazione promuove il "Budget di salute" per la realizzazione di progetti di vita personalizzati di persone affette da disturbi mentali attraverso l'attivazione di interventi socio sanitari integrati. Strumento che rappresenta una nuova modalità di gestione dei problemi complessi del cittadino, nel quale le Istituzioni (locali e sanitarie), le risorse del contesto (volontariato, cooperazione, famiglia) e la persona stessa, condividono percorsi costruiti sui bisogni del soggetto. Per ogni utente/progetto viene dunque definito un budget di salute personalizzato che raccoglie le risorse economiche, sociali, personali e di contesto. Un nuovo modo, di pensare il welfare, che passa da un modello prevalentemente erogativo ad un modello partecipato, che attiva e valorizza anche le risorse spontanee del contesto sociale. Si realizza in questo modo una integrazione fra prestazioni sanitarie e determinanti sociali di salute i quali incidono fortemente sulla salute dei cittadini. Gli elementi qualificanti che caratterizzano il modello di intervento con Budget di salute sono:</p> <p>a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che definisce il progetto personalizzato e le risorse che compongono il Budget di salute in un'ottica di appropriatezza e di congruità rispetto all'utilizzo delle risorse:</p> <p>b) Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, centrato sulla domanda della persona e sulla valutazione dei suoi bisogni, abilità e competenze, anziché sull'offerta di servizi, elaborato e sottoscritto dal paziente, condiviso con i suoi familiari e, quando è appropriato, con altri soggetti significativi del territorio coinvolti nella realizzazione del progetto.</p> <p>c) Il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato integra il progetto di trattamento e di cura con interventi nelle aree di vita che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione e lavoro, socialità e affettività.</p> <p>d) La dimensione territoriale degli interventi, in alternativa o per superare l'assistenza residenziale non più appropriata, quando il trattamento residenziale viene proposto, o mantenuto, per l'impossibilità di offrire un percorso verso l'autonomia e l'inclusione sociale. A livello locale è necessario implementare un approccio integrato delle situazione di presa in carico congiunta in un'ottica di integrazione di servizi e risorse su diverse ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rivedere le modalità operative di lavoro integrato attraverso l'attualizzazione dell'accordo di programma, alla luce delle indicazioni regionali in merito al budget di salute e alla costituzione delle equipe integrate; - consolidare il progetto di appartamento maschile; - progettare e realizzare nel triennio un appartamento femminile.
------------------	---

	<p>A livello distrettuale, quale cornice generale del sistema è necessario aggiornare gli strumenti di integrazione attraverso la revisione dello strumento dell'Accordo di Programma, strumento indispensabile alla realizzazione dei percorsi di integrazione e alla definizione progettuale che ne comporta, in una logica di sistema integrato.</p> <p>Occorre attivare un percorso di confronto tra il Servizio Sociale ed Educativo Associato, il Servizio di Salute Mentale e il Servizio Dipendenze Patologiche per arrivare a rivalutare le modalità operative in relazione a:</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'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM); • le modalità per la realizzazione dell'integrazione organizzativa e professionale; • le modalità di progettazione individualizzata e verifica. <p>Percorso che si sviluppa su un'esperienza di integrazione che nel corso di questi anni ha visto una forte collaborazione finalizzata alla realizzazione di alcuni progetti innovativi.</p> <p>In relazione alle progettazioni già attive occorre consolidare l'esperienza dell'appartamento integrato destinato ad utenti maschili in carico al Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DSMDP) e al Servizio Sociale ed Educativo Associato, residenti nel distretto di Castelnuovo ne' Monti:</p> <p>La progettazione si inserisce all'interno del percorso del budget di salute ed è rivolta ad utenti che :</p> <ul style="list-style-type: none"> - presentano problematiche complesse, impossibilitati a vivere autonomamente e/o privi di nucleo familiare; - necessitano di un periodo di vita al di fuori della sfera familiare, che può coniugarsi con l'opportunità di rivalutare il progetto assistenziale in atto; - possiedono sufficienti capacità e per i quali si valuta opportuno individuare uno spazio di vita autonomo. <p>L'inserimento degli utenti è parte del progetto terapeutico elaborato dai servizi, costruito e condiviso con gli interessati, i loro familiari. Ciascun utente è tenuto a partecipare alle spese di gestione dell'appartamento in base al proprio reddito e nella misura stabilita dal regolamento. Al Servizio di Salute Mentale compete la gestione del progetto appartamento attraverso attività di monitoraggio, coordinamento, presenza di personale per lo svolgimento delle funzioni previste a supporto delle singole progettazioni.</p> <p>All'interno dell'appartamento è prevista la presenza quotidiana di un operatore per supporto nella predisposizione del pasto serale e nella gestione delle attività di riordino quotidiano. La gestione del budget di progetto è unico ed è in capo all'Unione che integra le risorse dell'Unione, dell'Ausl SSM e degli utenti per la gestione complessiva del progetto.</p> <p>Questa esperienza si vuole sviluppare con l'istituzione anche di un appartamento destinato ad un'utenza femminile, nel corso del triennio si provvederà ad una definizione progettuale dell'intervento e alla sua realizzazione.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Nuclei familiari multiproblematici a rischio di emarginazione sociale, tossicodipendenti, alcolisti e pazienti psichiatrici per i quali si prevede reinserimento sociale in contesto abitativo protetto.</p> <p>Associazioni di volontariato e di promozione sociale, aggregazioni spontanee della società civile e organizzazioni informali.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Attivazione di un tavolo di lavoro tra il Servizio Sociale ed Educativo Associato, il Servizio di Salute Mentale e il Servizio Dipendenze Patologiche per arrivare a rivalutare le modalità operative riferite all'integrazione socio-sanitaria;</p> <p>Accompagnamento degli utenti verso una sempre maggiore autonomia, sia con intervento di sostegno relazionale/terapeutico ai singoli che con il monitoraggio e verifica del progetto nel suo complesso.</p> <p>Sostegni economici,</p> <p>Accompagnamento pazienti verso una sempre maggiore autonomia nella gestione della quotidianità e socialità.</p> <p>mantenimento convenzione con Acer per la gestione dell'alloggio;</p> <p>mantenimento convenzione con cooperativa per gestione/tutoraggio riferito alla conduzione della casa: pulizie, preparazione pasti, attività educative ecc..</p>

	<p>formazione integrata dei professionisti sanitari e sociali- associazione di famigliari per la condivisione di strumenti e percorsi finalizzati alla progettazione condivisa;</p> <p>Sviluppare azioni di collaborazione con i volontari.</p> <p>Sensibilizzare e informare il territorio sulla problematica del disagio psichico e delle dipendenze, alcolismo e tossicodipendenza attraverso il coinvolgimento del contesto locale;</p> <p>Integrazione delle progettualità rivolte ai Giovani</p> <p>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;</p>
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 e dipendenze patologiche; • 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>Simonelli Maria Grazia - Responsabile Ufficio di Piano</p> <p>Nicolaci Antonio- Dipendenze Patologiche</p>
Risorse non finanziarie	<p>Professionisti coinvolti nel processo di revisione dell'accordo di programma</p> <p>Operatori dedicati ai progetti personalizzati e al progetto appartamento protetto</p>

Totale preventivo 2018: € 86.950,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **71.950,00 €**
- AUSL (SSM): **15.000,00 €**

Indicatori locali: 1

1°: Appartamenti protetti attivati

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

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

AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI - Lr 14/2015

Riferimento scheda regionale

- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Riferimento scheda distrettuale: Misure a contrasto della povertà(Sia/Rei, Res)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	C;

Razionale	<p>La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine non ha fatto altro che aumentare il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Una fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.</p> <p>La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 lugli o 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."</p> <p>Gli aspetti prevalenti della sistema sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più ser vizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza; - la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata ; - il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate. <p>Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in con dizione di fragilità e vulnerabilità; 2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi .
Descrizione	<p>Il territori dell'unione si caratterizza per elevata difficoltà di occupazione, in questo contesto negli ultimi anni si è assistito ad un aumento di quelle situazioni di fragilità/vulnerabilità che si possono collocare in un'area grigia, fatta di lavori temporanei, precari, instabili, in cui il lavoro da solo non svolge più la funzione di connettere l'individuo alla società, in cui si sta erodendo la capacità esclusiva del lavoro di istituire riconoscimento sociale.</p> <p>La sempre maggiore distanza fra mondo del lavoro e individuo, induce i servizi pubblici e non, a supportare forme di avvicinamento e inclusione che prima avvenivano in modo spontaneo. L'obiettivo generale del piano territoriale triennale della L.R. 14/2015 è quello di contrastare l'isolamento e l'esclusione di persone che a vario titolo possono risultare vulnerabili e fragili, lo si vuole conseguire attraverso lo sviluppo delle diverse misure di intervento, in modo da offrire percorsi flessibili in grado il più possibile di rispondere alle diverse tipologie di bisogni. Importante mantenere anche l'attenzione sul progetto di vita professionale delle persone, realizzando la possibilità di articolare un sistema flessibile e circolare, che possa concepire e sostenere una struttura modulare e fortemente personalizzata.</p> <p>Sulla scorta delle criticità evidenziate, in coerenza con le risorse assegnate, si prevede di poter offrire opportunità a circa 100 persone (prima valutazione della potenziale utenza</p>

	<p>conosciuta e presa in carico dai diversi servizi) che potrebbero rientrare all'interno del profilo di fragilità.</p> <p>Nei pochi mesi di sperimentazione del primo piano territoriale, all'interno del percorso della L.R. 14, oltre agli utenti già in carico ai servizi, si sta profilando un'utenza che fino ad ora non si rivolgeva ai servizi sociali o sanitari, per cui occorre fare approfondimenti congiunti da parte del sistema. Sono situazioni che richiedono un percorso di approfondimento importante per valutare oltre le fragilità presenti anche i bisogni su cui progettare un percorso di sostegno. Conoscenza che risulta importante per poter definire le azioni annuali da attivare, in relazione ai bisogni presenti in quel determinato momento creando un percorso progettuale sul sistema complessivo.</p> <p>In relazione al contesto illustrato, con la progettazione afferente il Piano Territoriale Integrato, si ritiene di garantire un ampio ventaglio di opportunità e di misure di politica attiva del lavoro finalizzate ad accompagnare, in un'ottica integrata, le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità verso l'inserimento nel mercato del lavoro, aumentandone il grado di occupabilità.</p> <p>A livello territoriale si ritiene fondamentale mantenere un rapporto di confronto e collaborazione con le associazioni di categoria, i sindacati e il contesto produttivo locale con l'obiettivo di costruire una progettualità diffusa, raccogliendo le esigenze e opportunità di sviluppo del contesto produttivo per orientare le azioni da realizzare. Intercettare le esigenze di formazione o manodopera nel contesto locale è fondamentale per dar corso alla formazione e ai percorsi di tirocinio. Occorre promuovere la collaborazione con interlocutori locali che possano supportare dall'interno del sistema produttivo azioni di facilitazione, mettendo in contatto l'ente attuatore con le diverse opportunità presenti.</p> <p>Il primo piano territoriale ha richiesto molto tempo nella definizione dei diversi aspetti organizzativi, amministrativi e procedurali, per permettere l'attivazione delle equipe e la loro operatività, sia livello regionale che locale.</p> <p>Il Distretto Castelnuovo né Monti ha svolto un lavoro propedeutico di organizzazione del sistema che ha richiesto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Costruzione della equipe multi-professionale, formalizzazione della stessa (coordinamento e partecipanti) e organizzazione del lavoro; <p>La Condivisione e l'approvazione di modalità operative di valutazione delle situazioni di fragilità (situazioni già conosciute e per situazioni nuove);</p> <p>Costruzione di una progettazione di presa in carico complessiva che permette di redarre progetti personalizzati e condivisi con l'utenza;</p> <p>Costruzione di una modalità di confronto sulle progettazioni approvate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio costante che permette di attuare strategie necessarie alla buona riuscita del progetto o, se necessario, la ridefinizione delle stesse. - Raccordo costante con ente attuatore in relazione alla realizzazione dei progetti. <p>Questa fase di condivisione ha permesso la costruzione di una modalità operativa chiara con definizione dei diversi ruoli e delle azioni da attivare.</p>
<p>Destinatari</p>	<ul style="list-style-type: none"> - persone giovani che non hanno ancora trovato opportunità lavorative e che sono fuoriuscite da precedenti esperienze di lavoro poco significative e non continuative che possono avere alle spalle percorsi di dipendenza o situazioni famigliari difficili che hanno inciso sul loro progetto di vita ; - adulti (sia uomini che donne) usciti dal mondo del lavoro per la crisi economica o con esperienze di lavoro poco significative e non continuative dovute a situazioni famigliari difficili che hanno incrinato la tenuta di percorsi di autonomia;
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - definizione e attuazione piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano è nel piano di zona, è stato approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza; - definizione e attuazione programma annuale di attuazione distrettuale che definisce in modo specifico l'utilizzo delle risorse in funzione delle diverse tipologie di intervento; - realizzazione del sistema integrato di servizi per la presa in carico e la definizione e realizzazione dei progetti personalizzati.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche sociali, sanitarie, formative, del lavoro.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato;</p> <p>Azienda USL servizio Sert e Salute Mentale;</p>

	Centri per l'impiego; Associazioni di volontariato; Cooperative sociali; Associazioni di categorie e sindacati.
Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato, Servizio per il Lavoro e Ausl.
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 16.785,87

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **16.785,87 €**

Indicatori locali: 1

1°: N. progetti avviati

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 15

- **Obiettivo 2019:** 17

- **Obiettivo 2020:** 18

CITTADINANZA IN RETE

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>Nell'ambito della progettazione sulla tematica specifica inerente il tema dell'integrazione dei cittadini stranieri sarà mantenuta per l'anno 2018 l'attività dal progetto "Cittadinanze in rete".</p> <p>Il progetto mira a costruire all'interno delle reti dei servizi un buon veicolo di accesso e di accoglienza per gli stranieri verso il sistema dei servizi sociali, educativi e socio sanitari. Individuare un punto di accesso che supporti la popolazione straniera per la gestione di aspetti amministrativi permette di accogliere altri bisogni che vengono presentati e orientare i diversi percorsi. Le funzioni principali del servizio sono orientate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informare e orientare agli stranieri rispetto al contesto sociale, sanitario, scolastico e lavorativo; - fornire consulenza normativa in materia di immigrazione;
Descrizione	<p>La progettazione prevede il mantenimento di un servizio itinerante sul territorio dell'Unione in integrazione con gli sportelli sociali dei poli territoriali dell'Unione.</p> <p>Il servizio prevede aperture pianificate sui cinque sportelli territoriali (Castelnuovo ne' Monti, Carpineti, Casina, Toano e Villa Minozzo).</p> <p>Gli sportelli stranieri che operano sul territorio svolgono funzione di riferimento informativo, consultivo, orientativo e burocratico (anche con rinnovo e richiesta di permessi e carte di soggiorno attraverso la compilazione della modulistica specifica).</p> <p>Gli sportelli, con la loro attività di incontro e confronto quotidiano con gli utenti, sono anche luogo di rilevazione e analisi delle caratteristiche e dei bisogni della popolazione straniera e italiana, in rapporto al fenomeno dell'immigrazione. L'attività è caratterizzata da colloqui e consulenze ad aziende, associazioni e privati. Oltre alla rete con gli organismi pubblici e privati, si è mantenuta la collaborazione con la Prefettura e la Questura di Reggio Emilia per la gestione delle situazioni più complesse. All'interno del percorso di confronto per le attività dei piani di zona verrà istituito un gruppo di lavoro con il compito di rivedere l'organizzazione del progetto per adattare e ridefinire le azioni anche in relazione ai cambiamenti sociali in corso, con l'obiettivo di definire una progettazione che ponga l'attenzione in modo complessivo sulla famiglia immigrata a supporto delle fragilità ma anche orientata a sviluppare le potenzialità presenti. L'esperienza sviluppata in questi anni ha permesso di valutare il bisogno complessivo della popolazione straniera che richiedono un accompagnamento mirato all'interno del sistema dei servizi con il supporto di personale qualificato, che sia un tramite alla cultura di appartenenza e faciliti i processi di interazione e condivisione di percorsi progettuali. In quest'ottica la continuità di alcune azioni, avrà lo scopo principale di costituire uno strumento per altri fini, cioè un buon veicolo di accesso e di accoglienza per gli stranieri verso il sistema dei servizi e di supporto al contesto sociale e scolastico.</p>
Destinatari	<p>Popolazione straniera presente sul territorio;</p> <p>Servizi istituzionali e non presenti sul territorio;</p> <p>Popolazione italiana che ha rapporti/relazioni con i cittadini di origine non italiana;</p> <p>Soggetti pubblici e/o privati coinvolti nella rete.</p>

<p>Azioni previste</p>	<p>- Informazione/orientamento/formazione a tutti i soggetti coinvolti sui temi delle migrazioni, dell'interazione, dell'inclusione sociale e della lotta alle discriminazioni nonché su tematiche culturali e interculturali;</p> <p>Collaborazione nella promozione ed eventuale organizzazione di interventi di sostegno all'apprendimento della lingua italiana da parte degli stranieri adulti;</p> <p>Collaborazione nella realizzazione di interventi di sostegno all'apprendimento della lingua italiana da parte di minori stranieri;</p> <p>Organizzazione di interventi volti a fornire strumenti culturali e interculturali, tali da garantire la partecipazione degli alunni e delle famiglie, al percorso scolastico, nonché attività di socializzazione nel tempo libero in raccordo con le istituzioni scolastiche e dei servizi della rete;</p> <p>Interventi finalizzati ad assicurare gli elementi conoscitivi idonei, per permettere un adeguato accesso ai servizi.</p> <p>Mantenere/potenziare un forte coordinamento di rete sugli interventi rivolti alla popolazione di origine non italiana, per attivare iniziative integrate evitando la duplicazione delle azioni e sprechi di risorse.</p> <p>Informazione e orientamento agli stranieri rispetto al contesto sociale, sanitario, scolastico, educativo e lavorativo;</p> <p>Consulenza normativa in materia di immigrazione.</p> <p>Predisposizione e trasmissione della documentazione relativa alla permanenza in Italia dei cittadini di origine non italiana</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche per la casa</p> <p>Politiche sanitarie</p> <p>Politiche scolastiche</p> <p>Politiche sociali</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione dei Comuni, Comuni del distretto, Parrocchie, Caritas, Questura di Reggio Emilia, Prefettura di Reggio Emilia, Scuole di Ogni Ordine e Grado del Distretto, Ctp (Centro Territoriale Permanente Per La Formazione Degli Adulti), Ausl, Rete Regionale An</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Responsabile Servizio Sociale ed Educativo Associato</p> <p>Responsabili Poli Territoriali</p> <p>Azienda Speciale Consortile</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 14.452,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **14.452,00 €**

Indicatori locali: 0

Primi 1000 giorni di vita

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Piattaforma 0-10

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;D;E;

Razionale	<p>Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo precoce del bambino. Le ricerche delle neuroscienze in particolare hanno appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico ma avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neuronali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. Così come le ricerche in campo internazionale, e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dimostrano come l'attivazione di interventi domiciliari, per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita producano risultati volti a contribuire a ridurre le disuguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini. Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di dare che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. L'obiettivo degli interventi precoci è quello di individuare eventuali fattori di rischio, prevenire l'insorgenza di problematiche psicosociali, potenziare elementi di protezione presenti nel contesto familiare e nei caregiver.</p> <p>Per raggiungere questi obiettivi occorre intercettare le coppie fin dal periodo di gravidanza, accompagnando i mesi di gravidanza e preparando al parto; dopo la nascita del bambino è necessario sostenere le prime tappe di sviluppo e accompagnare le inevitabili modifiche relazionali e di coppia, individuando le situazioni che richiedono un sostegno specifico e di maggiore intensità. Questi interventi hanno dimostrato di riuscire a influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini con esiti di riduzione delle disuguaglianze anche a distanza di anni.</p>
Descrizione	<p>Nel Distretto di Castelnovo Monti s'intendono sviluppare e potenziare strategie integrate d'intervento tra servizi psicopedagogici, sociali e sanitari attraverso un coordinamento unitario delle azioni finalizzate a identificare precocemente i fattori di rischio e a supportare le famiglie, i neogenitori, le mamme nell'identificare le risorse proprie, della rete familiare allargata e del contesto sociale per far fronte alle difficoltà. I programmi di intervento di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri, ad aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e a facilitare la loro relazione, a rafforzare l'autostima della madre, a prevenire episodi di trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.</p>
Destinatari	<p>Donne e coppie in gravidanza, neomamme e famiglie con bambini 0-3 anni anche in condizioni di vulnerabilità.</p>
Azioni previste	<p>- Istituire un tavolo di coordinamento integrato di programmazione, raccordo e sviluppo delle azioni a sostegno della genitorialità con particolare riferimento</p>

	<p>alla fascia 0-3 anni (composto da servizio psicopedagogico, pediatria di comunità, servizio sociale educativo associato, PLS, consultorio familiare, NPIA, salute mentale);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidare il sistema dei educativi 0-3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia e il con il coordinamento pedagogico - Attuare interventi formativi integrati per i professionisti dei servizi coinvolti; - Implementare strumenti condivisi finalizzati a identificare precocemente situazioni di vulnerabilità; - Potenziare le azioni rivolte in particolare al periodo della gravidanza e ai primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie: sperimentare azioni sul 1° e 2° anno di vita dei bambini prevedendo momenti di incontro e socializzazione realizzati dai servizi educativi in integrazione con la rete dei servizi ampliare l'esperienza già attivata nel consultorio familiare/percorso nascita (corsi di preparazione alla nascita e benessere in gravidanza, corsi rivolti ai genitori, progetto home visiting assicurato dalle ostetriche nel puerperio, sostegno all'allattamento e spazio "latte e coccole", corsi di massaggio neonatale); sviluppare e consolidare gli interventi educativi domiciliari. ampliare gli interventi integrati in collaborazione le risorse del territorio (nati per leggere, nati per la musica, attività motorie e di socializzazione, collegamento con azioni piattaforma 0-6); assicurare azioni informative alle famiglie sull'offerta, opportunità di servizi e iniziative presenti sul territorio.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>sanitarie, sociali, educative e di prevenzione e promozione della salute</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Unione Montana Servizio Sociale ed Educativo Associato AUSL Programma Materno-Infantile, NPIA, Salute Mentale Istituzioni scolastiche ed educative, Terzo settore, Associazioni culturali, ricreative</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Jessica Ferrari Servizio Sociale ed Educativo Associato Maria Grazia Simonelli - Responsabile Servizio Sociale ed Educativo Associato Gianluca Marconi - Responsabile Pediatria territoriale cure primarie</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda regionale

- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

Riferimento scheda distrettuale: Qualificazione e accoglienza di bambini adolescenti e neo maggiorenni con bisogni socio sanitari complessi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale. Così come l'impoverimento complessivo del contesto sociale porta un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva.</p>
Descrizione	<p>I servizi pubblici sanitari, educativi, sociali registrano un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un contemporaneo processo di riduzione delle relazioni sociali. Questa crescente sfiducia e conflittualità si estende nei confronti anche delle istituzioni/servizi pubblici che sono investiti di aspettative, deleghe e richieste a cui sovente si riesce a dare risposte solo parziali.</p> <p>Occorre pertanto ri-orientare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie. L'attenzione deve essere mantenuta alla qualità dell'educazione nella prima infanzia, alla promozione del benessere e di stili di vita sani e consapevoli, quali fattori che agiscono preventivamente nelle situazioni di vulnerabilità sociale.</p> <p>Oggi le famiglie richiedono e propongono l'attivazione di modalità di intervento flessibili, la sperimentazione di nuove forme di partecipazione e di responsabilità sociale, l'attivazione di azioni di prossimità nei contesti di vita delle persone in grado di dar valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà espresse dal contesto locale.</p> <p>Il tema della vulnerabilità familiare richiama inoltre il fenomeno della negligenza e trascuratezza più o meno grave che può generare una carenza significativa o assenze di risposte adeguate allo sviluppo di un bambino. È riconosciuto scientificamente che all'origine della negligenza vi è una disfunzionalità nelle relazioni tra genitori e figli (o tra chi svolge le funzioni genitoriali) e scarse o problematiche relazioni tra le famiglie ed il mondo relazionale esterno. Occorre pertanto agire su entrambi i fronti per poter ottenere risultati tangibili di cambiamento. La presente progettazione si integra con la riorganizzazione del sistema dei servizi sociali e socio educativi dell'Unione finalizzati a promuovere un sistema di servizi integrato per le famiglie quale risorsa fondamentale del contesto sociale ma anche a suo supporto per riconoscere e supportare eventuali fragilità. Sistema che sviluppa una forte integrazione tra i diversi ambiti sociale, educativo e sanitario.</p>

Destinatari	Famiglie con figli piccoli, figli adolescenti, figli giovani adulti presenti in un determinato territorio
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - programmare/progettare/gestire in modo integrato tra sociale, sanitario, educativo sviluppando forme di raccordo e di rete tra i servizi pubblici ed il territorio per approfondire e trovare soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità con particolare attenzione alle situazioni di figli con disabilità ; - prevedere forme di integrazione al reddito, agevolazione tariffaria, esoneri, per i nuclei familiari che presentano difficoltà, anche a causa della crisi economica. - incentivare la partecipazione delle famiglie svantaggiate alle opportunità educative e culturali del territorio, in particolare a quelle rivolte a bambini e ragazzi; - promuovere l'integrazione e/o l'unitarietà dei punti di accesso e degli interventi favorendo la vicinanza territoriale alle famiglie; - sostenere il sistema dei servizi sociali e sanitari alla attivazione di risposte efficaci in occasione di situazioni particolarmente complesse. - sviluppare azioni di rete all'interno del contesto locale nell'ambito dello sviluppo di risorse famigliari e comunitarie.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative, abitative, di prevenzione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici (es. SerT, Salute Mentale, ecc.);
Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato Azienda Speciale Consortile
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 71.950,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **71.950,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: progetti educativa domiciliare

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 72 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 70

- **Obiettivo 2019:** 70

- **Obiettivo 2020:** 70

2°: protocolli integrazione

Descrizione: definizione di protocolli operativi

Tipo: Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

SERVIZIO PSICOPEDAGOGICO

Riferimento scheda regionale

- 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 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

Riferimento scheda distrettuale: Piattaforma 0-10

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;

Razionale	Nel distretto di Castelnuovo né Monti è attivo dal 2001 il Centro di Coordinamento per la Qualificazione Scolastica (CCQS), riferimento primario per le progettazioni innovative in ambito educativo, scolastico, formativo che da tempo ricerca e persegue l'integrazione socio-sanitaria ed educativa, tenendo conto dei bisogni delle famiglie e dei cittadini, in maniera trasversale con particolare attenzione all'evoluzione della persona, accompagnandola nei suoi momenti critici e di crescita. Attraverso servizi e azioni non cliniche (per le quali sono già stabiliti percorsi di invio) vengono favoriti il benessere e la crescita, nella consapevolezza che le famiglie, sebbene possano incontrare difficoltà, sono sostenute e seguite attraverso spazi qualificati anche nel nostro territorio di montagna.
Descrizione	Nell'anno scolastico 2004/05 nasce il servizio psicopedagogico del CCQS con l'obiettivo di mettere a sistema le progettazioni inerenti la psicologia scolastica attraverso un unico gruppo di lavoro. L'equipe è attualmente composta da: due psicologhe scolastiche, una pedagoga, uno psicologo che svolge un'azione di supervisione. Il lavoro dei professionisti è svolto in rete e coordinato dai servizi del territorio. Ogni Istituto scolastico lavora in sinergia con la psicologa scolastica di riferimento. Le attività principali che il servizio in questi anni ha sviluppato riguardano: osservazione dei contesti classe, spazio ascolto, progetti di affettività, percorsi di orientamento scolastico e al progetto di vita, formazione per insegnanti e genitori. In particolare lo spazio ascolto si prefigge di offrire un ascolto sistematico per permettere a genitori, insegnanti e studenti (questi ultimi delle scuole secondarie di I° e II°) di riflettere sulle strategie comunicative ed educative che utilizzano quotidianamente, rimanendo, se del caso, connessi al sistema socio-sanitario.
Destinatari	Genitori (familiari) Insegnanti Studenti Operatori Dirigenti scolastici
Azioni previste	Start up anno scolastico e appuntamenti periodici: - Progettazione piano di lavoro annuale tra equipe psicopedagogia, tavolo di coordinamento servizi socio educativi edirigenti scolastici dei singoli Istituti.

	<ul style="list-style-type: none"> - Condivisione con le scuole dell'impianto progettuale riguardo a persone, ruoli, ambiti di intervento, modalità di lavoro del servizio. - Incontri periodici con i responsabili dei diversi servizi al fine di integrare le proposte e ottimizzare le risorse. - Definizione del piano della comunicazione per informare i possibili utenti del servizio offerto. - Monitoraggio intermedio e valutazione finale <p>Ambiti d'intervento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione e co-progettazione con gli insegnanti di interventi mirati su casi o contesti nelle aree: cognitiva, relazionale, affettiva; 2. Potenziamento del sostegno psico-pedagogico alla persona (genitori, alunni, insegnanti); 3. Approfondimenti tematici, formazione genitori e insegnanti, sostegno a percorsi di alleanze nella comunità sulle responsabilità educative; 4. Interventi psico-pedagogici su progetti riferiti alle tematiche dell'orientamento, affettività. Analisi e modificazione condivisa dei contesti; 5. Osservazione delle abilità cognitive con il coinvolgimento delle famiglie e la collaborazione dei servizi competenti sul territorio; 6. Integrazione con la rete dei servizi (SerDP, Servizi Sociali, Neuropsichiatria Infantile, Pediatria di Comunità, CSM, Centro per l'impiego, Enaip, Operatori di strada, educatori servizi socio educativi); <p>Nello specifico, definizione dei compiti del supervisore, dello psicologo scolastico e dei pedagogisti:</p> <p>Supervisore SPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Azione di sistema fra SSEA, AUSL, NPI, ufficio immigrati, ☐ Regia nell'elaborazione e realizzazione delle progettazioni ☐ Supporto nell'analisi dei contesti e dei casi ☐ Gestione delle dinamiche tra i componenti del sistema ☐ Serate tematiche sul territorio con le psicologhe e la pedagoga <p>Psicologhe scolastiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Integrazione con la rete dei servizi ☐ Analisi condivisa dei contesti (classe, gruppo operatori etc.) ☐ Osservazione delle abilità cognitive con il coinvolgimento delle famiglie e la collaborazione dei servizi del Territorio ☐ Sostegni Psicologici individuali programmati a genitori, studenti, insegnanti (Spazi ascolto) ☐ Elaborazione e co-progettazione con gli insegnanti di interventi mirati su contesti e casi nelle aree cognitiva, relazionale, affettiva ☐ Approfondimenti tematici, formazione genitori, insegnanti e personale ATA. <p>Pedagogisti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Integrazione con la rete dei servizi ☐ Coordinamento operativo pedagogisti e psicologhe per gli interventi sui contesti ☐ Coordinamento commissione continuità orientamento, analisi e proposta di progetti sull'orientamento. Coordinamento pedagogico e supervisione dei progetti di qualificazione e formazione 06.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Sono collegati/integrati gli assessorati e i servizi alle Politiche giovanili, alla Scuola, ai Servizi sociali, Sicurezza, Sanità, Cultura, Sport.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Rete Scuole del distretto - SSEA, Servizi educativi, , Uffici Scuola, Ufficio Immigrati, Centro Giovani, Consultorio Giovani, Sert, CSM, CTP, Biblioteca, Neuropsichiatria di Comunità, Pediatria, Pediatria di Comunità, Salute Donna, Ostetricia, Parrocchie,</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Jessica Ferrari coordinatore area socio educativa Servizio Sociale ed Educativo Associato Francesco Zappettini coordinatore Servizio psicopedagogico e Area Minori Servizio Sociale ed Educativo Associato</p>

Risorse non finanziarie

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: utenti coinvolti

Descrizione: quanti utenti hanno richiesto accesso al servizio in un anno

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 10 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 30

- **Obiettivo 2019:** 32

- **Obiettivo 2020:** 35

2°: utenti inviati

Descrizione: numero utenti presi in carico e inviati ai servizi AUSL competenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 30 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 28

- **Obiettivo 2019:** 26

- **Obiettivo 2020:** 24

Piattaforma 0-10

Riferimento scheda regionale

- 14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 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

Riferimento scheda distrettuale: SERVIZIO PSICOPEDAGOGICO

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione montana dei comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;E;

Razionale	Nel distretto di Castelnuovo né Monti è attivo dal 2001 il Centro di Coordinamento per la Qualificazione Scolastica (CCQS), riferimento primario per le progettazioni innovative in ambito educativo, scolastico, formativo che da tempo ricerca e persegue l'integrazione socio-sanitaria ed educativa, tenendo conto dei bisogni delle famiglie e dei cittadini, in maniera trasversale con particolare attenzione all'evoluzione della persona, accompagnandola nei suoi momenti critici e di crescita. Attraverso servizi e azioni non cliniche (per le quali sono già stabiliti percorsi di invio) vengono favoriti il benessere e la crescita, nella consapevolezza che le famiglie, sebbene possano incontrare difficoltà, sono sostenute e seguite attraverso spazi qualificati anche nel nostro territorio di montagna.
Descrizione	Il Progetto si articola in azioni che si sviluppano nell'arco di un triennio (A.A.S.S.2018/19 - 2019/20, 2020/21), sono oggetto di una supervisione coordinata e riguardano nello specifico la fascia di età tra zero e sei anni. Sono coerenti con quanto previsto dal D.Lgs. n. 65/2017 in materia di "Istituzione del Sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita ai sei anni", al fine di sviluppare potenzialità di relazione, autonomia e creatività in contesto ludico e cognitivo, superando barriere territoriali. L'intervento riguarda i nidi e le scuole di tutto il territorio montano, attraverso la promozione di un sistema integrato, che si avvale di personale qualificato a seconda delle differenti azioni, attraverso il lavoro collegiale con il coordinamento pedagogico e in collaborazione con le istituzioni scolastiche. L'approccio zero-sei permette inoltre di potenziare il ruolo strategico della scuola dell'infanzia che opera in continuità con i servizi educativi per l'infanzia e con il primo ciclo d'istruzione. In tale prospettiva, gli interventi intendono gettare le basi per l'implementazione di progetti integrati basati su un "Sistema coordinato per la promozione dei "temi della creatività" nel sistema nazionale di istruzione e formazione" (correlato in ottica interdisciplinare agli altri linguaggi e temi della creatività).
Destinatari	Insegnanti, educatori che operano nelle scuole dell'infanzia, primaria e secondarie di I grado del distretto di Castelnuovo ne' Monti; Bambini dagli 0 ai 10 anni di età e loro famiglie.
Azioni previste	Le 10 azioni individuate prevedono: Atelier del corpo: attività di psicomotricità Una montagna di sport: attività in grado di sviluppare la motricità di base, attraverso moduli multi-disciplinari di avviamento allo sport. Tracce sonore: la realizzazione di questa azione prevede quattro fasi operative: progettuale (costituzione di un gruppo di progetto con esperti nel campo della progettazione didattico-pedagogico musicale); di formazione di operatori; operativa-didattica con la realizzazione di esperienze educative coordinate; di osservazione, studio e documentazione.

	<p>"Arcunta" I luoghi delle storie: percorso di avvicinamento alla lettura e alla narrazione fin da piccolissimi. Anche se il bambino nei primi mesi di vita non capisce il significato delle parole, la lettura ad alta voce gli procura comunque un piacere molto intenso, legato sia alla percezione del ritmo della lingua, sia - soprattutto - all'effetto rassicurante e consolatorio della voce di chi legge, che gli fa sentire forte la presenza dell'adulto e gli conferma di essere amato. Il percorso di avvicinamento prosegue nelle scuole primarie per vivere in laboratori all'aperto, luoghi caratteristici del territorio, la partecipazione emotiva che il racconto può generare.</p> <p>Alfabeti digitali: l'azione prevede il coordinamento di un gruppo di lavoro composto dagli animatori digitali e da altre figure della rete delle scuole Ccqs con la finalità di proporre iniziative sul piano didattico, dell'innovazione degli strumenti tecnologici, dell'aggiornamento delle dotazioni presenti e dei siti web degli istituti. L'azione è finalizzata anche alla prevenzione del cyberbullismo, in coerenza con la legge 107/2015. sonore")</p> <p>Orientamento alla persona: L'attività di orientamento intra-personale ed inter-personale che viene proposta sollecita finestre di consapevolezza per i bambini che, alla fine del primo ciclo di scuola e ad inizio del secondo, si apprestano ad affrontare il complesso intreccio tra una delicata fase del loro processo di crescita e le difficoltà di contesto del panorama sociale.</p> <p>Didattica innovativa: L'attivazione di didattiche innovative è volta a consolidare e sperimentare: percorsi laboratoriali dentro/fuori la scuola; percorsi di didattiche orientative; percorsi di didattiche per la differenziazione e l'inclusione; percorsi laboratoriali orientati all'acquisizione di competenze; percorsi che sviluppano cooperazione e coinvolgimento partecipato; percorsi che sviluppano il senso di appartenenza al territorio e lo spirito di imprenditorialità; consolidamento della metodologia LEPIDA sperimentazione per le didattiche innovative in pluriclasse.</p> <p>Laboratori psicomotori: L'attività di laboratorio utilizza l'attività psicomotoria in chiave preventiva e di sostegno per i bambini di età 2-7 anni. In base alle osservazioni svolte a inizio anno la Scuola, il Pedagogista e/o lo Psicologo Scolastico individueranno i bambini che, in base alle loro caratteristiche, possano beneficiare di interventi preventivi e di supporto. Verranno costituiti piccoli gruppi di lavoro psicomotorio, a cadenza settimanale, per tutta la durata dell'anno scolastico. L'attività sarà connessa ai percorsi scolastici dei bambini nella relazione coordinata tra i referenti scolastici, le figure professionali e di servizio psico-pedagogico (in rapporto con le famiglie) ed eventuali figure del servizio sanitario pubblico (NPI).</p> <p>Laboratorio compiti: propone la presenza delle figure dello psicologo e del logopedista che insieme lavorano con gruppi di bambini che necessitano di affiancamento per disturbi specifici dell'apprendimento.</p> <p>Consulenza e sostegno alla genitorialità: Lo spazio di si prefigge di offrire ascolto sistematico (presso i poli territoriali) per permettere ai genitori di riflettere sulle strategie comunicative ed educative che utilizzano quotidianamente, rimanendo, se del caso, connessi al sistema socio-sanitario</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>La progettazione che si intreccia con percorsi già avviati sul territorio ha importanti connessioni con: il servizio di Neuropsichiatria Infantile, Pediatria di Comunità e Pediatri di libera scelta, Servizi sociali dei territori, Tavolo Prevenzione (SertDP), Area Minori.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>UNIONE MONTANA DELL'APPENNINO REGGIANO- SERVIZIO SOCIALE EDUCATIVO ASSOCIATO. ASC TEATRO APPENNINO ISTITUTI COMPRENSIVI DEL DISTRETTO COOPERATIVE SOCIALI DEL TERRITORIO ASSOCIAZIONI SPORTIVE DEL TERRITORIO</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Jessica Ferrari coordinatore area socio educativa Servizio Sociale ed Educativo Associato Francesco Zappettini coordinatore Servizio psicopedagogico e Area Minori Servizio Sociale ed Educativo Associato</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Progetto adolescenza

Riferimento scheda regionale

- 16 Sostegno alla genitorialità
- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 25 Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda distrettuale: SOSTEGNO AGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE DEI GIOVANI DI PREVENZIONE AL CONSUMO/ABUSO DI SOSTANZE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all' ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio distrettuale esistono diverse azioni di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza. Progettazioni che richiedono una maggiore integrazione e un sistema di regia che permetta le connessioni necessarie. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale a livello territoriale.</p>
Descrizione	<p>A livello istituzionale l'integrazione tra le diverse politiche avviene all'interno della Giunta dell'Unione allargata al Direttore di Distretto e successivamente declinate negli strumenti di programmazione locale. All'interno del Piano sociale e sanitario e dei relativi PAA sono declinate le strategie ed i progetti relativi alla prevenzione riferiti alle giovani generazioni ed agli adolescenti.</p> <p>Il sistema integrato di interventi e servizi sociali, socio educativi e socio sanitari, ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata, al fine di mettere in relazione le diverse azioni che supportano il sistema famiglia e le problematiche relative alla genitorialità. Il sistema di azioni messe in atto, che riteniamo siano in linea con le priorità indicate "Progetto regionale adolescenza", troveranno riscontro nel sistema di rete attivato.</p> <p>Nel corso del triennio è necessario strutturare un sistema di coordinamento e regia tra i diversi progetti rivolti all'adolescenza al fine di garantire una maggiore integrazione degli interventi sociali, sanitari, educativi e scolastici rivolti all'infanzia e all'adolescenza, debbono essere ulteriormente implementate le azioni di coordinamento tra i diversi soggetti competenti in materia (Enti Locali, Azienda USL, Istituti scolastici, Terzo Settore), assicurando relazioni e collaborazioni tese ad evitare i rischi di settorializzazione nelle progettazioni che interessano questi target di età.</p> <p>L'organizzazione dei servizi all'interno del Distretto vede più punti di accesso: un primo livello di presa in carico sui servizi sociali territoriali, attivati presso ogni sportello sociale del Polo Territoriale, ed un secondo livello, all'interno del Servizio Sociale ed Educativo Associato servizi centralizzati, a supporto ed integrazione del primo livello. Il secondo livello si occupa inoltre della presa in carico di situazioni complesse afferenti le tematiche dell'affido e adozione, separazioni conflittuali, valutazione/supporto della/alla genitorialità e situazioni di abuso. Il Servizio Sociale ed Educativo Associato è in stretta rete con i servizi sanitari che si</p>

	<p>occupano di adolescenti e possono intercettare situazioni di disagio, Consultorio giovani, Sert, pediatria di comunità, pediatri di libera scelta medici di medicina generale.</p> <p>Fa parte sempre del sistema d'accesso quel pool di operatori – psicologi, pedagogisti, educatori, operatori di strada, mediatori- che lavorando direttamente sul campo e in progetti di prossimità, si pongono come terre di mezzo che analizzano i contesti e le situazioni, filtrano le criticità e le trasmettono ai servizi competenti. In seguito, le relazioni si caratterizzano come intermodulari, in quanto vi è un continuo interscambio e suddivisione dinamica dei lavori tra servizi (lavoro sul caso singolo) e operatore (lavoro per il caso nel contesto). Il sistema dei servizi è in rete con tutte le scuole del distretto, al cui interno svolge la propria attività il servizio psico-pedagogico che svolge un ruolo di facilitatore e filtro rispetto le situazioni segnalate dagli istituti scolastici.</p> <p>Inoltre fa parte della rete il Consultorio giovani che ha contatti diretti con l'are famiglia del con cui si rapporta periodicamente.</p> <p>.</p>
Destinatari	Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi-scolastici e del Terzo settore, la comunità di riferimento.
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Occorre consolidare il sistema di coordinamento e l'integrazione tra i diversi soggetti che in ambito locale si occupano di adolescenza promuovendo una regia comune e momenti di confronto strutturati; - Mantenimento delle attività/sportelli di ascolto organizzati in collaborazione con gli Istituti Scolastici quali strumenti di promozione del benessere ed intercettazione precoce del disagio; - Mantenimento degli interventi di prossimità all'interno del territorio; - Integrazione dei punti di accesso dedicati agli adolescenti; -Sviluppare azioni che permettano una maggior conoscenza dei contesti attraverso il coinvolgimento dei giovanili e degli adulti di riferimento a supporto della programmazione locale; - Favorire la conoscenza professionale tra gli operatori per migliorare la condivisione dei percorsi di rete e attivare percorsi di conoscenza e formazione comuni.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie, della formazione e del lavoro.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Servizio Sociale ed Educativo Associato</p> <p>Azienda Usl</p> <p>Istituzioni scolastiche</p> <p>Terzo settore</p>
Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: N incontri tavolo coordinamento

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

Prevenzione del gioco d'azzardo

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnato da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.</p>
Descrizione	<p>La Regione Emilia-Romagna in accordo con l'Osservatorio Regionale ha redatto il piano triennale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico come richiesto dal Ministero della Salute al fine di ripartire tra le Regioni il Fondo nazionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico. Il Piano regionale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione. La Regione Emilia-Romagna ha messo a punto tale piano, condividendolo anche con Anci, la strategia adottata è quella della condivisione, della collaborazione tra i Soggetti istituzionali e non istituzionali dei territori dove questo fenomeno sociale è ormai ampiamente diffuso. Il distretto ha redatto il piano territoriale in integrazione alle azioni di prevenzione già attive sul territorio. nel contesto locale sono diverse le iniziative che sono state attivate e sono in corso in relazione al gioco d'azzardo. Il tema richiede una sinergia dei diversi attori istituzionali e delle agenzie con cui il distretto collabora che si occupano di promozione del benessere e prevenzione di comportamenti a rischi di dipendenza. Da diversi anni è attivo un tavolo prevenzione tra le scuole del territorio, i servizi sociali, il Sert, i servizi socio educativi, il servizio psico-pedagogico e le agenzie del territorio (Papa Giovanni XXIII, Luoghi di Prevenzione; Centro di Prevenzione Sociale) che progetta e promuove azioni integrate sul tema della prevenzione in ambito scolastico anche riferite al gioco d'azzardo. Nel 2017 è stato realizzato un percorso culturale sul territorio rivolto al tema del gioco d'azzardo, un convegno e una mostra fotografica " Il valore della fragilità" esplorazione di corpi, sguardi, anime in gioco, che ha suscitato attenzione al tema da parte del contesto locale, inoltre è stata un'esperienza esportata anche a livello regionale.</p>
Destinatari	<p>Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - iniziative pubbliche rivolte ai cittadini finalizzate a promuovere la consapevolezza rispetto ai rischi connessi al gioco d'azzardo. - formazioni per operatori Sert e Assistenti Sociali dell'Unione da parte di personale esperto sul tema del sovraindebitamento delle famiglie.

	<ul style="list-style-type: none"> - consulenze e supervisione su casi specifici. - adesione da parte del territorio alle attività che verranno sviluppate sul contesto provinciale per offrire servizi innovativi a famigliari e ai giocatori che non accedono ai servizi di cura. - incrementare le iniziative rivolte alle scuole ed in particolare al ciclo delle scuole secondarie di primo grado, attraverso la realizzazione di incontri sul tema. - un'attività laboratoriale teatrale che parte da un reportage fotografico sviluppando un'esperienza locale in integrazione con il contesto scolastico ed il sistema di rete dei servizi del territorio che si occupa del tema.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie, educative, di prevenzione,
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Sociale ed Educativo Associato - Azienda Speciale Consortile - istituzioni scolastiche - Volontariato - Azienda USL - Luoghi di Prevenzione - Coop Papa Giovanni XXIII - Centro di Prevenzione Sociale - Parrocchie, Caritas
Referenti dell'intervento	Responsabile Servizio Sociale ed Educativo Associato Responsabili Poli Territoriali Coordinatore progetto
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Classi coinvolte

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- Obiettivo 2018: 2

- Obiettivo 2019: 8

- Obiettivo 2020: 8

Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Progetto adolescenza

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica adottata nel maggio 2011 a Istanbul, ratificata dall'Italia con Legge 27 giugno 2013 n. 77 ed entrata in vigore il 1 agosto 2014, sancisce che la violenza maschile contro le donne è una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, oltre che del diritto alla salute. Nei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul e dalle normative e raccomandazioni delle agenzie internazionali, a partire dalla Conferenza delle donne di Pechino del 1995, si evince che per fronteggiare il fenomeno della violenza maschile è necessario riconoscerne il carattere strutturale e non episodico o emergenziale.</p> <p>La legge 15 ottobre 2013, n.119 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", in coerenza con la normativa europea, prevede all'art. 5 il "Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere", adottato con DPCM del 7 luglio 2015 n. 1861.</p> <p>La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere", dedica il titolo V "Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere", alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell'ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l'obiettivo di prevenire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.</p> <p>La violenza domestica nei confronti delle donne è un fenomeno in crescita che non conosce frontiere geografiche, limiti di età, o razza, e che riguarda ogni tipo di relazione familiare e classe sociale. Fenomeno che da anni ha assunto i contorni di un vero e proprio allarme sociale. Anche il nostro territorio non è indenne da tale piaga, è necessario mantenere alta l'attenzione sul problema, affinché le potenziali vittime non debbano sentirsi sole, ma è necessario tutelarle soprattutto attraverso un lavoro di rete tra le Istituzioni, i servizi sociali e sanitari, le associazioni presenti nel territorio ma anche a livello provinciale provinciale.</p> <p>Attenzione sul fenomeno ma anche un lavoro che deve essere prima di tutto culturale puntando l'attenzione anche sull'importanza della cultura che deve essere alla base di tutto, perché è con la conoscenza che c'è rispetto e non violenza. Deve esserci l'impegno da parte di tutti nell'investire sulle nuove generazioni per mettere in campo politiche idonee per risolvere un problema di così grande rilevanza.</p>
Descrizione	<p>La tematica della violenza e del contrasto alle discriminazioni, in particolare la violenza di genere è una tematica trasversale che i diversi servizi incontrano nei contesti di lavoro quotidiano, aspetto che nel corso degli ultimi anni il Distretto di Castelnuovo ne' Monti ha voluto approfondire nei lavori di programmazione dei Piani di Zona per la salute ed il benessere sociale. Confronto che ha portato alla costituzione di un Tavolo di Lavoro permanente, socio-sanitario, che ha sentito la necessità di condividere e concordare modalità</p>

	<p>di lavoro comuni a tutta la rete degli operatori che si trovano a dover gestire ed affrontare situazioni di maltrattamento e violenza sulle donne. I presupposti che hanno permesso la costruzione di un sistema di rete contro la violenza nei confronti delle donne sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condivisione di linguaggi e obiettivi comuni tra i servizi che hanno portato ad adottare il protocollo sui primi indirizzi operativi; - Essere disponibili, pur mantenendo la propria specificità ed autonomia, a perseguire insieme obiettivi comuni. - Creare sinergie, integrare le proprie competenze accrescendo la conoscenza delle risorse del territorio; <p>Utilizzare una metodologia di presa in carico integrata, più servizi verso un unico progetto di uscita dalla violenza.</p> <p>Lavorare non solo in termini di riparazione ma iniziare a lavorare per prevenire attraverso percorsi di sensibilizzazione e prevenzione a 360 gradi che incidano su aspetti sociali e culturali del fenomeno.</p> <p>Protocolli e accordi assunti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adesione al Protocollo d'intesa tra la Provincia di Reggio Emilia, l'Azienda Casa Emilia Romagna (ACER) di Reggio Emilia, le Zone Sociali del territorio provinciale, l'AUSL di Reggio Emilia, per la messa a disposizione di un Alloggio destinato a donne maltrattate o vittime di violenza o abuso. -Primi indirizzi condivisi per la promozione di strategie finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne nel territorio del distretto di Castelnuovo ne' Monti (Comuni di Busana, Carpineti, Casina, Castelnuovo ne' Monti, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Toano, Vetto e Villa Minozzo con i rispettivi Comandi di Polizia Municipale e Servizi Sociali, il Servizio Sociale Unificato, lo Sportello Stranieri, l'Azienda Sanitaria Locale - Distretto di Castelnuovo Ne' Monti, l'Associazione NonDaSola di Reggio Emilia (in condivisione con la Compagnia dei Carabinieri di Castelnuovo Ne' Monti) -Protocollo per la gestione delle situazioni di emergenza all'interno della rete dei Servizi del Distretto di Castelnuovo ne' Monti. <p>Sono stati inoltre realizzati percorsi formativi rivolti ai professionisti sanitari e sociali della rete dei servizi (pronto soccorso, consultorio familiare, MMG, PLS, Salute mentale e dipendenze patologiche, servizio infermieristico domiciliare, servizio sociale ed educativo associato).</p> <p>Tra gli obiettivi esplicitati nel documento "Primi indirizzi condivisi.." vi è il consolidare un lavoro di rete contro la violenza alle donne attraverso la condivisione di azioni specifiche sui problemi rilevati, riconoscendo nel lavoro di rete la strategia fondamentale per contrastare la violenza e per offrire migliori standard di servizi alle vittime ed il diffondere gli indirizzi nei diversi Servizi e nella comunità ed il monitorarne l'applicazione costante. Il documento descrive i punti della rete e gli specifici compiti.</p> <p>La rete dei servizi distrettuali ha sviluppato nel corso degli anni un sistema attento alla problematica, definendo percorsi strutturati per gestire gli aspetti legati all'aggancio e ai percorsi in emergenza. Gli aspetti che rimangono più critici e che si ritiene di focalizzare con la presente progettazione riguardano la costruzione di azioni legate alla definizione di una progettazione che veda percorsi che aiutino le donne in percorsi di autonomia per uscire dalla violenza e ricostruire percorsi di vita personale e professionali.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Donne e minori vittime di violenza, AASS, Educatori Prof.li di: Servizio Sociale ed Educativo Associato, Ser.T, CSM, Responsabili dei servizi, cittadini, studenti, insegnanti, FFOO, polizia municipale.</p>
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere e sostenere interventi educativi/preventivi in particolare con le giovani generazioni da attuarsi, in accordo con il CCQS, attraverso incontri da svolgersi nelle scuole con la collaborazione dell'Associazione Nondasola e Per Te- donne insieme contro la violenza - Promuovere in modo permanente azioni di formazione e sensibilizzazione su questa tematica al fine di tenere sempre alta l'attenzione dei Professionisti e della Comunità Locale. - Produzione di materiale informativo da divulgare nel territorio; - Organizzazione di Eventi pubblici sul tema della violenza di genere in collaborazione con le associazioni presenti; - Applicazione dei protocolli regionali e distrettuale in tema di violenza di genere;
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche sanitarie, politiche familiari, politiche educative</p>

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizio sociale ed educativo Associato, CSM, Ser.T, MMG, PPII, Consultorio familiare salute donna, Consultorio Giovani, Distretto socio-sanitario, Polizie Municipale, istituzioni scolastiche, associazione "Nondasola" e "Per Te", Superiori.
Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato Azienda USL
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: n. classi coinvolte

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

MARCO SI E' LOGGATO MA NON POSTA PIU' - RICERCA SOCIAL MEDIA

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

Riferimento scheda distrettuale: SOSTEGNO AGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE DEI GIOVANI DI PREVENZIONE AL CONSUMO/ABUSO DI SOSTANZE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;

Razionale	<p>All'interno del Servizio Sociale ed Educativo Associato in collaborazione con l'A.Usl di Reggio Emilia è attivo da anni un tavolo di progettazione sulle dipendenze e di prevenzione primaria. In questi anni il tavolo si è stabilizzato e ad oggi fanno parte : il Ser.T, CCQS, CPS Cooperativa di Prevenzione Sociale, Papa Giovanni XXIII - Area Lavoro di Strada e Luoghi di Prevenzione, centro regionale di didattica multimediale per la promozione della salute e insegnanti referenti delle scuole secondarie di primo e di secondo grado.</p> <p>Il mandato del tavolo in origine è stato quello di promuovere interventi di prevenzione sulle dipendenze da sostanze , da alcol rivolti alle scuole, alla cittadinanza e ai gruppi informali. Altra finalità del tavolo è stata quella di tenere in rete gli interventi al fine di essere il più possibile efficienti ed efficaci partecipando ai momenti istituzionali come ad es Piani di Zona, Comitati di Distretto, partecipazione ai gruppi attivati dall' A.Usl di Reggio Emilia sul Piano Regionale della Prevenzione 2015/2018.</p> <p>Negli anni anche lo scenario delle dipendenze è cambiato e sono emerse nuove problematiche come il gioco d'azzardo, la cocaina. Le problematiche correlate alle dipendenze hanno pervaso le nostre quotidianità.</p> <p>I problemi connessi a un uso improprio della rete e dei social, sebbene non siano ancora trattati nei Servizi pubblici, destano molta preoccupazione.</p> <p>A partire dal 2015, i soggetti attuatori di interventi di prevenzione hanno iniziato a proporre alcune progettazioni condivise partendo dalle dipendenze e alcune sperimentazioni sui temi dei rischi connessi ad un uso improprio della rete che ha portato alla costruzione di laboratori rivolti agli insegnanti "Se mi tagghi non vale 2.0"</p>
Descrizione	<p>Il progetto di ricerca, in corso di realizzazione, è l'esito del percorso di co-progettazione con insegnanti e genitori.</p> <p>La ricerca vuole avere il significato di approfondire la conoscenza e le abitudini d'uso verso i social, le dinamiche relazionali e gli aspetti educativi e favorire la costruzione di futuri percorsi di interventi preventivi ed educativi su questi temi.</p>
Destinatari	<p>Studenti e genitori delle classi terze della scuola primaria di primo grado e delle classi prime della scuola primaria di secondo grado</p>
Azioni previste	<p>somministrazione di un questionario</p> <p>restituzione attraverso un evento pubblico degli esiti</p> <p>costruzione di successive progettazioni (es laboratori e eventi informativi, azioni di prevenzione sui temi attraverso la peer education rivolte alle scuole)</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Insegnanti, studenti, genitori, Dirigenti scolastici, operatori di strada di Papa Giovanni XXIII, CPS Cooperativa di prevenzione sociale, Luoghi di Prevenzione, SerDP,CCQS, Consulente esterno
Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato
Risorse non finanziarie	Collaborazione con Luoghi di prevenzione Aule di informatica delle scuole Teatro Bismantova

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

SOSTEGNO AGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE DEI GIOVANI DI PREVENZIONE AL CONSUMO/ABUSO DI SOSTANZE

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Prevenzione del gioco d'azzardo

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>Il territorio montano vede una popolazione giovanile dispersa sul territorio a rischio di disagio ed isolamento e la percezione riportata dagli osservatori locali è di una costante preoccupazione nelle fasce giovanili per stili di vita legati all'abuso di alcolici e superalcolici già dalle classi medie e soprattutto nelle classi superiori. L'abbassamento dell'età dei consumatori e i cambiamenti nelle modalità e dinamiche di consumo rendono necessari percorsi di contatto e prese in carico adeguate alle realtà complesse.</p> <p>Il tentativo è quello di aumentare le risorse dei servizi spendibili nella fase di prevenzione. L'obiettivo generale dell'azione è quello di promuovere percorsi di promozione del benessere, della socialità e della partecipazione attiva della cittadinanza e di favorire la creazione di una rete di prevenzione che crei condizioni costanti di approccio a positive modalità di aggregazione dei giovani tenendo monitorato l'eventuale presenza di utenza problematica.</p> <p>Anche la recente normativa regionale sancisce che "E' necessario sviluppare in tutti i distretti e rendere stabili le funzioni di possibilità anche come porta d'accesso al sistema dei servizi, i servizi di prossimità si caratterizzano per essere nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario, mettere la relazione al centro del proprio intervento, essere trasversali.</p> <p>Ogni distretto deve attivare funzioni di prossimità rivolte ai giovani e agli adulti significativi. Ogni Distretto deve disporre di Unità di strada rivolte ai Giovani e possibilmente garantirne la presenza in tutti i Comuni." (DGR 1533/06 "Prime linee di indirizzo generale in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope")</p> <p>La realizzazione del progetto prevede due azioni una rivolta a promuovere interventi di Prevenzione primaria all'interno delle scuole medie superiori inerenti il tabagismo, l'abuso di alcol e di sostanze e l'altra di dare continuità agli "Operatori in Salita" presenza di due operatori di strada. Nel distretto da diversi anni è attivo un tavolo prevenzione tra le scuole del territorio, i servizi sociali, il Sert, i servizi socio educativi, il servizio psico-pedagogico e le agenzie del territorio (Papa Giovanni XXIII, Luoghi di Prevenzione; Centro di Prevenzione Sociale) che progetta e promuove azioni integrate sul tema della prevenzione in ambito scolastico.</p>
Descrizione	<p>Il progetto si concretizza attraverso due azioni:</p> <p>Azione 1) prevenzione primaria all'interno delle scuole medie superiori inerenti i temi del tabagismo, l'abuso di alcol e di sostanze, promuovendo i seguenti obiettivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fare emergere il livello e la qualità delle conoscenze dei ragazzi sul tema delle dipendenze; -Creare una corretta informazione; -Definire le differenziazioni e i meccanismi delle varie dipendenze; -Individuare le motivazioni e i bisogni legati al consumo delle sostanze stupefacenti; <p>Azione 2) realizzazione del progetto "Operatori in Salita" si concretizza attraverso la presenza di operatori di strada.</p>

	<p>Il progetto si propone di garantire continuità all'azione di prossimità attivata con precedenti progettazioni, che prevede la presenza part-time di due operatori. L'azione vedrà coinvolti gli operatori, in alcuni Comuni, in un lavoro di rete con altre agenzie del territorio (scuola, volontariato, amministrazioni, tecnici dei servizi sociali) e, nella promozione e attivazione di alcune azioni trasversali a tutti i Comuni del Distretto (interventi nelle scuole medie superiori, interventi in alcuni locali della zona sociale frequentati dalla popolazione giovanile, presenza ad alcuni eventi serali/notturni promossi dal territorio, collaborazione con il Centro Giovani). Inoltre dovranno essere previsti interventi finalizzati alla promozione di azioni di sensibilizzazione e informazione sul territorio sul tema del gioco d'azzardo patologico per prevenire il rischio di dipendenza .</p> <p>Le aree di intervento del progetto saranno 4:</p> <p>la strada: comprende tutti gli interventi rivolte a compagnie giovanili nei Comuni ove la progettazione è attiva;</p> <p>La scuola : riguarda azioni e microprogettualità rivolte alle scuole medie superiori e le scuole medie inferiori. La finalità è quella di creare le condizioni per un "aggancio precoce" per le situazioni a rischio e sviluppare la prossimità attraverso azioni di promozione della partecipazione e della cittadinanza attiva.</p> <p>Le progettazioni e gli eventi: comprende azioni di promozione di interventi "ludici" a partire da una collaborazione attiva dei ragazzi dalla progettazione alla realizzazione dell'evento.</p> <p>Il loisir: si riferisce alle azioni collegate all'area del divertimento e del tempo libero e vede azioni realizzate nei locali frequentati dai giovani e durante alcuni eventi serali /notturni.</p> <p>Tutte le azioni prevedono, nel promuovere lavoro di rete e di comunità, il coinvolgimento degli operatori di strada, di referenti per le amministrazioni coinvolte e delle agenzie presenti sul territorio (scuola, volontariato, Centro Giovani ecc.) .</p> <p>Strumenti/azioni operative generali di supporto al lavoro di strada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenza degli operatori nei luoghi di ritrovo dei giovani - Attivazione di rapporti di dialogo e collaborazione con gestori e proprietari dei locali ove i giovani si incontrano - Ricerca e conoscenza dei canali e delle modalità con cui i ragazzi entrano in contatto con le tematiche legate ai comportamenti a rischio. - Raccordo strutturato con le realtà formali ed informali. <p>Strumenti per la relazione educativa con i giovani</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvio di relazioni significative costruite sulla fiducia e accoglienza reciproca - Riconoscimento ed identificazione delle situazioni più a rischio e successivo raccordo, con il servizio specialistico Sert e altri servizi che si occupano di tematiche giovanili. - Realizzazione di iniziative pensate con i ragazzi incontrati con diverse modalità come il coinvolgimento in attività sportive, gruppi di discussione, organizzazione di feste, laboratori, escursioni.
<p>Destinatari</p>	<p>Studenti, famiglie e insegnanti scuole medie superiori e inferiori</p> <p>Compagnie giovanili presenti sul territorio con particolare riguardo alle situazioni a rischio di disagio</p> <p>Utenti in carico ai servizi sanitari e sociali</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>*Promuovere interventi di Prevenzione primaria all'interno delle scuole medie superiori inerenti il tabagismo, l'abuso di alcol e di sostanze, promuovendo i seguenti obiettivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fare emergere il livello e la qualità delle conoscenze dei ragazzi sul tema delle dipendenze; -Creare una corretta informazione; -Definire le differenziazioni e i meccanismi delle varie dipendenze; -Individuare le motivazioni e i bisogni legati al consumo delle sostanze stupefacenti; <p>*Garantire continuità all'azione di prossimità attivata con precedenti progettazioni, che prevede la presenza part-time di due operatori di strada.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche scolastiche</p> <p>Politiche sanitarie</p> <p>Politiche della famiglia</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Servizio Sociale ed Educativo Associato dell'Unione, Azienda Speciale Consortile, amministratori, Ser.T., insegnanti,gestori dei locali che hanno come clienti soprattutto giovani,adulti significativi che hanno contatti con i giovani,CPS, Associazione Onlu</p>

Referenti dell'intervento	Servizio Sociale ed Educativo Associato Coordinatore progetto Azienda Speciale Consortile
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 23.989,00

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **23.989,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: N.° iniziative realizzate sul territorio

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

2°: N.° incontri organizzati presso le scuole

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

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

Riferimento scheda distrettuale: Progetto adolescenza

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Si
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 (Lo spazio Giovani ad oggi è attivo solo nel Distretto di Reggio Emilia 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" 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. Si ravvisa pertanto l'esigenza di estendere le attività degli Spazi Giovani consultoriali in tutto il territorio provinciale al fine di rendere equa l'offerta di servizi a questa fascia di popolazione.</p>
Descrizione	<p>Gli Spazi Giovani 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.</p> <p>Lo Spazio Giovani costituisce uno dei punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti, le attività svolte sono rivolte sia ai singoli sia ai gruppi e fanno parte integrante della programmazione locale prevista nel "progetto adolescenza".</p> <p>I professionisti che costituiscono l'equipe minima dello Spazio Giovani sono rappresentati da ginecologo, psicologo e ostetrica.</p> <p>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.</p> <p>Le prestazioni erogate e le aree di attività sono quelle tipiche del Consultorio familiare .</p> <p>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</p>

	<p>specifiche in merito alla pianificazione e realizzazione di interventi di educazione/formazione sanitaria a gruppi.</p> <p>L'equipe degli Spazi Giovani 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, scuole, corsi di formazione professionale, servizio sociale-Tutela Minori, centri educativi ed aggregativi, oratori, associazioni) e con i genitori singoli o associati .</p> <p>Nell'ambito dello Spazio Giovani consultoriale, poichè sono presenti condizioni logistiche e di accesso appropriate è possibile la collocazione, da parte del dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (NPIA, CSM, SerDP), di risorse professionali dedicate alla funzione psicologica di primo accesso nella fascia di d'età 14 - 28 anni, per i bisogni relativi a condizioni di disagio personale e significativo malessere.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Gli Spazi Giovani si rivolgono per l'attività assistenziale ad una fascia di età compresa tra i 14 anni e i 19 anni,</p> <p>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> <p>-Per le attività di dedicate alla funzione psicologica di primo accesso si rivolge alla fascia d'età 14 - 28 anni</p>
<p>Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulenza ostetrico-ginecologica gratuita e senza bisogno di prenotazione, a sostegno delle scelte contraccettive, per prevenire IVG e sostenere una procreazione consapevole. - Per alcune fasce d'età e precisi fattori di rischio è prevista la distribuzione diretta di presidi contraccettivi. - Nello Spazio Giovani di Castelnuovo Monti è prevista inoltre l'integrazione nell'equipe dello Spazio Giovani dell'andrologo per interventi di educazione alla salute e per consulenze su casistiche specifiche. - Accoglienza e funzione psicologica di primo accesso nella fascia d'età 14 - 28 anni. - Programmazione e attuazione di attività di educazione all'affettività.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<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>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>AUSL, Enti locali, Servizi educativi e scolastici, Terzo settore</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Fiorello Ghiretti-Unità di Psicologia Clinica Reggio Emilia Marilena Pedroni - Ostetricia e Ginecologia/Consultorio Castelnuovo Monti</p>

	Laura Saccaggi-Dip. Cure Primarie Castelnuovo Monti Fiorenza Pattacini Dip. Salute Mentale Area Sud
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Qualificazione e accoglienza di bambini adolescenti e neo maggiorenni con bisogni socio sanitari complessi

Riferimento scheda regionale

- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 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	Distrettuale
Soggetto capofila	Altro
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano e Azienda USL
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc. Negli ultimi anni la regione ha definito il quadro legislativo di riferimento per garantire la gestione di situazione ad alta complessità. In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.</p> <p>Occorre assicurare la 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>In un mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali si fa pressante la necessità di ripensare politiche ed azioni per le giovani generazioni, che paiono quelle maggiormente colpite dalla crisi, in una prospettiva di comunità locale, che sia attenta ai soggetti in crescita e che sia alla ricerca di garanzie per il proprio futuro, per la propria continuità e per il proprio rinnovamento. In quest'ottica assumono valore politiche di coesione sociale, di dialogo tra le generazioni, di opportunità per l'espressione e la partecipazione alla vita sociale, così come diventa importante porre attenzione alle reali prospettive offerte dal mondo della scuola e della formazione in connessione con la dimensione del sociale e del socio-sanitario. Occorre sviluppare le politiche educative e sociali e socio-sanitarie nella loro funzione strategica di promozione del benessere per la crescita dei bambini e dei ragazzi, di sostegno alle funzioni genitoriali, di prevenzione per rompere la catena di riproduzione delle disuguaglianze sociali e favorire processi di inclusione. E' inoltre importante mantenere l'attenzione agli interventi di protezione nelle situazioni complesse: dai crescenti casi di fragilità educativa alle situazioni più gravi che richiedono un'attivazione dei sistemi di protezione e tutela quali ad esempio i casi di allontanamento dei minori, di abuso e maltrattamento, di accoglienza di minori stranieri non accompagnati.</p> <p>Occorre mettere in atto interventi che tutelino i soggetti più deboli e in particolare le donne sole o con figli.</p>

	<p>L'ambito descritto, ed in particolare il tema della tutela dei minori, vede negli ultimi anni una situazione di continua evoluzione ed aumento delle complessità da affrontare, anche alla luce dei cambiamenti sopra evidenziati. Occorre mantenere e promuovere il raccordo tra Servizi socio educativi e sanitari ed i referenti delle Istituzioni, delle Associazioni e delle Cooperative sociali del Territorio, per consolidare modalità di integrazione operativa e finalità progettuali, monitorando l'andamento delle progettazioni e valutandone la congruità rispetto ai risultati attesi in relazione agli indirizzi previsti nel piano di zona sociale e sanitario.</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 ado-lescenti 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>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 psico-patologica, 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 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> <p>Il Servizio Sociale ed educativo Associato all'interno del percorso di riorganizzazione sta promuovendo azioni di qualificazione e sviluppo del sistema di presa in carico delle situazioni complesse per promuovere un lavoro integrato a sostegno delle situazioni in carico. 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>Destinatari</p>	<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. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>- Contenimento, attraverso i punti della rete socio sanitaria dei servizi, del disagio delle famiglie , derivante o amplificato anche dagli effetti della crisi;</p> <p>- Tutela dei minori in condizione di disagio familiare e a rischio di emarginazione, attraverso interventi socio sanitari, educativi, sostegno al reddito e all'abitare.</p> <p>- Mantenimento e potenziamento di azioni di raccordo con tutti i soggetti della rete, pubblici e privati, (famiglie, scuola, associazioni, terzo settore, volontariato ecc) finalizzate alla condivisione degli interventi realizzati e alla razionalizzazione dei diversi interventi mettendo in rete tutte le risorse presenti nel territorio;</p> <p>-Approfondire lo studio dei casi di sofferenza psicosociale dei minorenni in ottica di possibile intervento di prevenzione ed aggiornare i sistemi informativi che rilevano la casistica</p>

	<p>potenziando il raccordo con i servizi territoriali al fine di ottimizzare gli strumenti di raccolta e analisi dei dati.</p> <p>- Applicare ed implementare i percorsi di integrazione previsti dai protocolli operativi per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione attraverso il lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatra di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.).</p> <p>- Attualizzare l'accordo di programma per l'integrazione socio sanitaria tra il Servizio Sociale ed Educativo Associato ed il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Psicopatologiche;</p> <p>- Consolidamento delle azioni in essere, qualificazione professionale del personale dedicato anche attraverso momenti di formazione comune.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative, abitative, di prevenzione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	NPIA, CSM, SerT, Servizio Sociale ed Educativo Associato; Agenzie Educative; Privato Sociale, Azienda Speciale
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Francesco Micella Responsabile Tutela Minori NPIA</p> <p>Dott.ssa Gloria Dazzani Responsabile NPIA RE e Castelnuovo Monti</p> <p>Dott.ssa Maria Grazia Simonelli Responsabile SSEA</p>
Risorse non finanziarie	<p>-equipe sociale area famiglia infanzia età evolutiva</p> <p>- psicologhe Ausl area tutela minori;</p> <p>Assistenti Sociali operanti nei Poli Territoriali;</p> <p>- Operatori servizio NPIA</p> <p>- Operatori servizi Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</p>

Totale preventivo 2018: € 140.134,03

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **84.972,03 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **55.162,00 €**

Indicatori locali: 2

1°: minori accolti in struttura

Descrizione:

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4
- **Obiettivo 2019:** 3
- **Obiettivo 2020:** 3

2°: affidi

Descrizione:

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 47 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 50

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

Favorire autonomie per una vita indipendente

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;

Razionale	<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>Le persone con disabilità esprimono bisogni eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.</p>
Descrizione	<p>In Emilia-Romagna nell'ambito della programmazione del FRNA e FNA sono previsti diversi interventi per favorire la domiciliarità e la vita indipendente, quali in particolare l'assegno di cura di sostegno e l'assistenza domiciliare.</p> <p>Vengono anche affrontati i temi più globali della promozione della salute, a partire dalla necessaria integrazione fra i servizi, non solo sanitari, fino alla appropriata comunicazione con la famiglia, con le istituzioni scolastiche</p> <p>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 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> <p>Già da diversi anni la Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza in collaborazione la Pediatria territoriale, l'Area Disabili Adulti e i Servizi Socio-Educativi, hanno sviluppato sinergie per promuovere interventi sanitari, socio-assistenziali ed educativi per bambini e ragazzi con disabilità finalizzati alla promozione di attività a sostegno della domiciliarità e allo sviluppo di autonomie.</p>
Destinatari	Utenti della NPIA con disabilità e fragilità e loro familiari
Azioni previste	<p>-Implementare interventi psico-educativi individuali o di gruppo, svolti all'interno del Servizio di NPIA e in particolare in contesti domiciliari e territoriali per favorire l'acquisizione di Autonomie personali legate alla cura del se', alla gestione delle proprie risorse, alla conoscenza degli spazi e dei tempi di vita e al potenziamento di Abilità sociali e relazionali (LOTTO1 e LOTTO Autismo);</p> <p>Condividere tra i servizi coinvolti le progettazioni e i percorsi personalizzati domiciliari rivolti a minori con disabilità e alle loro famiglie;</p>

	<p>Garantire progetti personalizzati a supporto di esperienze socializzanti e/o di tempo libero/ con coetanei anche attraverso il coinvolgimento del contesto locale (associazioni di volontariato, associazioni sportive, associazioni culturali);</p> <p>Implementare e monitorare i protocolli operativi condivisi per l'integrazione socio-sanitaria ed educativa (protocolli di passaggio, incontri di transizione con utente e famiglie, alternanza scuola-lavoro, progetti di osservazione scolastica, progetti Enaip);</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Accordi di Programma</p> <p>Politiche dell'integrazione e scolastiche</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>NPIA, Pediatria territoriale, Area Disabili Adulti, Comuni, Servizi sociali ed educativi, Istituzioni scolastiche, Privato sociale, Associazioni</p>
Referenti dell'intervento	<p>Gloria Dazzani Responsabile NPIA Reggio Emilia e Castelnuovo Monti</p> <p>Alice Grisendi Coordinatore NPIA</p> <p>Barbara Bonini Coordinatore NPIA Reggio Emilia</p> <p>Lucio Pederzoli Responsabile Area Disabili Adulti Reggio Emilia e Castelnuovo Monti</p> <p>Francesca Jacopetti Coordinatore Area Non Autosufficienza</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: numeri utenti minori 7/18 anni

Descrizione: Numero utenti minori affetti da autismo con progetti educativi al domicilio in carico alla NPIA

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 5

- **Obiettivo 2020:** 6

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 Infanzia e Adolescenza
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>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.</p>
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 NPIA nelle 24 ore lavorative, il servizio NPIA può ricevere la richiesta, in orario di apertura, direttamente dall'utente o dai colleghi del Servizio Ospedaliero. 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>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 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. 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. Formulazione dei criteri di accesso 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. Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto al maltrattamento e all'abuso. Interventi integrati socio-sanitari in tema di prevenzione e percorsi di cura in adolescenza</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi sanitari territoriali: Cure Primarie (MMG, PLS, Pediatria di comunità) Servizi sanitari ospedalieri: Pronto Soccorso, Pediatria, Servizi Sociali Territoriali/Area Minori
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Gloria Dazzani Responsabile NPIA RE e Castelnuovo ne' Monti Dott. Francesco Micella - Responsabile Tutela Minori NPIA</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Progetto Primi Passi e Integrabili

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Promuovere le reali condizioni per assicurare agli alunni diversamente abili frequentanti le scuole superiori, effettive opportunità d'integrazione scolastica e sociale, realizzando e progettando percorsi formativi e promuovendo l'acquisizione di abilità e competenze sociali e professionali.</p> <p>L'obiettivo educativo dei progetti è, nel rispetto della libertà e della identità di ciascuno, è quello di valorizzare il patrimonio culturale che deriva dall'ambiente sociale nel quale il ragazzo è inserito. Intervenire per creare le condizioni e fare in modo che ognuno si inserisca attivamente nel contesto relazionale, capisca l'importanza di rispettare gli altri e nello stesso tempo sia rispettato ed accettato dagli altri.</p>
Descrizione	<p>1) Progetto Integrabili Nel territorio di Castelnuovo ne' Monti, da anni, in collaborazione con Enaip, le Scuole secondarie di Secondo grado, la Neuropsichiatria Infantile e il Servizio Sociale Associato - Area Disabili, si progetta e si realizza il percorso formativo a favore di ragazzi disabili frequentanti le scuole superiori (dal terzo anno). L'obiettivo principale che si pone con questo progetto è quello di promuovere l'acquisizione di abilità e competenze sociali e professionali. Il percorso è strutturato in modo da alternare scuola ad attività di laboratorio, per dare l'opportunità a ragazzi diversamente abili di implementare le proprie autonomie, di sperimentare abilità che altrimenti nel contesto esclusivamente scolastico non sperimenterebbero, rimanendo comunque integrati con la scuola di ogni partecipante. L'ente di formazione professionale, nello specifico, ha il compito di progettare e realizzare dei percorsi differenziati, caratterizzati da esperienze laboratoriali o di alternanza scuola-stage, preceduti da una fase di osservazione in grado di definire una progettualità individuale maggiormente mirata e con obiettivi specifici. I diversi enti coinvolti individuano per ogni ragazzo un percorso individualizzato, sulla base delle indicazioni date dal Servizio di NPI, delle esperienze pregresse, delle potenzialità, delle aspirazioni, delle indicazioni fornite sia dalla scuola che dalla famiglia. Successivamente, all'interno delle ore curricolari scolastiche, i ragazzi vengono inseriti nei laboratori /stage individuali o a piccolo gruppo.</p> <p>2) Progetto Primi passi: GLI UTENTI CHE POSSONO ACCEDERE A questo progetto devono aver terminato da poco l'iter scolastico e necessitano di interventi personalizzati e percorsi formativi a carattere orientativo e/O personalizzante. I destinatari vengono individuati in collaborazioni con i servizi territoriali competenti (Neuropsichiatria luinfantile- Servizio disabili adulti) e con le scuole. Il progetto prevede: una fase di orientamento individuale, una fase di formazione di carattere trasversale a gruppi un tirocinio formativo indennizzato con ore di tutoraggio, corso base sicurezza. Finalità del progetto "accompagnamento" verso il mondo del lavoro, mantenimento e potenziamento delle autonomie.</p>

Destinatari	<p>Il progetto Primi Passi è rivolto a ragazzi disabili certificati ai sensi della legge 104/92, IN POSSESSO DEL VERBALE D'INVALIDITA' ED ISCRITTI ALLE LISTE DEL COLLOCAMENTO MIRATO.</p> <p>Il Progetto Integrabili è rivolto ai ragazzi disabili inseriti nella scuola secondaria (dalla 3 classe in poi), in carico al Servizio di Neuropsichiatria Infantile del Distretto.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidare i rapporti e le interazioni tra le diverse istituzioni coinvolte, per creare una progettazione condivisa e partecipata, finalizzata al mantenimento e al rafforzamento di autonomie personali e lavorative di adolescenti disabili, in carico al servizio di neuropsichiatria infantile e segnalati dalle scuole secondarie di 2° grado. - Sviluppare la fase di osservazione e di progettazione dei singoli, attraverso la partecipazione ai laboratori proposti al fine di: <ul style="list-style-type: none"> - accrescere l'autostima; - sviluppare aspetti legati alla socializzazione e al rispetto della persona; - sviluppare le motivazione ad apprendere; - accrescere gli interesse, la partecipazione e l'impegno; - sviluppare una maggiore autonomia. - Garantire il più possibile l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza, attraverso collaborazioni e progetti che abbiano inizio già nelle fasi più precoci della vita, basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e delle attività di ciascuno. <p>Un obiettivo sarà quello di rivedere il percorso (già esistente e condiviso) con la neuropsichiatria e la scuola, per condividere criticità e rivalutare alcuni passaggi relativi alla presa in carico dei ragazzi e alla loro conoscenza.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Integrazione socio-sanitaria</p> <p>Politiche del lavoro</p> <p>Politiche scolastiche</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> -Fondazione Enaip Don Magnani - Az. Usl Di Reggio Emilia Distretto Di Castelnuovo ne' Monti - Servizio Di Neuropsichiatria Infantile -Servizio Sociale Associato-Area Disabili Del Distretto Di Castelnuovo ne' Monti -Scuole Secondarie Di 2° Grado Del Territor
Referenti dell'intervento	<p>Servizio Sociale ed Educativo Associato-Area Non Autosufficienza- Area Disabili Adulti</p> <p>Nadia Pellegrini</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: Integrabili

Descrizione: Numero di ragazzi disabili che partecipano al progetto Integrabili

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 8

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

2°: Primi passi

Descrizione: Numero di ragazzi disabili che partecipano al Progetto "primi passi"

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 5
- **Obiettivo 2019:** 7
- **Obiettivo 2020:** 9

RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE

Riferimento scheda regionale

- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Riferimento scheda distrettuale: RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano e Azienda USL
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;

Razionale	<p>Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, 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 familiari, saper ascoltare le aspettative e riconoscere difficoltà e affaticamenti relativi alle dinamiche a cui solitamente espone la presenza di familiari con fragilità, sono punti di partenza imprescindibili per un corretto approccio di caring che sappia mettere al centro la persona.</p> <p>In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio -sanitari e sanitari.</p> <p>Nel mese di luglio 2016 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da parti sociali, associazioni di pazienti e familiari e professionisti delle Aziende USL e dei Comuni con l'obiettivo di elaborare la proposta di linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014, che sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017.</p>
Descrizione	<p>Il sistema integrato dei servizi a livello distrettuale intende consolidare il sostegno delle famiglie con responsabilità di cura e assistenza ed educative nei confronti di persone con disabilità, di minori con disabilità/fragilità, di anziani non autosufficienti, di persone con dipendenze o con patologie psichiatriche sistematizzando le azioni di orientamento e supporto già attivate (orientamento per l'accesso ai servizi, momenti formativi dedicati a temi specifici: demenza, gestione dell'anziano fragile a domicilio; supporto psicologico a piccolo gruppo per familiari di persone con disturbi cognitivi/demenza; consulenze individuali psicologiche, assistenziali, di supporto nei percorsi di dimissione protetta, eventi programmati nell'ambito del Caregiver day ecc.) e sviluppando ulteriori azioni mirate, individuali o di gruppo, con il coinvolgimento delle risorse presenti nel contesto.</p>
Destinatari	<p>caregiver di persone anziane non autosufficienti, di persone con disturbi cognitivi, di persone con problemi di salute mentale e/o dipendenze patologiche, di persone adulte e minori con disabilità o fragilità, operatori sociali e sanitari, associazioni di volontariato, cooperative sociali, cittadini</p>
Azioni previste	<p>Istituire un tavolo tecnico con le seguenti funzioni:</p>

<p>- portare a sistema, programmare e dare continuità alle azioni e alle attività realizzate in modo sporadico e/o isolato nel nostro territorio (sostenere le azioni anche nei territori più decentrati)</p> <p>- sviluppare tutte le possibili sinergie (coinvolgimento degli Sportelli Sociali Territoriali e dei Nuclei di Cure Primarie, Infermiere di Comunità), per intercettare le situazioni di fragilità e a rischio di isolamento sociale</p> <p>- sviluppare possibili sinergie/convenzioni con gli Enti del terzo settore/Cooperative sociali e Associazioni per organizzare percorsi di formazione base per i caregiver, in modo più strutturato e continuativo (in aula/e-learning).</p> <p>- programmare interventi di informazione e formazione per gli operatori sociali e sanitari</p> <p>Area anziani e disabili adulti</p> <ul style="list-style-type: none"> - rafforzare il sistema di prossimità per l'informazione e l'orientamento al lavoro di cura e all'accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari, attraverso gli sportelli dei Poli sociali territoriali e il Punto Unico di Accesso (PUA) dei servizi socio-sanitari distrettuale di Castelnovo Monti (Area della Non Autosufficienza: SAA e Area Disabili Adulti) - proseguire e rafforzare gli interventi rivolti ai singoli caregiver familiari, formali ed informali (tra questi: ricoveri di sollievo, assegni di cura anziani e disabili, contributo aggiuntivo assistenti familiari, consulenze e contributi per l'adattamento domestico, supporto psicologico nei casi complessi, formazione assistenti familiari) <p>sviluppare ulteriormente gli interventi di "tutoring" nell'ambito dell'assistenza domiciliare</p> <ul style="list-style-type: none"> - proseguire con le attività consolidate di sostegno alla famiglia/caregiver nel percorso dimissioni protette e quando si renda necessario un cambiamento del setting assistenziale, - promozione ed organizzazione di eventi finalizzati alla sensibilizzazione, valorizzazione del caregiver e alla promozione del suo benessere, anche su temi specifici (es. demenza, cure palliative, gestione dello stress, dopo di noi, amministratore di sostegno, ecc) - programmare e organizzare eventi finalizzati alla sensibilizzazione, valorizzazione del caregiver e alla promozione del suo benessere; <p>- Promuovere formazioni degli operatori sul ruolo del caregiver</p> <p>Area Infanzia-Adolescenza NPJA</p> <p>Anche nell'ambito dei Servizi per l'infanzia e l'adolescenza è imprescindibile il coinvolgimento, l'orientamento e il sostegno dei famigliari o delle persone di riferimento. L'informazione, la 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>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento dei genitori in incontri di progettazione - Coinvolgimento Genitori nel processo di Transizione ai Servizi Adulti - Consulenze tecniche, Interventi educativi domiciliari e territoriali (LOTTO1 e LOTTO Autismo) - Incontri di Parent Training individuali e di gruppo per genitori di minori con ASD - Ricoveri di Sollievo specie per situazioni ad elevata complessità. <p>Area della salute mentale e dipendenze patologiche:</p> <p>Da sempre le famiglie sono coinvolte e sono parte attiva nei processi di cura delle persone con problemi salute mentale e di dipendenza.</p> <p>Le richieste di aiuto arrivano ai servizi dopo anni di comportamenti problematici che coinvolgono tutto il sistema familiare: spesso la prima richiesta di aiuto viene esplicitata da un familiare.</p> <p>Anche le esperienze più consolidate nel privato sociale accreditato vedono i familiari coinvolti in azioni di affiancamento e sostegno di altre famiglie.</p> <p>I gruppi di auto aiuto (Club Alcolisti in Trattamento ed Alcolisti Anonimi) da sempre affiancano i trattamenti dei servizi per le Dipendenze.</p> <p>I cambiamenti degli stili di vita, dei consumi di sostanze e l'affacciarsi di nuove forme di dipendenza (Gioco d'Azzardo Patologico, internet) richiedono la creazione di alleanze tra scuola, famiglia e servizi</p>
--

	<p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere attività di sensibilizzazione sui temi legati alle dipendenze con i punti della rete prossimi alle famiglie (scuola, associazionismo, servizi sanitari). - Sistematizzare e consolidare i processi di coinvolgimento delle famiglie nei processi di cura già dalla fase di accoglienza. - Promuovere formazioni degli operatori sul ruolo del caregiver. - Mantenere e rafforzare le attività di prevenzione primaria consolidando la collaborazione tra le famiglie e le agenzie educative e del tempo libero. - Proseguire con l'esperienza "Gruppo per familiari di pazienti con Disturbo Grave di Personalità": rivolto ai familiari di pazienti con Disturbo Grave di Personalità afferenti all'area Sud Montana (Montecchio-Cast.Monti-Scandiano). - Proseguire con Psicoeducazione per familiari di pazienti con Esordio Psicotico: rivolto ai familiari di pazienti con Esordio Psicotico afferenti al distretto di Castelnuovo nè Monti. La psicoeducazione è condotta da una psicologa dedicata al programma Esordio Psicotico.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sociosanitarie, sanitarie e di integrazione lavorativa del Distretto di Castelnuovo ne' Monti.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL: NPIA, Salute Mentale e dipendenze patologiche, Cure Primarie CDCD, SID, Cure palliative, Presidio Ospedaliero, Programma Materno-infantile, Enti Locali, Servizio Sociale ed Educativo Territoriale, Istituzioni scolastiche ed educative, Enti gestori,
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Francesca Jacopetti</p> <p>Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabili dei Poli Sociali Territoriali - Responsabili Servizi Dipendenze Patologiche e Salute Mentale
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Iniziative formative

Descrizione: N. iniziative di formazione organizzate nel Distretto

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

Centro per l'adattamento dell'ambiente domestico-sportello unico distrettuale

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;

Razionale	<p>I Centri provinciali per l'adattamento dell'ambiente domestico per le persone anziane e con disabilità (CAAD) hanno iniziato la loro attività nel 2005 in ogni provincia della Regione Emilia-Romagna, completando una rete articolata di servizi di informazione e consulenza, che garantisce due livelli di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il primo livello, svolto dai Centri provinciali, a disposizione per l'accesso diretto soprattutto da parte dei cittadini che chiedono informazioni e consulenza; ▪ il secondo livello, che comprende un'azione svolta dai due Centri regionali (il "Centro Regionale Ausili" di Bologna e il "Centro Informazione Regionale sul Benessere Ambientale" di Reggio Emilia) di supporto e di coordinamento dei Centri provinciali, oltreché di consulenza per i casi di maggiore complessità.
Descrizione	<p>Il Centro fornisce informazioni e consulenza a persone anziane e disabili e a tutti coloro che hanno delle limitazioni nello svolgere le attività della vita quotidiana.</p> <p>Si avvale anche del supporto degli operatori sanitari (in particolare con i fisioterapisti dell'Ospedale), dei tecnici progettisti del settore pubblico e privato (Equipe multidisciplinare del territorio) e della consulenza del CAAD di Reggio Emilia, per fornire informazioni/consulenze ai cittadini e agli utenti.</p> <p>I centri offrono una consulenza di primo livello su come riorganizzare gli spazi interni, rimuovere o superare gli ostacoli ambientali e le barriere architettoniche, studiare accorgimenti e soluzioni per facilitare le attività di ogni giorno, accedere ai contributi e alle agevolazioni fiscali, sui prodotti e gli ausili presenti sul mercato, sui servizi e le opportunità offerte dai diversi soggetti presenti sul territorio.</p>
Destinatari	<p>Il CAAD si rivolge a persone con disabilità e a tutti coloro che hanno delle limitazioni nello svolgere le attività di vita quotidiana e alle loro famiglie.</p>
Azioni previste	<p>IL CAAD del Distretto di Castelnuovo si occupa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fornire informazione e consulenza sui temi dell'accessibilità e dell'autonomia abitativa; - monitorare e attivare eventuali percorsi attraverso la realizzazione dei PAI in situazioni particolari, valutate dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVG, UVM, UVH) in condivisione con Ufficio di Piano (gestione delle procedure e attività disciplinate agli allegati "A" e "B" e dell'allegato "5" della DGR n.1206/07 FRNA, per la realizzazione dei Programmi assistenziali individualizzati) ; - attivare le procedure per l'erogazione dei contributi di cui all'art. 9) della legge regionale n. 29/97, per l'acquisto o l'adattamento di un'autovettura destinata alla guida o al trasporto di una persona disabile, in collaborazione con gli sportelli comunale e l'UDP - attivare le procedure per l'erogazione dei contributi di cui all'art.10) della legge regionale n. 29/97, per l'adattamento dell'ambiente domestico, in collaborazione con gli Sportelli Comunali e l'UDP; - raccogliere i dati annuali relativi ai flussi Regionali (CAAD e L.R. 29/97). - mantenere e sviluppare i rapporti con gli sportelli sociali comunali/uffici tecnici e fisioterapia al di integrare gli interventi e le informazioni.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie (medicina di base, SAUB) Politiche sociali Politiche per la casa Politiche della mobilità
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Assistenti Sociali dei Poli Territoriali Nuclei di Cure Primarie Operatori U.O. di Fisiatria (Fisiatra e fisioterapisti) Coordinatore Area Anziani e Disabili Adulti del Distretto Coordinatore Amministrativo dell'AUSL del Distretto Ufficio di Piano
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano Coordinatore U.O. Fisiatria dell'Ospedale S'Anna di Castelnovo Monti
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: Art. 9/LR 29

Descrizione: Tipologia
e numero dei contributi Art.9

Tipo: Numerico

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

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

2°: Art. 10/LR 29

Descrizione: Tipologia
e numero dei contributi Art.10

Tipo: Numerico

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

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

QUALIFICAZIONE ed Emersione del lavoro di cura svolto dalle Assistenti Familiari

Riferimento scheda regionale

- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Riferimento scheda distrettuale: RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;E;

Razionale	<p>La Regione Emilia Romagna, attraverso una serie di Programmi Distrettuali nell'ambito del FRNA (DGR 1206/07, allegato 3) e di attività a supporto degli obiettivi fissati dalla DGR 2375/09 "Linee guida per l'innovazione e lo sviluppo di attività di contatto ed aggiornamento per le assistenti famigliari", promuove la qualificazione e l'emersione del lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari.</p> <p>In particolare, negli anni, sono stati realizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opuscoli informativi, in diverse lingue, sui principali temi assistenziali (scaricabili dal sito regionale); - un Dvd formativo multilingue rivolto a assistenti familiari e caregiver familiari da utilizzare nelle attività di aggiornamento per piccoli gruppi; - un Dvd sull'assistenza alle persone con demenza (sottotitolato in lingua); - iniziative formative degli operatori dei servizi inclusi nei team distrettuali; - Attività formativa specifica sulla Piattaforma E-learning SELF, di proprietà della Regione Emilia-Romagna e di cui possono avvalersi le Pubbliche amministrazioni che vi aderiscono. L'obiettivo principale è quello di promuovere l'inserimento delle attività di cura delle assistenti familiari nella rete dei servizi e favorire l'emersione e la regolarizzazione del loro lavoro attraverso attività differenziate e flessibili che tengano conto delle caratteristiche specifiche e della diffusione delle assistenti nel proprio contesto di riferimento.
Descrizione	<p>Nel Distretto di Castelnuovo Monti diverse sono state le iniziative realizzate nel tempo, sia rivolte alla formazione di piccoli gruppi di assistenti familiari, sia "in situazione" (tutoring professionale).</p> <p>Tali iniziative non hanno però trovato continuità e omogeneità sul territorio.</p> <p>Emerge la necessità di strutturare alcune di queste attività, previste dalla normativa e dalle linee guida regionali, omogeneizzando gli interventi negli ambiti territoriali attraverso un maggior coinvolgimento/integrazione degli operatori dei Poli sociali e del Team Distrettuale (DGR 2375/09).</p> <p>Le iniziative,organizzate nel tempo, necessitano di un Programma Territoriale maggiormente condiviso e più continuativo.</p> <p>Sarà costituito un Tavolo Distrettuale che si occuperà di approfondire e sviluppare il tema del riconoscimento del ruolo e della qualificazione del lavoro di cura delle Assistenti famigliari.</p>
Destinatari	Assistenti famigliari di utenti anziani non autosufficienti e disabili residenti nel nostro territorio.
Azioni previste	- Mantenere l'accesso alla rete dei servizi attraverso gli Sportelli Sociali dei Poli territoriali e l'attività informativa e di supporto dell'Area della Non Autosufficienza (SAA e Area disabili Adulti).

	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgere maggiormente la figura dell'Assistente familiare nei Piani di Vita e Cura Individualizzati (assicurando aiuto nelle attività complesse, nelle emergenze, ecc.). - Integrare le attività delle assistenti familiari nella rete dei servizi fornendo: interventi di affiancamento e di formazione in situazione rispetto a problematiche specifiche e circoscritte legate all'assistenza, attività strutturata di tutoring svolto da operatori della rete (OSS e/o IP sia al domicilio che in fase di dimissione da Ospedale o da RSA). - Incentivare la regolarizzazione e l'emersione del lavoro di cura a domicilio, per i percettori di assegno di cura e regolare posizione contrattuale dell'assistente familiare, della possibilità di riconoscimento di un contributo aggiuntivo di 160 euro mensili. <p>Istituire un tavolo tecnico con le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di "Programma distrettuale per la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA"; - ridefinizione del Team Professionale del Distretto; - ridefinizione della funzione di Tutoring (educazione-addestramento svolto principalmente da operatori del Territorio coinvolti nell'Assistenza domiciliare) nell'ambito dei servizi socio-sanitari; - organizzare iniziative formative e di aggiornamento sul territorio (in collaborazione con gli sportelli sociali dei Poli, Cooperative Sociali/Associazioni, tramite eventuali convenzioni da costruire insieme) - ragionare sulla possibilità di organizzare un sistema strutturato di incontro domanda – offerta di lavoro di cura che garantisce consulenza ed orientamento
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche per il lavoro</p> <p>Politiche sanitarie</p> <p>Politiche sociali</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELL'APPENNINO REGGIANO SERVIZIO SOCIALE ED EDUCATIVO ASSOCIATO; Enti del terzo settore, Associazioni datoriali, Associazioni di Volontariato e altri soggetti della Comunità</p>
Referenti dell'intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Dott.ssa Francesca Jacopetti <p>Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angela Morotti <p>Coordinatore Attività Infermieristiche</p> <p>Distretto di Castelnuovo ne' Monti</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 2

1°: Assegni di Cura

Descrizione: N. Assegni per Assistenti famigliari

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 25

- **Obiettivo 2019:** 27

- **Obiettivo 2020:** 27

2°: Formazione

Descrizione: N. eventi formativi

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

Sportello Amministrazione di sostegno

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
- 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Riferimento scheda distrettuale: DOPO DI NOI

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;D;

Razionale	<p>Un'azione comune all'area della non autosufficienza e della fragilità riguarda la necessità di favorire e valorizzare l'utilizzo dell'amministrazione di sostegno in attuazione della L.R. 11/09.</p> <p>L'obiettivo del Distretto è quello di promuovere, nell'ambito del sistema integrato degli interventi socio-sanitari e della programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, uno Sportello territoriale in collaborazione con l'associazione di Volontariato Dar Voce, nell'ambito del Progetto Aziendale "Non più soli", a supporto dell'Amministratore di Sostegno.</p> <p>Lo scopo principale è quello di assistere, sostenere e rappresentare, con la minore limitazione possibile, chi per effetto di una infermità, non è in grado di farlo da solo.</p> <p>L'amministratore di sostegno non deve essere un professionista in campo giuridico, sociale o amministrativo, ma una persona disponibile alla relazione, capace di attivare opportuni servizi e reti di supporto e affiancare la persona nella gestione della quotidianità.</p>
Descrizione	<p>L'amministratore di sostegno è una persona che affianca un'altra persona la cui capacità di agire risulta limitata o del tutto compromessa. E' quindi una forma di tutela di soggetti deboli, che è stata introdotta da una legge dello stato che ha modificato il codice civile (legge n. 6 del 2004). L'amministratore di sostegno svolge, anche per un periodo limitato nel tempo, attività volontaria e gratuita a favore di persone senza o con poca autonomia nel compiere le attività della vita quotidiana. Diventare amministratore di sostegno di una persona fragile significa assumere l'impegno di aiutarla per migliorare la qualità della vita, svolgendo quegli adempimenti che altrimenti non potrebbero essere eseguiti dalla persona stessa.</p> <p>Nei Distretti dell'Azienda di Reggio Emilia sono già attivi gli sportelli per le informazioni e il supporto ai cittadini/operatori.</p> <p>Nell'ambito di tale progetto sarà attivato uno Sportello anche nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti, che sino ad oggi ha utilizzato lo Sportello di Reggio Emilia presso il Tribunale.</p>
Destinatari	<p>L'amministratore di sostegno svolge la propria attività per chi, affetto da una infermità ovvero una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere in tutto o in parte all'espletamento delle funzioni della vita quotidiana come anziani con patologie invalidanti, persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave o gravissima, persone con dipendenze, persone con problemi psichici.</p>
Azioni previste	<p>Apertura Sportello Amministratore di Sostegno nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti presso la sede del Servizio Sociale Associato dell'Unione dei Comuni dell'Appennino reggiano.</p> <p>Il Servizio Sociale Associato è disponibile a fornire uno spazio in cui aprire lo sportello da Settembre 2018; inizialmente si partirebbe con una mezza giornata ogni 15 giorni (sabato mattina). Lo sportello sarà finalizzato a sostenere il lavoro dedicato all'amministrazione di</p>

	<p>sostegno, sia in riferimento ai servizi sociali con i quali la collaborazione è già attiva con lo sportello ed i volontari di Reggio E., sia a servizio dei cittadini non seguiti dai servizi sociali ma che necessitano di informazioni o assistenza all'avvio della procedura di nomina amministratore di sostegno.</p> <p>Lo sportello sarà gestito inizialmente da alcuni volontari dello sportello di Scandiano e Reggio.</p> <p>- Il Servizio Sociale Associato ha proposto di presentare il progetto e l'istituto nell'ambito dei Poli territoriali, coinvolgendo i nuclei cure primarie. All'interno di questi ultimi si potrà agire anche sulle modalità di gestione dei casi in relazione ai servizi proposti dagli sportelli.</p> <p>A tal proposito si prevede la programmazione di quattro incontri per operatori (nei quattro Poli) nel periodo settembre/Novembre.</p> <p>- Reclutamento di volontari nel territorio. A tal proposito è previsto un corso di formazione per i volontari a Reggio Emilia per tutti i Distretti (Ottobre-Novembre) e si prevede un incontro di formazione per i cittadini/volontari nel nostro Distretto nella primavera del 2019.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>La figura dell'amministratore di sostegno non è solo una categoria giuridica, ma un insieme socialmente ordinato di sostegni ed aiuti alla debolezza e alla fragilità delle persone, fuori dal modello "burocratico" di welfare.</p> <p>L'amministratore di sostegno non è quindi solo una formula normativa ma una risposta a precise esigenze sociali e personali dei cittadini, uno strumento che coniuga scelte giuridiche ed esigenze della persona, mettendo in evidenza, promuovendo ed utilizzando il principio del «progetto personalizzato» sulla persona fragile, mettendo così in pratica i principi ispiratori del legislatore.</p> <p>Riguarda perciò, l'intero arco della vita delle persone in difficoltà; pertanto è opportuno promuovere e informare rispetto al ruolo e ai compiti dell'Amministratore di sostegno tutti gli attori del territorio, in ambito sociale, sanitario, lavorativo e scolastico.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELL'APPENNINO REGGIANO SERVIZIO SOCIALE ED EDUCATIVO ASSOCIATO;</p> <p>ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "DAR VOCE", NELL'AMBITO DEL PROGETTO "NON PIU' SOLI";</p> <p>SERVIZI SANITARI DEL DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI;</p> <p>ALTRE ASSOCIAZIONI DI VOL</p>
Referenti dell'intervento	<p>-Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p> <p>- Dott.ssa Simonelli Maria Grazia Responsabile dell'Ufficio di Piano Distretto di Castelnuovo</p> <p>- Responsabili dei Poli Sociali Territoriali dell'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: Sportello AS

Descrizione: Sportello aperto al pubblico per informazioni ed assistenza in merito all'AS

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO

Riferimento scheda regionale

- 2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- 3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	Distrettuale
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 Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili.</p> <p>Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.</p> <p>Tra i diversi obiettivi previsti dalla normativa, particolare importanza è stata data allo sviluppo di percorsi sociali e sanitari integrati a supporto della domiciliarità e delle esigenze delle persone fragili.</p> <p>La visione della Regione, per la definizione della rete delle Cure Intermedie, prevede lo sviluppo di una rete il più possibile integrata, di servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbilità e fragili, con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi setting, sulla base dell'intensità assistenziale. In tale ottica andrà posta particolare attenzione alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette)</p> <p>Nel Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015) le strutture intermedie si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, con varie funzioni, sia nella gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, sia nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, sia nei centri di comunità/poliambulatori. In tale ottica assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo di strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità dell'assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale operativa\punti unici di coordinamento che, attraverso una valutazione multidimensionale, garantisca la presa in carico e la continuità con la rete territoriale dei servizi e delle strutture (DM 70/2015)</p>
Descrizione	<p>Nel Distretto si è molto investito, attraverso la costituzione di un tavolo di lavoro (obiettivo anche del precedente Piano di Zona), sulla costruzione di strumenti operativi condivisi ed integrati (procedure) nell'ambito della presa in carico/dimissioni protette.</p> <p>La dimissione protetta ha l'obiettivo di garantire alle persone in situazione di fragilità la continuità di cura e di assistenza tra ospedale e servizi territoriali. In particolare, garantisce l'attuazione di un progetto assistenziale mirato a rispondere ai bisogni della persona coinvolgendola, laddove è possibile e della famiglia/caregivers.</p> <p>All'interno della Procedura adottata nel Distretto, oltre al percorso di presa in carico ospedaliera dell'anziano non autosufficiente (UVG-attivazione della rete per anziani non autosufficienti), sono previste le modalità di attivazione/valutazione e presa in carico anche di persone fragili con patologie da dipendenza, disabili gravi e gravissimi (UVH), pazienti con</p>

	<p>patologia psichiatrica e l'attivazione del percorso di cure palliative (attivazione del Case-manager territoriale).</p> <p>La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera finalizzata al raggiungimento di una maggiore efficacia nella risposta ai bisogni e ad una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, i nuovi modelli organizzativi che prevedono setting assistenziali differenziati per intensità di cura, il contestuale sviluppo della rete dei servizi territoriali (assistenza primaria, cure intermedie, servizi socio-sanitari e sociali) e la complessità di alcune casistiche, richiedono un avanzamento della governance di sistema, un up-grade degli strumenti operativi e delle connessioni di rete al fine di garantire il potenziamento dell'integrazione tra i professionisti dei diversi ambiti, la continuità, l'efficienza nell'uso delle risorse e l'appropriatezza del percorso di cura e assistenza, in particolare nel passaggio tra i diversi setting, lo sviluppo di azioni di qualificazione/innovazione delle risposte ai bisogni dell'utenza e di sostegno alla domiciliarità anche alla luce delle progettazioni previste nell'ambito della Strategia Nazionale Aree Interne Appennino Emiliano.</p>
Destinatari	<p>Professionisti di cure primarie, ospedale, servizio sociale educativo associato, salute mentale e dipendenze patologiche, SAA, area disabili, enti gestori</p> <p>persone anziane, persone con bisogni socio-sanitari complessi, pazienti provenienti da ospedale/domicilio loro familiari/caregiver</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo di coordinamento e qualificazione dei percorsi integrati; - Up-grade degli strumenti operativi finalizzati ad aggiornare i percorsi di accesso alla rete dell'offerta territoriale, alla presa in carico/continuità nei percorsi integrati di cura; - Definizione di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di accesso ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali (compreso l'alta valenza sanitaria); - Consolidare la funzione dell'assistente sociale in ospedale e rafforzare la funzione delle assistenti sociali dei poli territoriali nell'ambito dei percorsi integrati; - Mantenimento delle azioni consolidate di sostegno alla domiciliarità (supporto al caregiver, assegni di cura ecc.); - Sviluppo di azioni innovative nell'ambito domiciliarità (nuove forme di domiciliarità protetta, contrasto all'isolamento, interventi formativi rivolti ai caregiver ecc.)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Integrazione dei servizi sociali, sanitari</p> <p>Integrazione ospedale territorio</p> <p>Riorganizzazione delle cure intermedie</p> <p>Ruolo centrale del distretto</p> <p>Partecipazione della comunità</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>AUSL, Servizio sociale ed educativo associato, enti gestori, associazioni volontariato</p>
Referenti dell'intervento	<p>Francesca Jacopetti Servizio Sociale ed educativo associato Area anziani disabili</p> <p>Sonia Gualtieri Direttore di Distretto</p> <p>Angela Morotti Cure Primarie</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: N.Dimissioni protette

Descrizione: numero valutazioni effettuate nell'anno nelle diverse U.O.

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 231 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 180

- **Obiettivo 2019:** 185

- **Obiettivo 2020:** 190

Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità e sistema d'accesso

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda distrettuale: DOPO DI NOI

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.</p>
Descrizione	<p>L'Area Disabili Adulti del Distretto di Castelnovo ne' Monti è parte integrante del Servizio Sociale ed educativo Associato dell'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano. I sette Comuni del Distretto di Castelnovo ne' Monti, hanno conferito all'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano, la funzione fondamentale di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali e l'erogazione delle relative prestazioni ai cittadini a partire dal dal 1 agosto 2017.</p> <p>L'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano è pertanto subentrata in tutti i rapporti in essere, al Comune capofila di Castelnovo ne' Monti, compresi tutti gli accordi sottoscritti con l'Azienda Usl di Reggio Emilia Distretto di Castelnovo ne' Monti relativi alla programmazione e gestione delle funzioni sociali e socio-sanitarie e all'istituzione dell'Ufficio di Piano.</p> <p>Il territorio montano comprende sette comuni, con una superficie di 795,6 Kmq con una popolazione di poco meno di 34 mila abitanti.</p> <p>Negli ultimi anni sono state mantenute le progettazioni della non autosufficienza area disabili. Le risorse del FRNA e del FNA garantite dalla Regione Emilia Romagna, hanno consentito di mantenere la rete dei servizi, di dare continuità a progettazioni importanti già avviate e si sono sviluppati obiettivi innovativi.</p> <p>La rete dei servizi determinata dalla programmazione territoriale è così strutturata:</p> <p>Servizi dedicati alla domiciliarità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assegni di Cura: è stata data continuità agli interventi di sostegno alle famiglie attraverso l'attivazione di servizi e risposte personalizzate, utilizzando anche lo strumento dell'assegno di cura, legato a progetti formulati dall'UVH. - Centri socio-riabilitativi diurni per disabili (CSRD disabili): per quanto riguarda i Centri Socio-riabilitativi diurni disabili, sono stati mantenuti i 34 posti nei tre Centri Diurni della montagna, Castelnovo ne' Monti, Cavola, Casina. - Labor : grazie al finanziamento del fondo regionale per la non Autosufficienza, è stato possibile dare continuità all'esperienza dei laboratori occupazionali. Sono infatti presenti nel Distretto 3 Laboratori che hanno visto un importante sviluppo; due di questi si trovano nel Comune di Castelnovo ed uno nel Comune di Toano (Cavola) - Extra Time: In continuità con gli anni precedenti è stata mantenuta la collaborazione i servizi hanno mantenuto una collaborazione con Face ed Enaip per la promozione di varie iniziative ricreative, legate al tempo libero dei disabili del Distretto.

	<p>- Percorsi Lavorativi: sono stati valutati tutti i progetti socio terapeutici riabilitati alla luce della modifica della legge regionale n. 7/13. Su ogni situazione è stato ridefinito il progetto individuale e trasformato dal 2015 in percorsi di tirocinio o di volontariato, finalizzati alla cittadinanza attiva o socializzazione.</p> <p>Servizi dedicati alla residenzialità</p> <p>- Appartamenti protetti: sono presenti 3 appartamenti protetti in cui l'ente gestore garantisce un monte ore settimanale di un operatore O.S.S. e di un coordinatore a sostegno dei bisogni degli ospiti. Attualmente uno di questi appartamenti non è occupato, pertanto è stato utilizzato per il progetto del "Dopo di Noi".</p> <p>- Residenziale: analogamente alla rete dei servizi degli anziani anche per l'area della disabilità è stata prevista una continuità per quanto riguarda gli interventi di ricovero presso strutture residenziali dedicate (ad oggi 2 utenti disabili gravi e due utenti GRAD).</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Il target di utenza afferente al Servizio Disabili Adulti include persone con certificazione di invalidità.</p> <p>In caso di situazioni di confine fra target afferenti a Servizi diversi (Disabili Adulti, CSM, Anziani, ecc.) il Servizio Disabili si rende disponibile a una valutazione congiunta e, nel caso, a una presa in carico integrata.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>- Garantire equità all'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati e presa in carico dell'utente e della sua famiglia.</p> <p>La presa in carico della persona disabile e della sua famiglia è un compito imprescindibile per la rete dei servizi che si realizza attraverso una precisa definizione dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti istituzionali competenti. La presa in carico è il processo integrato e continuativo attraverso il quale viene garantito l'insieme degli interventi coordinati per contrastare le situazioni che ostacolano la piena affermazione della personalità di ogni individuo con disabilità ed il suo processo di sviluppo.</p> <p>L'accesso alla rete dei servizi per l'eventuale futura presa in carico avviene di norma attraverso lo "Sportello sociale" identificato quale principale punto di connessione della rete, rappresentato dai Servizi Sociali dei Comuni del Distretto. A tale sportello sono affidate le funzioni di:</p> <p>informazione ed orientamento dei cittadini sui servizi e gli interventi del sistema locale; valutazione preliminare delle situazioni accolte e successivo invio ai servizi del sistema locale più opportuni.</p> <p>Tale impostazione soddisfa l'esigenza dei cittadini, visti in qualità di clienti-utenti della rete di interventi e servizi socio-sanitari, di trovare un'immediata e vicina accoglienza al proprio bisogno.</p> <p>- Attivazione della UVH Distrettuale ai sensi della DGR 1230/08. Revisione del "Protocollo operativo" Area disabili adulti.</p> <p>La valutazione viene effettuata all'interno dell'equipe multi professionale UVH istituita nel distretto di Castelnovo ne' Monti. Ha il compito di garantire l'analisi, la valutazione, la revisione di tutti i principali processi di integrazione socio sanitaria che devono trovare attuazione, consolidamento e sviluppo nell'ambito dell'offerta assistenziale-educativa e socio sanitaria del distretto.</p> <p>L'Attività dell'UVH territoriale è normata e descritta all'interno del "Protocollo operativo" 8IN FASE DI REVISIONE E MODIFICA).</p> <p>L'UVH rappresenta uno strumento/spazio di confronto che valuta i bisogni del disabile e della sua famiglia e in relazione alle problematiche individuate, traccia un percorso e individua i servizi disponibili più rispondenti, attraverso l'elaborazione del Progetto Assistenziale/Educativo Individuale (PAI-PEI).</p> <p>L'U.V.H. :</p> <p>prende in carico il disabile e la sua famiglia dopo un'attenta valutazione dei bisogni espressi; elabora con loro un progetto di vita che viene declinato in specifici PAI/PEI, da realizzare nei servizi che verranno attivati;</p> <p>accompagna la fase di inserimento negli interventi/servizi definiti nel Progetto di Vita;</p> <p>è referente dei diversi interlocutori coinvolti: privato sociale e associazionismo.</p> <p>Gli strumenti utilizzati per la valutazione e definizione del progetto individuale di vita sono: cartella socio-assistenziale, scheda utente e scheda regionale di valutazione.</p> <p>L'UVH è composta da:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabile del Caso del Comune di riferimento - Medico Specialista - Medico responsabile - Coordinatore: figura professionale con funzioni di infermiere/educatore - Eventuali altri professionisti coinvolti nel progetto assistenziale del disabile -Disabile e famiglia <p>Le sedute UVH si svolgono una volta alla settimana, presso la sede del Servizio Disabili Adulti o presso il domicilio dell'utente.</p> <p>-Il Servizio Sociale Associato-Area Disabili ADulti autorizza l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere il lavoro sociale 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 solidarietà presenti nella comunità (reti informali, volontariato, associazionismo) attraverso interventi quali, ad esempio, l'educazione, la formazione e la sensibilizzazione della comunità rispetto alle tematiche della disabilità. - Coinvolgimento dei Poli Sociali Territoriali e dei Nuclei di Cure Primarie sia rispetto alla progettazione e programmazione dei Servizi, sia rispetto la presa in carico globale/monitoraggio dell'utente e della sua famiglia. - collaborazione/integrazione con gli enti gestori per la gestione e lo sviluppo delle attività all'interno dei servizi - mantenere e consolidare i rapporti di collaborazione con le Croci in relazione al sistema di trasporto per i disabili per rispondere alle esigenze delle famiglie e permettere la frequenza ai servizi socio-sanitari come da singole progettazioni. Programmare momenti di incontro e confronto sul servizio per valutare andamento e monitorare le criticità che potrebbero verificarsi.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Gli interventi per le persone con disabilità riguardano l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). Occorre dunque promuovere l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti</p> <p>UVH</p> <p>RDC dei Poli Sociali Territoriali dell'Unione dei Comuni</p> <p>Nuclei di Cure Primarie (SID e MMG)</p> <p>Neuropsichiatria</p> <p>CSM</p> <p>Enti gestori dei Servizi della rete</p> <p>Associazioni di Volontariato (Fa,ce, C</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Lucio Pederzoli</p> <p>Responsabile Area Disabili Adulti</p> <p>Dott.ssa Francesca Jacopetti</p> <p>Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: **1**

1°: valutazioni UVH

Descrizione: Numero di UVH

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 120

- **Obiettivo 2019:** 122

- **Obiettivo 2020:** 124

Interventi a sostegno della Domiciliarità-Area disabili Adulti. Assegno di cura

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda distrettuale: DOPO DI NOI

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	<p>Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), è stato istituito per favorire lo sviluppo e la qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura.</p> <p>Per quello che riguarda l'area disabili, con la DGR 1230/2008 sono stati definiti gli interventi finanziabili dal FRNA e avviati programmi di sviluppo e qualificazione della rete dei servizi su tutto il territorio regionale.</p> <p>Le aree di intervento previste e finanziate dal FRNA riguardano fondamentalmente 3 ambiti: sostegno diretto e indiretto alla domiciliarità, assistenza in strutture diurne e residenziali e interventi trasversali a favore di persone disabili e anziani.</p> <p>Tra questi interventi è previsto l'Assegno di Cura per le persone Disabili gravi.</p>
Descrizione	<p>L'assegno da 10 o 15 euro è stato introdotto nel 2002 ed è destinato in particolare alle persone con disabilità grave a sostegno dell'accoglienza e del lavoro di cura svolto dalle famiglie o da altri caregivers al fine anche di evitare, o posticipare il più a lungo possibile, il ricorso ai servizi residenziali, nonché per sostenere le esigenze di vita indipendente della persona con disabilità in attuazione della Legge 162/98.</p> <p>Per ottenere l'assegno di cura è necessario rivolgersi allo sportello sociale territorio o all'Area disabili Adulti.</p> <p>Un assistente sociale, dopo aver incontrato la persona disabile e la sua famiglia, valuta la situazione di bisogno; la persona disabile viene inoltre valutata dall'Unità di valutazione multidimensionale(UVH), presente nel distretto e composta dagli operatori sociali e sanitari del Comune e dell'azienda USL, che hanno il compito di elaborare un piano assistenziale personalizzato.</p> <p>Le persone con disabilità che ricevono l'assegno da 10 o 15 euro e che hanno stipulato un contratto regolare con un assistente familiare per almeno 20 ore settimanali possono ricevere un ulteriore contributo di 160 €/mese.</p> <p>Il contributo è alternativo al ricovero in strutture residenziali; integra e non sostituisce l'accesso alle altre opportunità della rete dei servizi disponibili sul territorio.</p> <p>Il nucleo familiare (o altri soggetti conviventi) del soggetto beneficiario deve avere un I.S.E.E. non superiore a 34.000 euro annui.</p>
Destinatari	<p>L'assegno di cura è un sostegno economico destinato alle persone in situazione di handicap grave, in carico all'Area Disabili Adulti del Distretto, che può essere erogato direttamente alla persona disabile, alla sua famiglia o ad altre persone che assistono la persona con disabilità.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidare l'esperienza avviata con la D.G.R. n. 1122/02 riferita all'assegno di cura - Definire, in sede di UVH, progetti e percorsi personalizzati rivolti a persone disabili adulte e alle loro famiglie, per l'attuazione dei quali è fondamentale l'utilizzo dell'assegno di cura.

	<p>L'assegno di cura può, al pari di altri progetti, diventare uno strumento attraverso il quale si realizza un percorso di mantenimento al domicilio.</p> <p>- Verifica reddito ISEE come da indicazioni regionali per i beneficiari dell'assegno di cura.</p> <p>- Monitoraggi dati di attività/sistema informativo Regionale SMAK</p> <p>Elaborare una Procedura Distrettuale per l'erogazione dell'Assegno di cura, nell'ambito del gruppo di lavoro con le RDC dei Poli Sociali Territoriali.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali e politiche dell'integrazione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>UVH</p> <p>Assistenti sociali dell'Unione dei Comuni</p> <p>SID e MMG</p> <p>Associazioni di volontariato</p> <p>Enti Gestori</p> <p>UDP</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Lucio Pederzoli</p> <p>Responsabile Area Disabili Adulti</p> <p>Dott.ssa Francesca Jacopetti</p> <p>Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 2

1°: assegni di cura disabili gravi

Descrizione: n. assegni di cura

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 17

- **Obiettivo 2019:** 18

- **Obiettivo 2020:** 20

2°: assegni di cura assistenti famigliari

Descrizione: n. assegni assistenti famigliari

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità-Centri Socio-riabilitativi Diurni

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	C;

Razionale	<p>Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), è stato istituito per favorire lo sviluppo e la qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura.</p> <p>Per quello che riguarda l'area disabili, con la DGR 1230/2008 sono stati definiti gli interventi finanziabili dal FRNA e avviati programmi di sviluppo e qualificazione della rete dei servizi su tutto il territorio regionale.</p> <p>Le aree di intervento previste e finanziate dal FRNA riguardano fondamentalmente 3 ambiti: sostegno diretto e indiretto alla domiciliarità, assistenza in strutture diurne e residenziali e interventi trasversali a favore di persone disabili e anziani.</p> <p>Tra questi interventi, a sostegno della domiciliarità, sono previsti i Centri Diurni.</p> <p>Per i Centri Socio-riabilitativi residenziali e diurni è stato avviato il sistema di accreditamento dei servizi e delle strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie ed intrattengono rapporti con il servizio sanitario regionale e con gli Enti locali territoriali.</p>
Descrizione	<p>Sono strutture socio-sanitarie a carattere diurno destinate alle persone in età giovane o adulta con gravi disabilità che al termine dell'istruzione scolastica non possono essere inserite in situazioni di lavoro. Offrono un sostegno ed un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia, supportandone il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione.</p> <p>Al loro interno vengono svolti interventi volti alla acquisizione della autonomia individuale nelle attività quotidiane, al mantenimento e potenziamento delle abilità residue e all'integrazione sociale dell'ospite.</p> <p>I Centri Diurni socio-riabilitativi Accreditati del Distretto di Castelnuovo ne' Monti sono tre (34 posti autorizzati):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro Rosa dei venti (Castelnuovo Monti) - Centro Erica (Cavola-Toano) - Centro Arcobaleno (Casina) <p>Ente gestore:Coopselios</p>
Destinatari	Disabili del Distretto e loro famiglie
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento dei posti nei tre Centri Diurni SR Accreditati del Distretto (34 posti) - Appropriatelyzza degli ingressi attraverso il Sistema di Accesso e di Valutazione dell'Equipe Multidimensionale (UVH) - Mantenimento dell'attività di monitoraggio e di valutazione dei disabili frequentanti. Nuove prese in carico e dimissioni. - Applicazione e monitoraggio del contratto di servizio. - Formazione continua del personale coinvolto (condivisione del Piano del Formativo con la Committenza).

	<ul style="list-style-type: none"> - Azioni di coordinamento con le famiglie degli utenti. - Collaborazione costante con la rete del volontariato per le attività extra-time. - Rivalutazione degli ospiti ai fini della "Classificazione" Regionale - Costante aggiornamento sulle giornate di presenza-assenza con i Coordinatori e l'UDP. <p>Sarebbe importante strutturare degli incontri con gli operatori dei Centri Diurni per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificare tutte le situazioni degli utenti che frequentano (PEI e PAI anche con le Responsabili del caso); - promuovere il lavoro di rete con gli attori del territorio, in particolare per quegli utenti che frequentano anche altri servizi (progettazioni miste); - sviluppare sempre di più pensieri ed azioni nella logica della progettazione e del significato del "Dopo di Noi", aspirando al raggiungimento delle "massime" competenze possibili per ogni utente - implementare l'utilizzo della C.A.A. (Comunicazione Aumentativa Alternativa)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sanitarie Politiche sociali Politiche della mobilità Politiche dell'integrazione</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Area Disabili Adulti-Servizio Sociale Associato UVH RDC dei Poli Sociali Territoriali MMG e SID Ente gestore Associazioni di volontariato UDP</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Lucio Pederzoli Responsabile Area Disabili Adulti Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: utenti centri diurni

Descrizione: Numero utenti nei centri Diurni

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 38 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 38

- **Obiettivo 2019:** 39

- **Obiettivo 2020:** 40

Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità - Laboratori Protetti

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), è stato istituito per favorire lo sviluppo e la qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura.</p> <p>Per quello che riguarda l'area disabili, con la DGR 1230/2008 sono stati definiti gli interventi finanziabili dal FRNA e avviati programmi di sviluppo e qualificazione della rete dei servizi su tutto il territorio regionale.</p> <p>Le aree di intervento previste e finanziate dal FRNA riguardano fondamentalmente 3 ambiti: sostegno diretto e indiretto alla domiciliarità, assistenza in strutture diurne e residenziali e interventi trasversali a favore di persone disabili e anziani.</p> <p>Tra questi interventi, a sostegno della domiciliarità, sono previsti i Laboratori Protetti.</p>
Descrizione	<p>I Centri socio-occupazionali diurni, sono strutture socio-sanitarie a carattere diurno, a minore intensità assistenziale rispetto ai centri socio-riabilitativi diurni. Si tratta di "laboratori protetti" destinati a persone con disabilità "medio - gravi", che pur non potendo svolgere un lavoro in ambiente non assistito, hanno comunque sufficienti livelli di autonomia per svolgere attività occupazionali di diversa natura, in un ambiente adatto e con l'aiuto di operatori.</p> <p>Grazie al finanziamento del Fondo regionale per la non Autosufficienza, è stato possibile dare continuità all'esperienza dei laboratori occupazionali.</p> <p>Sono presenti, nel Distretto, 2 Progetti di "Laboratorio Protetto", con due Enti gestori differenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "LABOR ENAIP" (due sedi, 1 a Castelnuovo e 1 a Cavola). L'Attivazione di questo Servizio nasce da un Contratto di affidamento alla FONDAZIONE ENAIP DON MAGNANI per la gestione di Centri di Terapia socio-occupazionale per persone diversamente abili del Distretto di Castelnuovo né Monti dell'Ausl di Reggio Emilia. - " LABOR GINEPRO". L'attivazione di questo Servizio (dal 2016) nasce da un ACCORDO DI COLLABORAZIONE/COPROGETTAZIONE FRA IL SERVIZIO SOCIALE Associato-Area Disabili Adulti E LA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE IL GINEPRO, PER LA GESTIONE DI ATTIVITA' VOLTE ALL'INCLUSIONE SOCIALE E AL BENESSERE DI PERSONE ADULTE DISABILI. <p>Il progetto prevede l'inserimento di utenti disabili adulti, con grado di disabilità medio-lieve in carico al Servizio disabili adulti del Distretto di Castelnuovo né Monti, per un massimo 8-10 persone.</p> <p>Il progetto ad oggi ha evidenziato un buon grado di soddisfazione da parte degli utenti, dei familiari, del contesto territoriale ed extra territoriale.</p>
Destinatari	Utenti disabili adulti, con grado di disabilità medio-lieve in carico al Servizio disabili adulti del Distretto di Castelnuovo né Monti.
Azioni previste	Gli utenti che frequentano i Laboratori sono aumentati nel corso degli ultimi anni.

	<p>E' stato intrapreso, da parte degli operatori dell'Area Disabili, un attento lavoro di valutazione degli utenti e un conseguente passaggio di alcuni di loro dal Centro Diurno ad un servizio ritenuto molto più adeguato alle reali competenze e alle capacità degli stessi.</p> <p>Tra le azioni principali rimane quella di monitorare costantemente i nuovi bisogni che il territorio esprime in merito ai propri cittadini disabili, mettendo in evidenza la necessità di creare nuove forme di accompagnamento delle persone in uscita dal mondo del lavoro.</p> <p>In particolare si impone una riflessione sui percorsi lavorativi di persone che, pur dimostrando grande affezione e senso di appartenenza al proprio lavoro, riconoscendosi socialmente quali lavoratori, presentano una effettiva fragilità sia in termini strettamente produttivi, sia, soprattutto, assistenziali/educativi, che un mercato del lavoro sempre più richiedente in termini di prestazione, di produttività e di specializzazione, oltre che di economicità, non è più in grado di accogliere.</p> <p>Si vogliono offrire opportunità che stimolino autonomie sia nel fare quotidiano, sia nello stare e nell'essere in relazione con gli altri.</p> <p>Tra le altre azioni previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione delle abilità dei partecipanti ai laboratori, predisposizione delle valutazioni multidimensionali e dei PAI - osservazione degli utenti che frequentano il progetto, offrendo loro un contesto in cui sperimentare le abilità residue e potenziali, le capacità relazionali e le competenze del vivere quotidiano. - monitoraggio delle attività dei gruppi - verifiche periodiche dei progetti individuali - mantenere i coordinamenti di Area con gli operatori degli Enti gestori (ENAIP e Ginepro) e le Assistenti sociali dei Poli Territoriali - mantenere momenti di confronto con le famiglie e con gli utenti <p>In particolare, per il "LABOR GINEPRO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creare un gruppo di lavoro "misto", composto da operatori della Cooperativa e dell'area disabili adulti, da associazioni, da ragazzi e famigliari interessati a contribuire attivamente allo sviluppo del progetto. Partendo dall'analisi di questa realtà, il gruppo lavorerà al fine di co-progettare un servizio flessibile e innovativo, individuando attività che rispondano ai bisogni e alle attitudini dei singoli. - Promuovere e accompagnare la Cooperativa Sociale "Il Ginepro", con particolare riferimento all'andamento e all'evoluzione del progetto. <p>Emergono due esigenze importanti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ampliare gli spazi dei Laboratori (in particolare Castelnuovo e Cavola) a fronte di una maggiore richiesta di utilizzo di questo servizio 2) elaborare una sorta di "Progetto collettivo misto". Potrebbe prevedere la costituzione di un piccolo gruppo di utenti (4/5), che hanno già acquisito capacità e competenze tali da poter "uscire" dalla realtà del Laboratorio e sperimentare, con l'accompagnamento di un Tutor, realtà più vicine ancora al mondo del lavoro.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche dell'integrazione Politiche della mobilità Politiche sociali e sanitarie Politiche del lavoro</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Area disabili adulti SS Associato, Cooperativa "Il Ginepro", Fondazione ENAIP, RDC dei comuni, associazioni di volontariato, famiglie, altre risorse del territorio e della rete dei servizi in un'ottica di collaborazione.</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Dott. Lucio Pederzoli Responsabile Area Disabili Adulti Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: utenti Labor

Descrizione: N. utenti che frequentano i Laboratori

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 37 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 39

- **Obiettivo 2019:** 40

- **Obiettivo 2020:** 42

Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità-Gruppi Appartamento

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), è stato istituito per favorire lo sviluppo e la qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura.</p> <p>Per quello che riguarda l'area disabili, con la DGR 1230/2008 sono stati definiti gli interventi finanziabili dal FRNA e avviati programmi di sviluppo e qualificazione della rete dei servizi su tutto il territorio regionale.</p> <p>Le aree di intervento previste e finanziate dal FRNA riguardano fondamentalmente 3 ambiti: sostegno diretto e indiretto alla domiciliarità, assistenza in strutture diurne e residenziali e interventi trasversali a favore di persone disabili e anziani.</p> <p>Tra questi interventi residenziali, sono previsti i Gruppi Appartamento per Utenti Disabili Adulti in carico al Servizio.</p>
Descrizione	<p>Sono strutture socio-sanitarie a carattere residenziale, a minore intensità assistenziale rispetto ai centri socio-riabilitativi residenziali, destinate a persone con disabilità "medio-gravi", che risultano prive del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile.</p> <p>Il gruppo appartamento ha la struttura edilizia della casa di un normale appartamento con dimensioni adeguate al numero di ospiti, mentre la residenza protetta è un complesso residenziale articolato in mini-appartamenti con servizi e spazi comuni.</p> <p>Gli appartamenti sono una struttura integrata all'interno di un sistema di servizi territoriali a sostegno delle persone disabili e di servizi sanitari e socio-sanitari. In tale ambito si opera in una logica di lavoro di rete al fine di promuovere e stimolare l'autonomia abitativa e la gestione della quotidianità della persona disabile, migliorandone allo stesso tempo la qualità di vita, organizzando e utilizzando al meglio le risorse strutturali e finanziarie disponibili, inoltre quando possibile, sostenerla nel completo reinserimento nel tessuto sociale del territorio.</p> <p>Nel Distretto di Castelnuovo sono presenti 4 appartamenti protetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 di questi appartamenti sono abitati da utenti in carico all'Area Disabili (Contratto di Servizio con Coopselios). <p>Poichè due appartamenti erano liberi sono stati così utilizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 appartamento è stato destinato alle attività del "Progetto sul DOPO di noi"-Palestra Autonomie - 1 Appartamento è stato utilizzato da Enaip per ampliare gli spazi del Laboratorio protetto. <p>Negli appartamenti abitati dai due utenti, l'Ente gestore garantisce un monte ore settimanale di un operatore O.S.S. e di un coordinatore a sostegno dei bisogni degli ospiti.</p> <p>Gli appartamenti assicurano le seguenti prestazioni:</p> <p>ALBERGHIERE: Alloggio; Pulizia; Ristorazione;</p>

	<p>Lavanderia/guardaroba. ASSISTENZA ALLA PERSONA TERRITORIALI SOCIALI: Servizio sociale. TERRITORIALI SANITARIE: Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.). Approntamento dei Programma Individualizzato per ogni persona disabile accolta. Organizzazione e gestione dei servizi alberghieri degli appartamenti.</p>
Destinatari	<p>Persone disabili adulti e loro famiglie del Distretto di Castelnuovo ne' Monti.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di progetti personalizzati di disabili adulti presso residenze protette del territorio, valutazione UVH - Garantire la dignità e la protezione dell'utente, nel rispetto della libertà individuale, attraverso il monitoraggio delle situazioni - Garantire un processo di accompagnamento volto al reinserimento sociale - Prevenire l'isolamento e l'emarginazione favorendo rapporti interpersonali e relazioni affettive
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sanitarie e sociali Politiche della mobilità Politiche dell'abitare Politiche dell'integrazione</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Area Disabili ADulti e UVH Assistenti Sociali dei Comuni del Distretto SID e MMG Associazioni di volontariato Enti gestori</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Lucio Pederzoli Responsabile Area Disabili Adulti Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: ospiti degli appartamenti Protetti

Descrizione: n. ospiti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

Rete dei servizi socio-sanitari per le persone adulte con disabilità- Strutture Residenziali di alto livello.

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), è stato istituito per favorire lo sviluppo e la qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura.</p> <p>Per quello che riguarda l'area disabili, con la DGR 1230/2008 sono stati definiti gli interventi finanziabili dal FRNA e avviati programmi di sviluppo e qualificazione della rete dei servizi su tutto il territorio regionale.</p> <p>Le aree di intervento previste e finanziate dal FRNA riguardano fondamentalmente 3 ambiti: sostegno diretto e indiretto alla domiciliarità, assistenza in strutture diurne e residenziali e interventi trasversali a favore di persone disabili e anziani.</p> <p>Tra questi interventi a carico del FRNA, sono previsti anche i Centri Socio-Riabilitativi residenziali di alto livello.</p> <p>Sono strutture socio-sanitarie a carattere residenziale, destinate a persone con disabilità di età di norma superiore alla fascia dell'obbligo scolastico che necessitano di assistenza continua e risultano privi del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile.</p> <p>Le strutture residenziali offrono un sostegno ed un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia, fornendo ospitalità, assistenza, educazione e riabilitazione.</p> <p>Al loro interno vengono svolti interventi socio-sanitari volti alla acquisizione della autonomia individuale nelle attività quotidiane, al mantenimento e potenziamento delle abilità residue e all'integrazione sociale dell'ospite.</p>
Descrizione	<p>Nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti non esistono strutture residenziali dedicate ai soli disabili adulti.</p> <p>Tuttavia l'Area Disabili Adulti garantisce l'inserimento in struttura in via temporanea (anche a supporto della domiciliarità) o continuativa, di utenti in carico al servizio, previa valutazione UVH così come definito nel Progetto di Vita e Cure.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sono stati elaborati PAI da UVH, che hanno individuato percorsi di ricovero in strutture per anziani accreditate presenti nella rete dei servizi socio-sanitari del territorio. Per le caratteristiche dell'utente e per le sue necessità, tali strutture rispondono alle esigenze e bisogni socio sanitari dell'utente. Ad oggi abbiamo un solo utente ricoverato presso una CRA del Distretto. - sono stati elaborati PAI da UVH, che hanno individuato, per caratteristiche dell'utente e necessità più specifiche, strutture per disabili adulti accreditate in altri Distretti/territori. Ad oggi abbiamo un solo utente ricoverato presso Struttura per Disabili in altro Distretto.
Destinatari	Disabili adulti del Distretto di Castelnuovo ne' Monti e loro famiglie
Azioni previste	- Appropriately dell'Accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per Disabili Adulti (o CRA per Anziani compatibili) del Distretto e/o in altri Distretti.

	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire ricoveri di sollievo a supporto delle famiglie - Stipulare contratti di Servizio ad hoc con le Strutture ospitanti e gli Enti gestori, come previsto dalla normativa dell'accreditamento. - Garantire la predisposizione dei Progetti Assistenziali Individuali (UVH) , in base alla gravità delle patologie, alle esigenze personali nonché a quelle delle famiglie. - Garantire il coordinato utilizzo della rete complessiva dei servizi socio-sanitari tramite la verifica costante delle disponibilità esistenti sul territorio con tutti gli operatori dell'Area - Monitoraggio dell'attività dell'Equipé UVH - Monitoraggio del budget assegnato sul FRNA/FNA in relazione all'utilizzo della rete dei Servizi per Disabili: Assegni di cura e Assegni per Assistenti familiari nell'ambito dell'applicazione della normativa regionale , servizi semi-residenziali e residenziali. - Collaborazione con Ufficio di Piano in merito all'applicazione dei contratti di Servizio, previsti dalla normativa su Accredimento
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche di integrazione socio-sanitaria
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Area Disabili Adulti UVH</p> <p>Enti gestori delle strutture convenzionate/accreditate</p> <p>Assistenti sociali Responsabili del caso</p> <p>Nuclei di Cure Primarie</p> <p>SID e MMG</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Lucio Pederzoli</p> <p>Responsabile Area Disabili Adulti</p> <p>Dott.ssa Francesca Jacopetti</p> <p>Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: Numero ricoveri

Descrizione: Numero utenti ricoverati presso le strutture accreditate per disabili (o CRA del Distretto)

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

Tirocini di inclusione e Cittadinanza attiva-Area Disabili Adulti

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2007, sottolinea e rinforza il concetto di "inclusione sociale", appaiono come concetti superati le parole inserimento e integrazione. Il concetto di inclusione conduce al riconoscimento di un diritto come forma di contrasto al suo opposto: l'esclusione. Porta ad affermare che le strategie e le azioni da promuovere devono tendere a rimuovere quelle forme di esclusione sociale di cui le persone con disabilità soffrono nella loro vita quotidiana.</p> <p>La L. 104/1992 promuove un'attenzione complessiva all'intero progetto di vita della persona, propone una visione unitaria dei suoi bisogni e ne promuove la piena partecipazione nei principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro e società).</p> <p>Il sistema regionale delle politiche per il superamento dell'handicap si è sviluppato a partire dai quattro ambiti fondamentali della salute, della formazione, del lavoro e della cittadinanza sociale, per poi estendersi a tutti i principali ambiti di partecipazione alla vita sociale.</p> <p>Il progetto individuale (art. 7, L.R. 2/2003 e art. 14, L. 328/2000) che deve oggi essere garantito alle persone con disabilità dal sistema complessivo dei servizi sanitari, formativi, sociali e per il lavoro deve pertanto essere articolato in progetti e percorsi specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione; 2) progetto educativo individuale per l'integrazione scolastica; 3) progetto assistenziale individuale; 4) progetto per l'integrazione lavorativa. <p>L'inserimento lavorativo rappresenta il naturale completamento di un progetto assistenziale finalizzato all'autonomia personale e alla vita indipendente. Tale obiettivo va perseguito in modo integrato e coordinato con i soggetti, gli strumenti ed i percorsi previsti dalla Legge regionale 1 agosto 2005, n. 17 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro".</p> <p>La regione Emilia Romagna riconosce l'esistenza, all'interno dei servizi sociali e socio sanitari, di un'utenza "fragile" caratterizzata da particolare vulnerabilità, che ne compromette la possibilità di accesso al mondo del lavoro, individuando agevolazioni per queste topologie.</p>
Descrizione	<p>Le politiche sociali attivate negli ultimi anni, i processi di de-istituzionalizzazione, di integrazione scolastica e lavorativa, così come la costruzione di una rete locale di servizi sociali e sanitari, hanno contribuito a migliorare notevolmente la qualità della vita delle persone disabili e la loro capacità di partecipare attivamente alla vita sociale.</p> <p>Promuovere percorsi personalizzati di inclusione sociale significa anche pensare che tutti i punti del sistema comunità, possano costituire grandi risorse sia per percorsi di volontariato che di avvicinamento al mondo del lavoro.</p> <p>L'Area Disabili del Distretto di Castelnuovo ha elaborato le: LINEE DI ORIENTAMENTO IN MERITO ALL'ATTIVAZIONE DI PROGETTI DI TIROCINIO O DI ATTIVITA' DI VOLONTARIATO .</p> <p>1) Progetti di Cittadinanza attiva e volontariato.</p> <p>Tali progetti possono essere attivati nelle seguenti ipotesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quando si ritiene di dover favorire l'inclusione sociale inserendo un disabile che mostra di essere senza capacità produttive in senso stretto, ma che possiede residue competenze di autonomia che devono essere allenate per il mantenimento del benessere personale;

	<p>- quando si ritiene di dover favorire l'inclusione sociale inserendo un disabile che momentaneamente mostra di essere senza capacità produttive e relazionali in senso stretto o di avere altre difficoltà che possano ostacolare il suo avvicinamento al mondo del lavoro, per cui si ritiene che il percorso suddetto possa costituire un allenamento all'acquisizione delle competenze mancanti. Come una sorta di ponte di passaggio verso un percorso un po' più complesso che richiede una tenuta nel tempo;</p> <p>- quando si ritiene di dover scoprire reali competenze o ostacoli all'inclusione sociale e il percorso delineato possa fornire elementi valutativi preziosi.</p> <p>Può essere erogato, su indicazione dell'Area in sede di UVH, un contributo economico.</p> <p>2) Il tirocinio (legge regionale n. 17/2005 art. 24, comma 1) è una misura formativa di politica attiva, non configurata come rapporto di lavoro ma finalizzata a creare un contatto diretto tra un soggetto ospitante e il tirocinante, allo scopo di favorire l'arricchimento del bagaglio di conoscenze, l'acquisizione di competenze professionali e l'inserimento o il reinserimento lavorativo.</p> <p>Il progetto di tirocinio può essere attivato principalmente nelle seguenti ipotesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quando si ritiene di dover mantenere l'inclusione sociale, e/o aumentare le capacità produttive, e non è ancora possibile ipotizzare percorsi di inserimento lavorativo a tutti gli effetti in quanto non sono acquisite quelle conoscenze e competenze necessarie; - tali percorsi devono includere l'acquisizione e la sperimentazione progressiva di competenze trasversali, - permettere ai tirocinanti di vivere temporanee esperienze all'interno di dimensioni lavorative per favorire una conoscenza diretta della dimensione "lavoro"; - Offrire al soggetto disabile un percorso che possa costituire un allenamento all'acquisizione delle competenze mancanti, come una sorta di ponte di passaggio verso un percorso un po' più complesso che richiede una tenuta nel tempo.
Destinatari	<p>Persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 1, della legge n. 68 del 1999, in carico all'Area Disabili Adulti, con progetto personalizzato predisposto e condiviso in UVH.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Prevedere interventi e percorsi di Tirocinii ed Inclusioni sociali, a fronte delle differenti capacità e competenze degli utenti, previo un periodo di osservazione/orientamento e valutazione UVH che definisce un progetto personalizzato. <p>Nel progetto saranno indicate le attività da svolgere e gli obiettivi da raggiungere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevedere il monitoraggio in itinere, attraverso verifiche periodiche, nonché azioni di supporto sia alla persona disabile che al contesto lavorativo. - E' necessario un maggior coinvolgimento delle Assistenti Sociali dei Poli territoriali per un corretto utilizzo delle risorse del territorio.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche dell'integrazione</p> <p>Politiche del lavoro</p> <p>Politiche della mobilità</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Comuni, S.S. Associato, UVH, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, piccole imprese, famiglie dei disabili.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Area Disabili Adulti-Servizio Sociale ed Educativo Associato</p> <p>Operatori UVH (Nadia Pellegrini e Catia Bonicelli)</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: Tirocini di inclusione sociale

Descrizione: Numeri di utenti per cui è attivo un percorso di tirocinio in carico all'Area Disabili Adulti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 6

- **Obiettivo 2019:** 8

- **Obiettivo 2020:** 10

2°: Progetti di Volontariato

Descrizione: Numero di utenti per cui è attivo un Progetto di Cittadinanza attiva/volontariato in carico all'Area Disabili Adulti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 6

- **Obiettivo 2019:** 8

- **Obiettivo 2020:** 10

Progetto EXTRA-Time (tempo libero)-Area Disabili Adulti

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda distrettuale: DOPO DI NOI

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	<p>Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale. Percorrere le strade dell'inclusione sociale significa sostanzialmente porre la questione della disabilità nella dimensione sociale del diritto di cittadinanza, perché riguarda tutti coloro che partecipano alla vita sociale all'interno di un determinato contesto: includere vuol dire offrire l'opportunità di essere cittadini a tutti gli effetti.</p>
Descrizione	<p>Nel Distretto di Castelnovo ne' Monti, Area Disabili, esiste da diverso tempo una CONVENZIONE TRA il SERVIZIO SOCIALE ASSOCIATO ed EDUCATIVI dell'Unione Montana e l'ASSOCIAZIONE FAMIGLIE CEREBROLESÌ PER LA GESTIONE DEL PROGETTO "POMERIGGI EXTRA-TIME FA.CE.".</p> <p>Il Progetto si connota come una proposta rivolta a persone disabili adulte che manifestino l'esigenza di trasformare il proprio tempo libero in un tempo piacevolmente organizzato ed auto-organizzato, dove ognuno possa trovare uno spazio ed un tempo appropriati nella logica del diritto al divertimento e alla socializzazione.</p> <p>Nell'attuazione del progetto si è attinto all'esperienza maturata nell'ambito della Fa.Ce. in montagna in questi anni, che ha offerto una risposta significativa per coloro che vi hanno partecipato e per le rispettive famiglie.</p> <p>Obiettivo comune e condiviso dai vari soggetti coinvolti nel Progetto è quello di assicurare allo stesso caratteristiche di forte flessibilità ed al contempo di offerta "leggera", intesa come tipologia di attività capace di gestire un tempo di relazione arricchente e che aumenti il senso di cittadinanza e integrazione delle persone.</p> <p>Sulla base di osservazioni e conoscenze personalizzate degli utenti disabili che intenderanno fruire del Progetto, si prevede una programmazione delle proposte e dei percorsi che verranno intrapresi al fine di offrire ad ognuno occasioni appropriate di stimolo, confronto e socializzazione.</p> <p>Nel progetto si intendono proporre attività di vario genere che, sulla base degli interessi e delle attitudini dei partecipanti e delle loro famiglie, saranno strutturate e proposte nel corso della settimana: tale organizzazione non dovrà essere percepita come offerta rigida e completamente prestabilita, ma flessibile, aperta a proposte e suggerimenti.</p> <p>I Progetti di Extra-time si svolgono in due Comuni: Castelnovo Monti e Toano.</p> <p>Le attività proposte sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Attività Motoria -Attività di avvicinamento alla Musica -Attività di Teatro

	<p>-Attività di Piscina L'accesso al Progetto da parte delle persone disabili è concordato fra il Servizio Sociale ed educativo Associato- Area Disabili Adulti attraverso l'UVH del distretto di Castelnuovo ne' Monti .</p>
Destinatari	<p>Il Progetto è rivolto prevalentemente a: persone disabili adulte con scarse o nulle integrazioni sociali o che non riescono autonomamente ad avere occasioni di socializzazione; persone disabili con difficoltà di relazione; famiglie con persone disabili.</p>
Azioni previste	<p>- Il Servizio Sociale Associato-Area Disabili Adulti del Distretto di Castelnuovo ne' Monti opera mediante l' UVH, che ha il compito della presa in carico progettuale dei singoli utenti e delle relative verifiche. - L'UVH mantiene su di sé le funzioni di consulenza che può svolgere direttamente o attivando altri soggetti specifici. - Tra l'UVH del Distretto di Castelnuovo ne' Monti e la Fa.Ce. verranno concordati periodicamente momenti di verifica e valutazione da porre in relazione da un lato agli obiettivi prefissati, dall'altro all'efficacia dei risultati conseguiti ed alle possibili estensioni/potenzialità del Progetto medesimo, con particolare attenzione all'implementazione/attivazione di contesti del territorio coinvolti/coinvolgibili. - Rinnovo Convenzione con Fa.ce</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sanitarie Politiche sociali Politiche per l'integrazione Politiche per la mobilità</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>UVH Fa.Ce Enaip Associazioni sportive e culturali del territorio</p>
Referenti dell'intervento	<p>Dott. Lucio Pederzoli Responsabile Area Disabili Adulti Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	<p>Compartecipazione degli utenti aderenti al progetto. Quota a carico dell'Associazione e quota parte a carico di ENAIP.</p>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

DOPO DI NOI

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda distrettuale: DOPO DI NOI

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano-Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;D;

Razionale	<p>Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale</p>
Descrizione	<p>La programmazione locale delle politiche a favore delle persone con disabilità fa riferimento alla "Convenzione sui diritti delle persone con disabilità" (Legge 18 del 2009), che prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. I disabili in carico nel distretto montano sono persone abituate a una vita in famiglia con pochi o nulli legami sociali extra familiari, fatta eccezione per le opportunità di tempo libero messe a disposizione dai servizi e dall'associazionismo (Associazione FaCe; Fondazione ENAIP).</p> <p>Le famiglie, escluse poche eccezioni, stentano a prefigurarsi futuri co-costruiti con i servizi trovando soluzioni intra familiari o delegandone interamente la gestione ai servizi. Ne consegue la necessità di mettere a punto opportunità molto graduate che aiutino i disabili a sperimentarsi in un contesto di vita extra familiare tra pari diverso dal centro diurno o dal laboratorio protetto o dal percorso occupazionale diurno. Le famiglie d'altra parte, hanno la necessità di visualizzare la capacità di autodeterminazione e le autonomie del proprio congiunto.</p>
Destinatari	<p>L'accesso alle misure a carico del Fondo è prioritariamente destinato a:</p> <p>persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;</p> <p>persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa.</p>
Azioni previste	<p>IN RIFERIMENTO ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettere a punto opportunità, in modo graduale che aiutino i disabili a sperimentarsi in un contesto di vita extra familiare tra pari, diverso dal centro diurno o dal laboratorio protetto o dal percorso occupazionale diurno; 2. Composizione e attivazione della UVM distrettuale ai sensi della DGR 1230/08 e creazione di un progetto personalizzato per gli utenti individuati per il Progetto. 3. Attivare "Palestre di autonomie": interventi di piccoli gruppi in appartamenti individuati (1 a Cavola, il cui affitto è pagato dalla Fondazione Durante e Dopo di Noi di Reggio Emilia e 1 a

	<p>Castelnuovo Monti) per 5 giorni alla settimana per 6 ore, da circa 4/5 Gruppi di utenti disabili (con la possibilità di weekend). La gestione dell'attività degli Appartamenti sarà in campo ad ENAIP.</p> <p>4. Attività inserita nel progetto di Co-progettazione con la Cooperativa sociale "Il Ginepro" (1 pomeriggio alla settimana con utenti disabili che stanno facendo esperienze di tirocini/inclusioni sociali; 2 notti al mese per utenti disabili già inseriti nel progetto di co-progettazione Laboratorio).</p> <p>5. Interventi formativi/informativi e di sensibilizzazione rivolti a operatori, famigliari, utenti disabili e comunità, allo scopo di creare e garantire continuità tra organizzazione e obiettivi dei servizi in essere (con particolare riferimento ai CSRD). Gli interventi di formazione e sensibilizzazione, hanno anche l'obiettivo di diffondere la filosofia e relativa progettualità sul Dopo di Noi, come indicata dalla normativa. Attività gestita da Coopselios.</p> <p>6. Acquisto attrezzature varie per appartamenti.</p> <p>7. Monitoraggio diverse attività, attraverso la Costituzione di un "Tavolo tecnico di Regia", composto da tutti gli attori del Progetto.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Gli interventi per le persone con disabilità devono riguardare l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). L'obiettivo è di promuovere l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELL'APPENNINO REGGIANO SERVIZIO SOCIALE ED EDUCATIVO ASSOCIATO;</p> <p>FONDAZIONE DURANTE E DOPO DI NOI DI REGGIO EMILIA ONLUS;</p> <p>ENAIP FONDAZIONE "DON MAGNANI";</p> <p>SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE "IL GINEPRO";</p> <p>COOPERATIVA SOCIALE COOPSELIOS</p>
Referenti dell'intervento	<p>- Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p> <p>- Dott. Lucio Pederzoli, Responsabile Area Disabili Adulti, Distretto di Reggio Emilia e Castelnuovo ne' Monti</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: utenti disabili inseriti nel progetto

Descrizione: N. utenti

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** 26

- **Obiettivo 2019:** 27

- **Obiettivo 2020:** 28

Sistema integrato di interventi per le persone con gravissime disabilità

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Riferimento scheda distrettuale: DOPO DI NOI

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;

Razionale	<p>La Regione Emilia Romagna ha nel 2004 avviato un processo di sviluppo e di qualificazione dei servizi sanitari e sociali territoriali, con l'obiettivo di creare nuove opportunità di assistenza domiciliare e residenziale per le persone e le famiglie che si trovano ad affrontare una situazione di gravissima disabilità acquisita in età adulta.</p> <p>Tale programma rappresenta la prima iniziativa di questo genere avviata da una regione in Italia per garantire alle persone e alle famiglie dignità e qualità di vita, permanenza al domicilio o comunque nel territorio di residenza.</p>
Descrizione	<p>Il sistema integrato avviato con la DGR 2068/04 si articola in tre direzioni principali:</p> <p>A) la presenza in tutti gli ambiti distrettuali e aziendali di percorsi e strumenti di accesso e "presa in carico" dedicati alle situazioni di gravissima disabilità acquisita. La DGR 2068/04 ha infatti previsto l'implementazione di percorsi e strumenti organizzativi (Gruppi di coordinamento aziendale, équipe multiprofessionali distrettuali, responsabile del caso) per garantire alle persone in situazione di gravissima disabilità di poter accedere alla rete dei servizi territoriali, anche grazie ai percorsi di continuità assistenziale stabiliti con la rete ospedaliera;</p> <p>B) la qualificazione degli interventi e dei servizi domiciliari, con l'attivazione di uno specifico assegno di cura (23 euro) e l'utilizzo integrato di tutte le opportunità ed i servizi oggi disponibili a sostegno del mantenimento a domicilio (ADI, assistenza protesica, servizi di sollievo e sostegno ai familiari, contributi e servizi per l'adattamento dell'ambiente domestico);</p> <p>C) la costruzione di una rete di opportunità residenziali dedicate in modo specifico all'assistenza a lungo termine delle persone in situazione di gravissima disabilità acquisita i cui requisiti di qualità sono stati definiti con la DGR 840/08 e successivamente inseriti anche nei nuovi criteri per l'accreditamento previsti per le strutture socio-sanitarie per anziani e disabili approvati con la DGR 514/09. Con la Deliberazione della Giunta Regionale n.509/07 recante "Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-09" e la successiva DGR 1206/07 "Fondo Regionale Non Autosufficienza. Indirizzi attuativi della Deliberazione G.R. 509/2007" sia l'assegno di cura, sia le risposte residenziali previsti dalla DGR 2068/04 sono stati considerati parte integrante dell'offerta assistenziale per la popolazione non autosufficiente e vengono pertanto finanziati nell'ambito del FRNA e dell'FNA.</p>

<p>Destinatari</p>	<p>Coloro che acquisiscono gravissime disabilità conseguenti a patologie/deficit (cerebrolesioni, mielolesioni, patologie neurologiche degenerative) dalle quali deriva una PERMANENTE E TOTALE DIPENDENZA, intesa come necessità di assistenza quotidiana nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>-Garantire la valutazione dei casi e la predisposizione dei progetti personalizzati da parte dell'equipe multi professionale del Distretto, per l'accesso alle rete dei servizi (domiciliari e residenziali, tra cui ricoveri di sollievo). Per ogni progetto individuale, realizzato con l'utente e/o la famiglia, saranno effettuate verifiche in itinere e finali dei risultati, nonché del grado di soddisfazione dell'utenza.</p> <p>- Garantire l'erogazione dell'Assegno di cura quale sostegno economico destinato alle persone in situazione di handicap grave che può essere erogato direttamente alla persona disabile, alla sua famiglia o ad altre persone che assistono la persona con disabilità.</p> <p>L' Assegno di cura è alternativo all'inserimento in una struttura residenziale e permette alla persona con disabilità di rimanere nel proprio contesto sociale e affettivo, nonché di condurre una vita il più possibile indipendente.</p> <p>Le tipologie dell'Assegno (valutate dall'Equipe) sono due: 23 e 45 euro (DGR 2068/04 e DGR 1732/14).</p> <p>Le persone con disabilità gravissima che percepiscono l'Assegno di cura di cui sopra e che hanno stipulato un contratto regolare con un assistente familiare per almeno 20 ore settimanali, possono ricevere un ulteriore contributo di 160 €/mese.</p> <p>- Garantire l'ADC, in situazioni di bisogno particolare, a minori con gravissima disabilità che si trovano in situazione di totale dipendenza, necessitano di assistenza continua nell'arco delle 24 ore e non possono seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi (delibera di Giunta regionale 840/08).</p> <p>Rispetto a questo tema emerge l'esigenza di un percorso Aziendale Provinciale più chiaro e strutturato.</p> <p>- Garantire l'assistenza domiciliare alle persone con gravissima disabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Prestazioni infermieristiche . Prestazioni mediche . Aiuto personale . Aiuto domestico . Sostegno psicologico . Assistenza protesica . Ricoveri di sollievo <p>- Garantire soluzioni residenziali adeguate ai bisogni delle persone con disabilità gravissima,(strutture dedicate dell'Azienda USL provinciale o posti accreditati ad alta valenza sanitaria, collocati presso la casa residenza anziani "I Ronchi", come previsto dal Contratto di Servizio).</p> <p>Rispetto al tema dei ricoveri residenziali emerge la necessità di creare, a livello provinciale, percorsi più strutturati.</p> <p>- Applicazione dello strumento provinciale per la rilevazione dei disabili gravissimi (DPCM 159/2013, art. 3) e monitoraggio delle persone con disabilità gravissima, beneficiari del FNA, al domicilio (incrocio dei dati con altri servizi del territorio: SID, SAA, Centro Disturbi cognitivi).</p> <p>- Garantire il Tavolo Distrettuale GRAD/SLA, composto dai vari professionisti della rete se servizi integrati (Area Disabili Adulti, MMG, SID, AS, Palliativisti), con cadenza bimensile.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche sanitarie Politiche sociali</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Disabili Adulti UVH RDC dei Poli Sociali Territoriali dell'Unione dei Comuni Tavolo permanente SLA e GRAD</p>

	Neuropsichiatria Enti gestori dei Servizi della rete UDP e Azienda USL
Referenti dell'intervento	Dott. Lucio Pederzoli Responsabile Area Disabili Adulti Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 4

1°: assegni di cura

Descrizione: N. assegni di cura disabili gravissimi

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: 8
- Obiettivo 2019: 9
- Obiettivo 2020: 10

2°: assegni di cura assistenti famigliari

Descrizione: N. Assegni di cura Assistenti famigliari

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

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

3°: Ricoveri di sollievo

Descrizione: N. ricoveri di sollievo

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

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

4°: Ricoveri definitivi

Descrizione: N. di ricoveri definitivi

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - Riferita al:

- Obiettivo 2018: 2
- Obiettivo 2019: 2
- Obiettivo 2020: 2

LABORATORIO TEATRALE DI ESPLORAZIONE Formazione per operatori, familiari, utenti disabili, comunità

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, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;D;E;

Razionale	Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale
Descrizione	Ciclo di incontri strutturato a "cerchi concentrici" da un gruppo ristretto (operatori dei servizi) ad un cerchio sempre più ampio (comunità) con l'obiettivo di ridefinire il concetto di disabilità e di condividere pensieri, valori e linguaggi tra attori di diversa provenienza e professionalità nell'ottica di un lavoro di rete, dell'ascolto reciproco e di un dialogo nuovo, della promozione di una cultura dell'inclusione e della valorizzazione, della promozione di autonomie e della qualificazione delle risposte ai bisogni. Con un unico fine: mettere al centro i percorsi di vita delle persone con abilità diverse.
Destinatari	Operatori del servizio disabili Operatori degli enti gestori Famiglie Persone con disabilità Comunità (cittadini-associazionismo-imprese)
Azioni previste	Primo passo: APRIRSI Operatori del servizio disabili Obiettivi: esplorarsi, ridefinire un linguaggio condiviso, far emergere desideri, necessità, il valore e i successi. Definire i punti di fragilità, le opportunità, legittimare le frustrazioni e i desiderata. Lavorare sull'ascolto, su una miglior comunicazione, sulla posizione che il servizio vuole avere e comunicare. Migliorare le capacità creative di progettazione e costruzione di comunità. Esplorare l'impossibile per aprire lo sguardo sul possibile. Numero incontri: 10 da 2,5 ore Secondo passo: LASCIAR ENTRARE A chi è rivolto: operatori del servizio disabili + operatori dei Soggetti Gestori

	<p>Obiettivi: condivisione nuovi sguardi, relazioni, obiettivi, trovare un nuovo modo di parlarsi che tiene al centro l'utente, creare buoni rapporti di vicinato.</p> <p>Numero incontri: 8 da 2,5 ore</p> <p>Terzo passo: RIDEFINIRE I CONFINI</p> <p>A chi è rivolto: operatori del servizio disabili + operatori dei Soggetti Gestori + Famiglie</p> <p>Obiettivi: condivisione nuovi sguardi, relazioni, obiettivi, trovare un nuovo modo di parlarsi che tiene al centro l'utente e affronta resistenze e alleanze.</p> <p>Numero incontri: 6 da 2,5 ore</p> <p>Quarto passo: ASCOLTARE</p> <p>A chi è rivolto: lavoro di esplorazione del pensiero delle persone con disabilità in carico realizzato dagli operatori e progettato insieme e supervisionato da Fadia Bassmaji</p> <p>Obiettivi: ridare una vera centralità al pensiero dell'utente per il quale i servizi esistono, valorizzare le pratiche di ascolto acquisite nella formazione e testarle sul campo ma in modo protetto e condiviso.</p> <p>Numero ore da definire in base alla prassi che si decide insieme di adottare.</p> <p>Quinto passo: RACCONTARE</p> <p>A chi è rivolto: alla comunità tutta (cittadini-associazionismo-imprese) (in due passaggi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Incontri pubblici mirati e in piccoli gruppi (tutto da costruire) 2) Convegno da realizzarsi in teatro e con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel percorso 3) Eventuale documentazione del percorso tutto con il supporto di professionisti o risorse del territorio <p>Obiettivo: sensibilizzare e aumentare la partecipazione attiva della comunità non direttamente coinvolta e intessere relazioni favorevoli tra territori del distretto.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti gestori, famiglie/caregiver di persone con disabilità, Istituzioni educative, Associazioni di volontariato, sportive e di promozione culturale del territorio
Referenti dell'intervento	<p>Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p> <p>Dr.ssa Maria Grazia Simonelli Responsabile Servizi sociali ed educativi associati Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

MANTENIMENTO e SVILUPPO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Riferimento scheda regionale

- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Riferimento scheda distrettuale: RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Area Non Autosufficienza
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	<p>Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili.</p> <p>Alla legge seguono le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.</p> <p>Uno degli obiettivi cardine della normativa è stato quello relativo al consolidamento e allo sviluppo della domiciliarità.</p> <p>Inoltre il processo di accreditamento di alcuni servizi (DGR 514/2009), tra cui anche quello dell' Assistenza Domiciliare, ha determinato, in tutti questi anni, la costruzione e la condivisione di un sistema di regole e requisiti organizzativi, volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, alle condizioni di qualità dei servizi erogati e ad una maggiore equità nel sistema di compartecipazione ed accesso dei cittadini.</p> <p>Anche nel nostro Distretto si è lavorato, in modo integrato e condiviso, in quest'ottica.</p> <p>DATO NUMERICO</p>
Descrizione	<p>Uno degli obiettivi principali del Distretto ha riguardato il tema del mantenimento e dello sviluppo degli interventi al domicilio, considerato come luogo privilegiato di vita e di cure della persona fragile e non autosufficiente.</p> <p>A partire dalle indicazioni regionali (utilizzo del Fondo della Non Autosufficienza e i criteri dell'Accreditamento) ,è stato adottato un "Regolamento Distrettuale del Servizio di Assistenza Domiciliare" e un "Regolamento Distrettuale per l'accesso alla rete dei Servizi socio-sanitari integrati-percorso di valutazione multidimensionale" (LR 5/94).</p> <p>Innanzitutto e' stata estesa l'offerta del SAD (nell'arco di almeno 12 ore giornaliere per tutti i giorni della settimana, anche festivi; possibilità di pluri-accessi quotidiani), così come previsto "Piano assistenziale individuale e/o Piano educativo individuale".</p> <p>I Servizi a supporto della permanenza al domicilio offerti all'utenza comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizi di sostegno tra cui servizi di pasto, trasporto, telesoccorso, interventi di adattamento all'ambiente domestico - servizi di intervento assistenziale (ore operatori OSS) - servizi di interventi socio-sanitario integrato (ADI) <p>Emerge l'esigenza di provare a sviluppare e promuovere forme di assistenza più innovative (supporto educativo in situazioni particolari, terapia occupazionale, maggior contrasto all'isolamento e all'emarginazione di utenti anziani e disabili più fragili).</p>

<p>Destinatari</p>	<p>Il "REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)" disciplina, nell'ambito dei principi sanciti dalle normative regionali e nazionali vigenti in materia, l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare rivolto alle persone non autosufficienti (anziani e disabili), alle loro famiglie e a nuclei in situazioni di particolare rischio sociale.</p> <p>Il servizio è costituito dal complesso delle prestazioni di natura socio-assistenziale e sanitarie effettuate al domicilio, al fine di consentire la permanenza nel normale ambiente di vita e di ridurre il ricorso a ricoveri in strutture residenziali.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>Funzioni/azioni dell'Area della Non Autosufficienza del Distretto-Servizio Sociale Associato ed Educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicazione e monitoraggio del regolamento distrettuale SAD, attraverso un costante lavoro con le AS dei Poli Sociali Territoriali - Garantire agli utenti e alle loro famiglie i percorsi di accesso al sistema dei servizi socio-sanitari ed assistenziali dedicati alla domiciliarità (Regolamento distrettuale percorso UVM/UVG), sempre in collaborazione con i Poli e i Nuclei di Cure Primarie. - Garantire agli utenti e alle loro famiglie un sistema di Presa in carico globale e di svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziali e sanitarie sulla base del PAI :cura personale, supporto sociale nella vita quotidiana, mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni, promozione alla partecipazione ad attività sociali, supporto emotivo e psicologico, eventuale supporto nella gestione pratica della vita quotidiana. - Piena integrazione con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario (medico,infermieristico, centro per i disturbi cognitivi) di competenza del Dipartimento di cure primarie dell'Azienda Usl. - Garantire l'attivazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare integrata), attraverso la definizione di un progetto assistenziale da parte dell'Unità di Valutazione Multi Dimensionale (UVM/UVG o UVH) che individua gli interventi sia di tipo sanitario che sociale da erogare, le modalità di realizzazione e le verifiche di risultati raggiunti. - Monitoraggio situazioni di Disabili e Anziani gravi in carico ai Servizi Integrati del territorio - Garantire il percorso di Dimissioni Protette (con particolare riguardo al monitoraggio degli utenti in ADI/LEA) <p>Emerge l'esigenza di affrontare, nel Tavolo che verrà costituito che si occuperà dei temi legati alla filiera della domiciliarità (supporto al caregiver e al lavoro delle assistenti famigliari, ricoveri di sollievo) forme più innovative e flessibili di aiuto (fragilità, interventi più educativi, terapia occupazionale), anche attraverso una collaborazione tra i servizi del territorio ancor più strutturata e coinvolgente (Poli Sociali e Nuclei di cure primarie).</p> <p>Tra i vari temi, emerge la necessità di identificare e meglio strutturare la tipologia dei ricoveri di sollievo all'interno della CRA "I Ronchi" di Castelnovo nè Monti (dove già si accolgono questa tipologia di ingressi).</p> <p>Sarebbe inoltre molto utile mappare le situazioni di isolamento e solitudine (tra cui coppie di anziani soli) presenti nel nostro territorio, al fine di raggiungere ed ampliare l'offerta dei servizi di supporto domiciliare a un numero maggiore di cittadini in condizioni di fragilità/rischio isolamento sociale.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche sanitarie e sociali Politiche dei trasporti Politiche di integrazione Politiche della Casa</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELL'APPENNINO REGGIANO SERVIZIO SOCIALE ED EDUCATIVO ASSOCIATO-AREA NON AUTOSUFFICIENZA</p> <p>Dipartimento Cure Primarie Ospedale Enti gestori Associazioni di Volontariato Comunità</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>- Dott.ssa Francesca Jacopetti</p>

	Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano - Responsabili dei Poli Sociali Territoriali - Coordinatore Infermieristico del Distretto Giovani Bettuzzi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: numero utenti in carico

Descrizione: Numero utenti in carico al SAD

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 592 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 580

- **Obiettivo 2019:** 585

- **Obiettivo 2020:** 590

Monitoraggio delle Domande di Accesso alle strutture residenziali

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Servizio Assistenza Anziani
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	<p>Il vigente Piano sociale e Sanitario della Regione pone al centro dell'organizzazione dei servizi alla persona, la necessità di costruire un sistema integrato di interventi sanitari e sociali. I servizi socio sanitari sono quelli nei quali la persona è al centro di un percorso volto a garantire il massimo del benessere e della cura possibili, sia sul piano del bisogno sociale, sia sul piano delle necessità sanitarie.</p> <p>La RER, a partire dalla valorizzazione delle esperienze e della qualità raggiunta in questi anni nei servizi sociosanitari, ha definito una nuova forma di collaborazione tra soggetti pubblici, privati e cittadini per la gestione dei servizi alla persona: l'Accreditamento.</p> <p>Con la delibera della Giunta regionale 514/2009, sono stati definiti i requisiti per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari, tra cui le Case Residenza Anziani.</p> <p>Il Nuovo Ufficio di Piano del Distretto (istituito come ufficio unico per l'integrazione socio – sanitaria, attraverso le modalità di partecipazione/collaborazione con il Distretto sanitario e il supporto del Servizio Sociale Associato ed Educativo dell'Unione dei Comuni-Servizio Assistenza Anziani) mantiene tra le sue funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione e monitoraggio del Fondo per la non autosufficienza, come da deliberazioni G.R. n. 509/2007, 1206/2007 e 1230/08; - monitoraggio attuazione del sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi socio-sanitari; - monitoraggio dei regolamenti per il sistema dell'accesso distrettuale e sulla compartecipazione agli utenti della spesa.
Descrizione	<p>Nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti è stato elaborato dal SAA ed approvato dal CDD, un "REGOLAMENTO PER L'ACCESSO NELLE CASE RESIDENZA ANZIANI ACCREDITATE E CON CONTRATTO DI SERVIZIO PER I CITTADINI RESIDENTI NEL DISTRETTO DI CASTELNUOVO NE' MONTI (RICOVERI TEMPORANEI E DEFINITIVI) E PER LA GESTIONE DELLA GRADUATORIA UNICA DISTRETTUALE."</p> <p>Questo regolamento disciplina i criteri e le modalità di accesso alle Case Residenza per Anziani (ex Case Protette, ex RSA di Castelnuovo ne' Monti e Nucleo Speciale Demenze di Villa Minozzo) accreditate e oggetto di contratto di servizio con i Comuni del Distretto di Castelnuovo ne' Monti e con l'Ausl di Reggio Emilia, con lo scopo di assicurare l'ideale intervento di assistenza e tutela.</p> <p>I Servizi hanno ritenuto prioritario definire criteri omogenei attraverso la gestione di una graduatoria unica distrettuale per l'inserimento di anziani NON autosufficienti nelle strutture residenziali accreditate. Tali criteri si propongono di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire modalità di accesso omogenee; - migliorare le modalità e i tempi di accesso; - favorire, in via prioritaria la tutela degli anziani e delle famiglie in situazione di maggiore bisogno socio-sanitario;

	<ul style="list-style-type: none"> - garantire una maggiore equità di accesso a tutti gli utenti del Distretto di Castelnuovo né Monti - migliorare il rapporto tra domanda ed offerta; - rendere più efficace ed efficiente l’inserimento in Casa Residenza Anziani <p>Nell'ambito dell'Unione dell'Appennino reggiano sono stati accreditati definitivamente i seguenti servizi residenziali e semi residenziali per anziani non Autosufficienti, e sono in essere i seguenti contratti di servizio:</p> <p>Casa Residenza Anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Don Cavalletti di Poiago Carpineti Nucleo cooperativa Ancora Servizi ; - Don Cavalletti di Poiago Carpineti Nucleo ASP ; - Villa delle Ginestre di Castelnuovo ne’ Monti; - I Ronchi di Castelnuovo ne’ Monti (Nucleo di CRA e Nucleo ad alta Valenza sanitaria-ex RSA); - Villa Maria Casina; - CRA di Villa Minozzo (nucleo di CRA e Nucleo Speciale dementi); - Oasi San Francesco di Cereggio Ramiseto; - Boni Spaggiari Vetto. <p>Centro diurno anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I Ronchi di Castelnuovo ne’ Monti; - Don Cavalletti di Poiago Carpineti cooperativa Ancora Servizi. <p>Inoltre il Servizio Sociale Associato-Area Anziani ha elaborato il "Regolamento distrettuale DISCIPLINANTE L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI AD INTEGRAZIONE RETTA PER IL RICOVERO IN CASA RESIDENZA ANZIANI ED IN STRUTTURE CON ANALOGHE FINALITA'", che dovrà essere approvato dall'Unione dei Comuni.</p>
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gli anziani di età uguale o superiore ai 65 anni con diverso grado di non autosufficienza che, in ragione dell’elevata fragilità personale o di limitazione dell’autonomia, non siano più assistibili al domicilio e che non necessitino di specifiche prestazioni ospedaliere, certificati dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVG o UVM); - La persona che si trova nelle condizioni previste dall’art. 2 secondo comma della L.R. 5/94 (adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell’età senile) certificata dall’U. V. G. (Unità di Valutazione Geriatrica) e da relazione del Medico Geriatria; - Possono usufruire della Casa Residenza Anziani i residenti nei Comuni del Distretto di Castelnuovo ne’ Monti (ad eccezione del Nucleo Speciale Dementi di Villa in cui possono entrare, previa autorizzazione del SAA, pazienti dei Distretti dell’Azienda di Reggio, in particolare Montecchio e Scandiano)
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire modalità di accesso omogenee ed appropriate alla rete dei servizi residenziali Socio-sanitari integrati (Regolamento Distrettuale/Graduatoria Unica di accesso per le CRA) - Garantire accesso in CRA ad alta valenza sanitaria (ex RSA) prioritariamente agli utenti più gravi sotto il profilo sanitario, secondo la valutazione e l’indicazione dell’UVG/UVM (sia in Ospedale che sul territorio). - Garantire accesso presso Nucleo Speciale Dementi di Villa, in stretta collaborazione con il Centro Distrettuale dei Disturbi Cognitivi (Progetto regionale sulle demenze senili, D.G.R. 2581/99) - Monitorare tempi di accesso in CRA - Monitorare l'utilizzo dei posti in RSA in relazione alle richieste pervenute. <p>A questo proposito è emersa, nel Tavolo Anziani che si è incontrato in data 3 Maggio 2018, la necessità di costituire un gruppo di lavoro (con RSA e Ospedale) che si occupi di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) valutare ulteriori margini di efficientamento ed appropriatezza degli ingressi, a fronte delle diverse tipologie di utenza e delle diverse necessità di cura 2) valutare modalità di accesso alle rete sempre più chiare per i cittadini, a fronte delle diverse tipologie di servizi sanitari e socio-assistenziali presenti sul territorio (Ospedale, RSA, Posto letto di Villa, futuri posti di Cure Palliative che si attiveranno in RSA-Progetto Aree Interne ad Ottobre di quest'anno.) <ul style="list-style-type: none"> - Monitorare, in collaborazione con UDP e Azienda AUSL, i requisiti previsti nei contratti di Servizio con gli Enti gestori (integrazione/verifica/collaborazione e controllo previste dai contratti stessi). - Organizzazione e promozione, in collaborazione con il Coord. Infermieristico e l'UDP, del sistema di classificazione degli ospiti nelle CRA accreditate/contrattualizzate del distretto. - Mantenere e consolidare il Tavolo tecnico tra SAA, RIDT , Coordinatore Infermieristico del Distretto ed Enti Gestori (4 incontri all'anno).

	<p>- Sviluppare ed allargare il Tavolo tecnico a fronte di particolari esigenze operative.</p> <p>Nel 2018 il gruppo di lavoro ha coinvolto i Medici di Continuità assistenziale ed il PS per :</p> <p>a) analizzare il percorso dei pazienti dalle CRA del Distretto al PPI e rientro.</p> <p>b) Condividere strumenti utili per il passaggio delle informazioni tra CRA e PS.</p> <p>c) Migliorare la conoscenza tra i servizi al fine di potenziare la collaborazione e migliorare la risposta ai pazienti.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Integrazione dei servizi sociali, sanitari, abitativi.</p> <p>Ruolo centrale del distretto.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Enti Gestori</p> <p>Azienda USL distretto</p> <p>NuovoUfficio di Piano</p> <p>Poli Sociali territoriali/Responsabili del Caso</p> <p>UVM/UVG</p> <p>SAA</p> <p>Servizio Sociale Ospedaliero(Percorso Dimissioni Protette)</p> <p>SID/Casemanager territoriale</p> <p>RIDT e Coordinatore Infermieristico</p> <p>Nuclei di Cur</p>
Referenti dell'intervento	<p>- Dott.ssa Francesca Jacopetti</p> <p>Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appenino Reggiano</p> <p>- Responsabile UDP</p> <p>Dott.ssa Mariagrazia Simonelli</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 3

1°: ingressi CRA

Descrizione: Numeri accessi in CRA

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 71 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 60

- **Obiettivo 2019:** 62

- **Obiettivo 2020:** 65

2°: ingressi RSA (CRA Alta valenza)

Descrizione: Numero accesso ex RSA

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 202 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 180

- **Obiettivo 2019:** 182

- **Obiettivo 2020:** 185

3°: ingressi Nucleo dementi

Descrizione: Numero Accessi Nucleo Dementi

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 42 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 35

- **Obiettivo 2019:** 37

- **Obiettivo 2020:** 38

Contributi economici per il mantenimento al domicilio (anziani).

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

Riferimento scheda distrettuale: RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano Servizio Sociale ed Educativo Associato - Servizio Assistenza Anziani
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	<p>Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili.</p> <p>Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.</p>
Descrizione	<p>"REGOLAMENTO PER LA CONTRIBUZIONE ALLE FAMIGLIE DISPONIBILI A MANTENERE L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE NEL PROPRIO CONTESTO – ASSEGNO DI CURA".</p> <p>Il Distretto di Castelnovo ne' Monti ha adottato tale regolamento nell'ambito dell'utilizzo del Fondo Regionale e Nazionale della Non Autosufficienza, a supporto della domiciliarità e del sistema integrato dei servizi alla persona non autosufficiente.</p> <p>Finalità dell'intervento di contribuzione è quello di sostenere le famiglie che mantengono nel proprio contesto l'anziano in particolari condizioni di non autosufficienza, evitando o posticipando in tal modo il ricovero dello stesso anziano nei servizi socio-sanitari residenziali ed evitando altresì eventuali ricoveri ospedalieri impropri favorendo l'assistenza sociosanitaria domiciliare.</p> <p>L'intervento di contribuzione è erogato, riconoscendo il lavoro di cura della famiglia nei confronti dell'anziano non autosufficiente, per attività socio-assistenziali a rilievo sanitario garantite dalla stessa famiglia e/o da collaboratori esterni la famiglia.</p> <p>Al fine di qualificare e regolarizzare il lavoro di cura assicurato da assistenti familiari private, la Regione Emilia Romagna riconosce un contributo pari a 160 € mensili sulla base di apposita richiesta inoltrata dalla famiglia/anziano.</p> <p>L'assegno di cura rappresenta una delle opportunità della rete dei servizi prevista dalla LR 5/94 ed è concesso, in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali, sulla base della valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e della disponibilità della famiglia ad assicurare in parte o in toto il programma di assistenza personalizzato.</p>
Destinatari	<p>Sono destinatari dell'intervento di contribuzione, le famiglie/i soggetti di seguito indicati, che mantengono nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente e che a lui garantiscono direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare integrata definito dall'Unità di valutazione che ha certificato la non autosufficienza</p> <p>I destinatari del contributo economico sono:</p> <p>a) le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal primo comma dell'art. 13 della L.R. 5/94, accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;</p>

	<p>a) altri soggetti che con l'anziano intrattengono consolidati e verificabili rapporti di "cura", anche se non legati da vincoli familiari;</p> <p>b) l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;</p> <p>c) l'amministratore di sostegno</p> <p>Sono destinatari dell'intervento di contribuzione anche gli stranieri (art 4 LR 2/2003) purché in possesso di permesso di soggiorno o carta di soggiorno.</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire Assegni di cura rivolti a soggetti con gravi disturbi comportamentali e cognitivi e/o soggetti con elevato grado di dipendenza ed elevato bisogno sanitario che necessitano di una presenza continua nell' arco delle 24 h e di elevata assistenza (Livello A). - Garantire Assegni di cura rivolti a soggetti anziani non autosufficienti a soggetti con alto grado di dipendenza e medio bisogno sanitario che necessitano di una presenza continua nell' arco della giornata e di media assistenza diretta o con grado di dipendenza non severo ma che necessitano comunque di assistenza diretta con una prevalenza di attività assistenziali di livello lieve (Livelli B e C). - Erogazione di contributi aggiuntivi a favore di anziani beneficiari di assegni di cura (Livelli A,B,C) e che sono accuditi al domicilio da assistenti familiari con regolare contratto. - Garantire modalità di accesso e presa in carico omogenee per tutti gli utenti del Distretto con tali caratteristiche. - Monitoraggio del costo per ciascun Comune del Distretto. - Garantire applicazione del Regolamento Distrettuale - Verifica reddito ISEE sulla scorta della nuova normativa nazionale (DPCM 159/2013) e della RER (proroga Delibera G.R. n. 875/2016: Proroga della DGR n. 2146/2015) - Monitorare il sistema di accesso al Contributo (erogazione dell'Assegno di Cura in risposta all'emergenza sociale; erogazione Assegno di Cura come riconoscimento dell'impegno del caregiver secondo "Schema Graduatoria"). - L'erogazione dell'Assegno dovrà sempre più essere legato a un progetto condiviso tra operatori e famigliari, attraverso la costruzione di interventi personalizzati. Monitoraggio e attivazione dell'attività delle Unità di valutazione Muldimensionale.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sanitarie</p> <p>Politiche sociali</p> <p>Politiche dell'integrazione</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Servizio Assistenza Anziani</p> <p>Sportelli Sociali Territoriali</p> <p>Nuclei di Cure Primarie</p> <p>Geriatra (Centro disturbi cognitivi)</p> <p>UVG/UVM</p> <p>Servizio Sociale Ospedaliero</p>
Referenti dell'intervento	<p>Responsabile Servizio Assistenza Anziani</p> <p>Dott.ssa Francesca Jacopetti</p> <p>Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: assegni A

Descrizione: N. assegni di cura A

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 21 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 18

- **Obiettivo 2019:** 19

- **Obiettivo 2020:** 20

2°: Assegni B e C

Descrizione: N. assegni di cura B e C

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 94 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 85

- **Obiettivo 2019:** 87

- **Obiettivo 2020:** 90

Centri d'Incontro-Meeting center

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 conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Riferimento scheda distrettuale: Centri d'Incontro-Meeting center

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione montana dei Comuni dell'Appennino reggiano
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;D;

Razionale	<p>Il Piano regionale per la prevenzione (DGR 2071/10) ha fornito un'opportunità per una più ampia diffusione sul tema del contrasto dell'isolamento dell'anziano, riflessione già avviata nell'ambito degli indirizzi attuativi per lo sviluppo del Fondo regionale per la non autosufficienza, approvati con Delibera di G.R. n.1206/07 (Fondo regionale per la non autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR 509/07), ed in particolare dell'allegato 4 "Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione dei soggetti fragili" .</p> <p>La nostra è l'unica Regione ad avere inserito i Centri d'Incontro nel Programma Regionale per le Demenze.</p> <p>I Centri d'Incontro, o Meeting center, si pongono l'obiettivo di fornire ai malati affetti da demenza e ai loro familiari, delle occasioni di incontro, in cui sviluppare temi, creare solidarietà e trovare maggiori risorse per affrontare i problemi quotidiani legati all'assistenza e contrastare la "solitudine", in cui spesso questi utenti e le loro famiglie, si trovano.</p>
Descrizione	<p>L'idea più diffusa è che la persona affetta da demenza sia ricoverata in case di riposo o strutture specifiche. La realtà è però ben diversa. La maggioranza delle persone con demenza vive a casa.</p> <p>Ciò comporta indubbiamente dei vantaggi, ma pure delle difficoltà, sia dirette che indirette, per i cosiddetti "caregiver familiari".</p> <p>I caregiver familiari si trovano spesso a dover far fronte ad una realtà particolarmente difficile, che non hanno scelto: meritano tutto il supporto possibile.</p> <p>Il presente progetto nasce dalla forte volontà di contrastare la solitudine e prevenire l'isolamento sociale degli anziani fragili, in particolare affetti da demenza.</p> <p>Già nel 2015 e nel 2016 nel nostro Distretto, precisamente nel Comune di Castelnuovo, in collaborazione con il Centro per i Disturbi Cognitivi, era stato sperimentalmente effettuato un progetto di incontro di questo tipo, il "Progetto Catemse".</p> <p>A fronte del significato profondo di aggregazione e partecipazione emerso da questa esperienza, seppur limitata, nel nostro Distretto si è deciso da dare continuità, in modo più strutturato e partecipato a queste iniziative.</p> <p>Seppur portatori di valori ed esperienze, spesso gli anziani sono coinvolti in processi di isolamento ed esclusione sociale, sia per la perdita di performances fisiche, sia per la progressiva riduzione delle relazioni sociali, con prevedibili ripercussioni sullo stato di salute e sulla qualità della vita.</p> <p>Nel Distretto di Castelnuovo si è deciso di costituire un tavolo tecnico che affronti i temi dell'inclusione sociale, del coinvolgimento degli anziani fragili e delle loro famiglie e del supporto al caregiver.</p> <p>Tra i vari obiettivi si inserisce anche quello relativo all'attivazione di "Centri D'Incontro", all'interno dell'organizzazione territoriale dei quattro Poli Sociali dell'Appennino, con il</p>

	coinvolgimento dei Nuclei di Cure primarie, del Centro per le demenze e i Disturbi Cognitivi e le Associazioni di Volontariato del Territorio. L'obiettivo è quello di creare un "Meeting Center" in ogni Polo Sociale territoriale.
Destinatari	La demenza è un problema mondiale e in continua crescita. E' stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità una materia di Sanità Pubblica. Il problema non coinvolge solo le persone che ne soffrono, ma anche coloro che le circondano. Ciononostante chi non conosce da vicino la malattia non ha idea delle difficoltà quotidiane che la persona con demenza e i suoi familiari – e/o coloro che se ne occupano – devono affrontare.
Azioni previste	I servizi socio sanitari tradizionali rivolti alle persone con demenza e ai loro caregiver, si sono sviluppati in questi anni, in particolare nell'ambito del progetto regionale per le demenze (Centro per i Disturbi Cognitivi, modalità di accesso e presa in carico , ricoveri di Sollievo, Nucleo Speciale di Villa Minozzo, Assistenza Domiciliare e Assegni di cura). Si rivolgono principalmente a situazioni di non autosufficienza più grave, lasciando però scoperta un'area grigia rivolta ad utenti più fragili e isolati. GLI OBIETTIVI della CREAZIONE dei MEETING CENTER nel nostro territorio, riguardano: - Forte coinvolgimento dei Poli Territoriali Sociali del Distretto - Collaborazione con il Centro per le Demenze e i Disturbi Cognitivi e coinvolgimento dei Nuclei di Cure primarie per la condivisione/partecipazione nell'attuazione e realizzazione del progetto - Coinvolgimento degli Enti gestori dei servizi di Assistenza Domiciliare del territorio per una partecipazione attiva - Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato, in particolare le Croci, per l'organizzazione del Servizio trasporti - Sensibilizzazione della comunità, prevedendo anche l'opportunità del coinvolgimento di cittadini interessati, in particolare pensionati, a collaborare attivamente alla realizzazione del progetto. - Sviluppare e creare sinergie tra la popolazione, i servizi socio-sanitari e il mondo del volontariato - Mantenimento del tavolo tecnico sul tema specifico (realizzazione e monitoraggio)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Nonostante il centro d'incontro si configuri come un servizio a bassa soglia, la piena integrazione nell'ambito della rete dei servizi è condizione imprescindibile per il perseguimento degli obiettivi del centro stesso. Il coinvolgimento di tutta la rete impegnata nelle cure delle demenze (includere le reti del volontariato) è necessaria sia ai fini dell'individuazione del target di popolazione interessata, che per favorire l'integrazione del centro nel sistema delle cure, quale opportunità a bassa soglia e a completamento delle altre iniziative e servizi.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELL'APPENNINO REGGIANO SERVIZIO SOCIALE ED EDUCATIVO ASSOCIATO; Nuclei di Cure primarie; Enti gestori Servizi di Assistenza Domiciliare Associazioni di Volontariato
Referenti dell'intervento	- Dott.ssa Francesca Jacopetti Coordinatore area non autosufficienza del Servizio Sociale ed Educativo Associato-Unione Montana dei Comuni dell'Appennino Reggiano - Responsabili dei Poli Sociali Territoriali - Dott.ssa Boiardi Roberta Responsabile Centro per le Demenze e i Disturbi Cognitivi del Distretto di Castelnuovo ne' Monti
Risorse non finanziarie	-Spazi individuati dai Comuni - Volontari delle Associazioni di Volontariato individuati

Indicatori locali: 1

1°: Meeting center territoriale

Descrizione: Attivazione dei meeting center in tutta l'area dell'Unione montana

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 4

Casa della salute a bassa complessità - Toano

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Comune di Toano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	Migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione, coerentemente a quanto previsto dalla Regione Emilia Romagna (DGR 2128/2016).
Descrizione	<p>Il Progetto per la realizzazione di una Casa della Salute a bassa complessità assistenziale nel comune di Toano, inserito nell'ambito della Strategia Nazionale Aree Interne, propone per il territorio dell'area pilota dell'Appennino Emiliano la concreta sperimentazione di un processo di cambiamento dell'assistenza territoriale in un contesto rurale a bassa densità abitativa, dove è necessario attivare presidi sanitari anche di piccole dimensioni, ma diffusi nel territorio per garantire servizi prossimi al luogo in cui vivono e lavorano le persone al fine di facilitarne l'accesso e divenire parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Si tratta di promuovere un profondo cambiamento culturale, non solo delle organizzazioni e dei professionisti, ma anche della popolazione stessa che continua a riconoscere nell'ospedale il punto di riferimento per la risposta ai propri bisogni di salute, anche nell'ambito della cronicità. La struttura di cui si propone la realizzazione si configura, in considerazione dell'area rurale in cui si inserisce e della popolazione di riferimento, come "Casa della Salute a bassa complessità assistenziale" il cui modello organizzativo (coerentemente alla DGR 2128_2016 pag. 7 Box 2 ed al Progetto operativo Case della Salute- AUSL Reggio Emilia) deve essere declinato ad hoc, conservando la capillarità della rete.</p> <p>La realizzazione della struttura garantirà un punto visibile e di facile accesso per l'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale, consentirà l'orientamento e l'informazione dei cittadini relativamente ai servizi e ai percorsi, la valutazione integrata dei bisogni e la realizzazione di risposte appropriate e unitarie, l'implementazione della medicina d'iniziativa e della presa in carico della cronicità e fragilità, lo sviluppo di politiche di prevenzione e promozione della salute e della cultura della partecipazione attiva dei cittadini. La realizzazione dell'intervento prospettato garantirà migliori condizioni logistiche e di funzionalità dei servizi socio-sanitari già operanti sul territorio, con l'effettiva possibilità di integrazione e continuità tra servizi e professionisti sanitari e sociali, oggi in contesti separati e con una modestissima possibilità di interazione.</p>
Destinatari	Popolazione del comune di Toano
Azioni previste	<p>Il percorso di realizzazione del progetto si compone in sintesi delle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - studio di fattibilità condotto dai diversi attori coinvolti (Unione Montana Appennino Reggiano, Comune di Toano, AUSL) - predisposizione integrata delle relazioni progettuali e documentazione prevista dal Bando per l'accesso al finanziamento (Piano di Sviluppo Rurale 2016- 2020); - Progettazione esecutiva e appalto per l'affidamento dei lavori; - Realizzazione dei lavori; - Attivazione dei servizi previsti all'interno della Casa

	della salute (medicina di gruppo, segreteria, ambulatorio infermieristico, ambulatori specialistici -salute donna, pediatria, psichiatria- ambulatorio integrato cronicità, sportello sociale, servizio assistenza domiciliare)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Unione Montana, Comune di Toano
Referenti dell'intervento	Vincenzo Volpi Sindaco di Toano Sonia Gualtieri Direttore di Distretto Mirco Pinotti Direttore Dipartimento Cure Primarie
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Infermiere di Comunità

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

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

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

Razionale	<p>I cambiamenti demografici delle zone montane conseguenti all'invecchiamento della popolazione ed al correlato aumento delle malattie croniche, l'affacciarsi di nuove povertà, la crisi dei sistemi familiari, la lunga crisi economica ed il modificarsi dei sistemi valoriali ha determinato un aumento di persone anziane e spesso sole, con reti sociali deboli, che non hanno le competenze necessarie per interfacciarsi con i servizi di cui hanno bisogno. I Servizi esistenti peraltro sono ancora focalizzati sull'alta soglia di bisogno, non sufficientemente proattivi e poco preparati a cogliere situazioni di pre-fragilità o fragilità manifesta. L'intercettazione precoce della fragilità ha importanti ricadute a livello preventivo e permette di rendere reversibile o di rallentare la progressione verso stati di perdita di capacità funzionali con interventi semplici e a basso costo e vantaggi sulla popolazione anziana.</p>
Descrizione	<p>Nell'ambito della progettazione Strategia Nazionale Aree Interne - Appennino Emiliano è stata inserito il Progetto Infermiere di Comunità. Il progetto prevede l'inserimento di 3 infermieri di comunità sui territori dei comuni del crinale - Ventasso, Villa Minozzo - adeguatamente formati attraverso percorsi formativi residenziali e sul campo. Questi professionisti in stretta collaborazione con il medico di famiglia, l'assistente sociale, ed altri professionisti della rete accompagnano ed orientano le persone in condizioni di fragilità e cronicità, diventano punto di riferimento per la comunità per quanto riguarda la promozione della salute e l'accesso ai servizi, intercettano situazioni di fragilità e pre fragilità non ancora conclamate su cui poter intervenire. Per questo motivo gli interventi di infermieristica di comunità si realizzeranno sia nel contesto domiciliare che in quello ambulatoriale e gli infermieri dovranno interagire anche nei luoghi abituali di vita (centri di aggregazione locali) per intercettare pro-attivamente le situazioni da prendere in carico.</p> <p>Operativamente l'infermiere di comunità viene inserito nel contesto del Servizio Infermieristico Domiciliare e da un punto di vista organizzativo, risponde al Coordinatore infermieristico SID. Le situazioni particolarmente complesse verranno discusse in modo flessibile all'interno del Servizio Infermieristico Domiciliare al fine di definire ed integrare il contributo assistenziale eventualmente erogabile dagli altri colleghi del servizio, laddove necessario. Al fine di facilitare la conoscenza, stratificazione e presa in carico dei pazienti/utenti l'infermiere di comunità si farà carico, soprattutto nella fase iniziale del progetto, dell'effettuazione di una serie di prestazioni, in particolare a bassa complessità e ridotto impegno orario, che gli consentano di farsi conoscere e di ingaggiare l'utente e la famiglia nel percorso. Gli infermieri impegnati ad implementare questo progetto svolgeranno le loro attività in modo proattivo programmando le loro visite in autonomia secondo un Piano Assistenziale concordato con gli anziani, in integrazione dove necessario con MMG e As. Avranno in dotazione un TABLET, dotato dello strumento di raccolta dati predefinito per la stratificazione dei pazienti, l'identificazione delle problematiche prioritarie e in cui potrà essere effettuata la progettazione assistenziale ed una cartella cartacea per l'accertamento in cui verranno inserite le scale di valutazione, es indice di Barthel, scala IADL, aderenza terapeutica secondo la scala di Morisky, ecc) e alcuni dati integrativi. Saranno dotati di auto, telefono cellulare, zaino e materiale sanitario necessario (sfigmomanometro, glucometro materiale di medicazione ecc).</p>

Destinatari	Il target di popolazione riguarda i residenti nei comuni di Ventasso e di Villa Minozzo di età uguale o superiore ai 65 anni
Azioni previste	<p>Il progetto si sviluppa in arco temporale triennale costituiti dalle seguenti macrofasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mandato e costituzione gruppo di lavoro tecnico ristretto -Incontri di gruppo per definizione metodologia di lavoro e obiettivi -Incontri con gruppo allargato dei professionisti (MMG, Infermiere, Assistenti Sociali) per condivisione e integrazione progetto -Presentazione del progetto al gruppo professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) -Arruolamento/selezione degli infermieri da dedicare al servizio -Formazione residenziale e sul campo, predisposizione materiale informativo -Presentazione progetto agli Stakeholder: -Presentazione progetto alla popolazione dei comuni di Ventasso e Villa Minozzo -Attivazione fase sperimentale del progetto -Monitoraggio periodico, verifica ed eventuali interventi correttivi -Valutazione indicatori
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Sviluppo della medicina d'iniziativa, integrazione socio-sanitaria e attivazione del capitale sociale
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti locali, Servizi sociali, Associazioni di volontariato, ricreative, sportive, culturali Cooperative sociali
Referenti dell'intervento	Laura Saccaggi – Dipartimento Cure Primarie – Distretto di Castelnuovo ne' Monti
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Autosoccorso di Comunità

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

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

Razionale	<p>La Regione Emilia Romagna è impegnata concretamente alla sensibilizzazione della popolazione e alla diffusione del DAE, oltre che a un approccio di tipo proattivo della cittadinanza sul tema del primo soccorso. In caso di arresto cardiaco l'intervento precoce da parte delle persone presenti sul posto, attraverso le prime manovre di rianimazione e l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici, può rivelarsi decisivo per la sopravvivenza del paziente.</p>
Descrizione	<p>Nell'ambito della progettazione Strategia Nazionale Aree Interne - Appennino Emiliano è stata inserito il Progetto Autosoccorso di Comunità.</p> <p>Le caratteristiche orografiche e la distribuzione della popolazione nel territorio montano comportano tempi di intervento del soccorso istituzionale in caso di emergenza-urgenza mediamente più elevati rispetto agli standard attesi.</p> <p>Bassa densità abitativa, ampiezza dei territori serviti dai singoli punti-ambulanza mettono in evidenza quote di popolazione periferiche, distribuite in numerose frazioni di piccole e piccolissime dimensioni.</p> <p>L'analisi dettagliata dei tempi di soccorso nelle frazioni più distanti, unitamente alla valutazione sulla consistenza numerica delle comunità, ha portato all' identificazione di aree abitate nelle quali la probabilità teorica di accadimento di patologie tempo-dipendenti rende opportuno adottare provvedimenti "sostenibili" atti a garantire una maggiore tempestività di intervento nell'attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso.</p> <p>La sostenibilità passa attraverso il coinvolgimento diretto della popolazione e l'addestramento di residenti stanziali alle tecniche di "autosoccorso di comunità".</p> <p>Lo sviluppo tecnologico in ambito ICT consente il contatto diretto fra gli applicativi in uso nelle Centrali Operative 118 e i terminali periferici remoti di uso comune (smart-phone), attraverso il quale è possibile un coinvolgimento immediato nelle operazioni di soccorso di personale "laico" sul luogo dell'evento, addestrato e consenziente.</p> <p>Con propria delibera (1386/2015) la Giunta Regionale dell' Emilia Romagna ha dato mandato al Gruppo Tecnico regionale 118 di sviluppare una soluzione informatica/telefonica per mettere in rete gruppi di soccorritori addestrati stanziali, allertati attraverso un applicativo residente su smart-phone. La recente introduzione dell'App DAE RespondER offre quindi la concreta possibilità di sperimentare il progetto nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti attivando così una rete di soccorritori laici opportunamente formati.</p>
Destinatari	Popolazione delle specifiche aree individuate nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti
Azioni previste	<p>Il progetto prevede uno sviluppo triennale articolato nelle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condivisione del progetto e stesura di procedura congiunta con la CO118EO; - coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato attive sul territorio di riferimento; - illustrazione del progetto alla popolazione delle aree individuate;

	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione e reclutamento su base volontaria dei cittadini interessati ad aderire alla rete di soccorritori laici e ad effettuare il corso di formazione BLS-D; - Attivazione dei corsi di formazione BLS-D; - Effettuazione del retraining BLS-D entro i tempi previsti;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti locali, Istituzioni educative, Associazioni di volontariato, Associazioni sportive, terzo settore
Referenti dell'intervento	Sergio Alboni - Dipartimento Emergenza-Urgenza Paolo Marconi - Dipartimento Emergenza-Urgenza
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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 comorbidità, a rischio «intermedio», che necessitano di un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo, senza per altro richiedere procedure diagnostico-terapeutiche complesse e articolate e intensività nell'approccio clinico, specifiche del momento ospedaliero appunto le Cure Intermedie.</p> <p>Cure intermedie, quindi, intese quale cerniera tra la rete di offerta ospedaliera e i servizi territoriali, si caratterizzano come servizi finalizzati a interventi temporanei, di stabilizzazione, riabilitazione o abilitazione, realizzati anche attraverso la disponibilità di posti letto sanitari extra-ospedalieri.</p> <p>Le "cure intermedie" sono un "concetto" e non un "servizio"; sono una modalità di intervento, attraverso il concorso di molteplici servizi.</p> <p>Il "concetto" è che una persona anziana che si trova in difficoltà a causa di un evento acuto deve trovare risposte adeguate che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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</p>

	<p>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.</p> <p>La struttura residenziale individuata è la Casa Residenza Anziani (CRA) “I Ronchi” di Castelnuovo Monti, di proprietà dell’Amministrazione Comunale, gestita da Coopselios, e convenzionata con l’Azienda USL di Reggio Emilia. La struttura con 40 posti letto, di cui una parte ad alta valenza sanitaria, è integrata nella rete dei servizi socio sanitari rivolti alla popolazione anziana del distretto di Castelnuovo Ne’ Monti. I 2 posti letto saranno collocati nel modulo ad alta valenza sanitaria rispettivamente in stanze singole.</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>Elisabetta Negri - Direttore Attività Socio Sanitarie</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito 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 risponde 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 Nodo 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

	<p>5) Predisposizione di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP</p> <p>6) Predisposizione del Gestore Informatico per l'intercomunicabilità fra i Nodi della Rete Cure Palliative e le Accoglienze distrettuali (2020)</p> <p>7) Nel Distretto di Castelnuovo Monti, nell'ambito della progettazione Strategia Nazionale Aree Interne, è prevista l'attivazione sperimentale di 2 posti letto ad alta valenza sanitaria nella struttura accreditata "I Ronchi" finalizzati ad accogliere utenti con bisogno prevalente di Cure Palliative e la realizzazione di un percorso formativo ad hoc per i professionisti ed operatori che gestiranno il percorso di cura e assistenza.</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 Pubblici, Associazioni di Volontariato
Referenti dell'intervento	Pietro Penna-Responsabile Rete Cure Palliative Simone Storani - Dipartimento Cure Primarie
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Centro di Prevenzione Cardiovascolare primaria e secondaria

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi il problema sanitario più importante nei Paesi economicamente sviluppati, essendo la loro incidenza e prevalenza in rapido, costante e progressivo aumento anche in molti paesi in via di sviluppo. I dati più recenti mostrano come a partire dai primi anni 2000 il tasso di ospedalizzazione per le malattie cardiovascolari sia in continuo aumento. L'OMS ha previsto che il numero di pazienti ad alto rischio cardiovascolare che raggiungerà 600 milioni nel 2020, soprattutto a causa della larga diffusione nella popolazione generale dei principali fattori di rischio cardiovascolare (fumo, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione) e l'incremento marcato e progressivo di condizioni come il diabete e l'obesità. Inoltre l'aumento dell'aspettativa di vita, così come il rilevante incremento della sopravvivenza dopo eventi cardiovascolari acuti, IMA e ictus cerebrale, contribuiscono ad accrescere il numero di persone a rischio cardiovascolare elevato o molto elevato. Nell'ambito della progettazione Strategia Nazionale Aree Interne - Appennino Emiliano è stata inserita la realizzazione di un Centro di Prevenzione Cardiovascolare primaria e secondaria a Castelnovo Monti. L'attività del Centro è rivolta ad un più esteso bacino di utenza di dimensione provinciale e poggia sulle riconosciute e consolidate competenze specialistiche presenti all' Ospedale Sant'Anna (Unità Operativa di Riabilitazione Cardiologica), sul know-how di "Luoghi di Prevenzione" (Centro di riferimento regionale per la promozione della salute) e sulla collaborazione del dipartimento di sanità pubblica aziendale, coerentemente agli obiettivi e all'approccio previsto nel Piano Nazionale della Prevenzione e alla sua declinazione nel contesto regionale prevista nel Piano Regionale della Prevenzione. Il progetto inoltre, inserito in un contesto ambientale e paesaggistico privilegiato, può contribuire a valorizzare come fattore di successo l'immagine della Montagna, luogo naturale per la promozione del benessere psico-fisico e l'esercizio di attività salutari (attività motoria in una palestra a cielo aperto) sino a configurarsi come fattore di attrazione per il territorio montano stesso.</p>
Descrizione	<p>L'obiettivo generale della prevenzione delle malattie cardiovascolari è ridurre la loro frequenza, ritardarne l'epoca di comparsa e/o ridurre la gravità e le conseguenze invalidanti attraverso azioni mirate a ritardare l'evoluzione naturale della malattia di base e/o a rimuovere i fattori di rischio. Per questo è</p>

	<p>necessario un approccio integrato individuale sulle persone ad elevato rischio e di comunità, per diminuire il rischio cardio-cerebrovascolare sia nella popolazione sana con strategie intersettoriali di promozione della salute, sia nelle persone che hanno superato un evento acuto attraverso interventi individuali mirati alla prosecuzione delle terapie dopo il ricovero e all'attivazione di un intervento riabilitativo. Lo sviluppo dell'unità operativa di Riabilitazione Cardiologica di Castelnuovo ne' Monti, con l'istituzione di un Centro di Prevenzione Cardiovascolare, inserito logisticamente negli spazi dell'Ospedale S. Anna, si integra a pieno nella rete cardiologica provinciale con la finalità di costituire un centro esperto per la prevenzione primaria e secondaria, implementando percorsi e prestazioni in regime ambulatoriale/day service con i seguenti obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di interventi di prevenzione primaria, nei soggetti stratificati a rischio prospettico medio elevato >20% a dieci anni (carta del rischio ISS) - Limitazione delle conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare - Miglioramento globale della capacità funzionale, del grado di autonomia e della qualità di vita - Riduzione del rischio di successivi eventi cardiovascolari e di progressione del processo aterosclerotico. <p>In relazione al target di popolazione previsto il centro opererà in modo fortemente integrato con i Medici di Medicina Generale, le unità operative del presidio ospedaliero: Cardiologia, Neurologia, Chirurgia Vascolare, Medicina, Diabetologia. I percorsi di prevenzione primaria e secondaria prevedono per gli assistiti l'erogazione di specifiche attività/prestazioni, differenziate e personalizzate, di tipo diagnostico strumentale, clinico, assistenziale, educativo, motivazionale e riabilitativo gestite da un team multi professionale dedicato, con specifiche competenze (cardiologo, infermiere, fisioterapista, dietista, psicologo) ed un percorso formativo centrato sul patient engagement. Il centro si avvarrà inoltre di eventuali consulenze specialistiche e di personale amministrativo per la gestione degli appuntamenti, l'orientamento degli utenti e i contatti con le interfacce coinvolte. I pacchetti prestazionali saranno differenziati in base al percorso e personalizzati in relazione ai problemi/bisogni del singolo assistito. Il catalogo delle attività comprende: valutazione iniziale dello stato di salute, rilevazione parametri antropometrici, circonferenza vita, Body Mass Index, ECG e visita cardiologia, pressione arteriosa ed eventuali approfondimenti diagnostico-strumentali: ecocardiogramma (soggetti a rischio intermedio ipertesi e nei soggetti a rischio alto), Ecocolor Doppler TSA (nei soggetti a rischio medio alto), test ergometrico (nei soggetti a rischio medio alto per ricerca di ischemia silente e definizione di un programma di "attività fisica personalizzata"), esami ematochimici, follow-up programmati.</p> <p>Nell'ambito delle attività rivestono importanza fondamentale: la definizione condivisa degli obiettivi con l'assistito, le strategie di empowerment per il miglioramento degli stili di vita (informazione sui fattori di rischio, counselling motivazionale, interventi educativi individuali e di gruppo) l'impostazione e avvio del programma di training fisico.</p> <p>Per casi selezionati è previsto l'invio del paziente alla dietista, allo psicologo e al centro antifumo. Saranno inoltre fornite informazioni per l'effettuazione del programma di attività fisica personalizzato con l'indicazione di palestre e società sportive che promuovono la salute e l'attività fisica e dei "gruppi di cammino" presenti nel territorio di residenza, anche al fine di promuovere e sostenere la condivisione e la socializzazione e di contribuire a mantenere e consolidare nel tempo l'abitudine all'esercizio fisico.</p> <p>Le risorse impegnate per un ciclo di implementazione triennale riguardano la costituzione di team multi professionale dedicato per un monte ore settimanale definito (cardiologo, infermiere, fisioterapista, dietista, psicologo, amministrativo).</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Bacino di utenza provinciale</p>

	<p>popolazione stratificata a rischio prospettico medio elevato in base "carte del rischio" fascia età 40-70 anni;</p> <p>soggetti post evento cardiovascolare secondo i criteri identificati.</p>
Azioni previste	<p>Le azioni per la definizione della macrostruttura del progetto, propedeutiche all'approvazione e al finanziamento dello stesso nell'ambito della Strategia Nazione Aree Interne Appennino Emiliano, si sono svolte tra il 2017 e il primo trimestre 2018.</p> <p>Le ulteriori azioni, implementate da un gruppo di lavoro multidisciplinare ad hoc si sono attivate da giugno 2018 e prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione degli spazi ambulatoriali da destinare all'attività del Centro; - Definizione dei percorsi di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria - Progettazione organizzativa delle attività - Progettazione e realizzazione degli interventi formativi rivolti ai professionisti coinvolti (ospedale e cure primarie) - Definizione di un piano di comunicazione; - Coinvolgimento degli stakeholder della Comunità (es. Enti Locali, Istituzioni scolastiche/educative, Comitati Misti Consultivi, Parco Nazionale Appennino Tosco Emiliano, Associazioni di Volontariato, Associazioni Sportive, culturali, ricreative ecc.) - Progettazione concorso a premi Montagne di Salute 3.0 - per il lancio del Centro, con il coinvolgimento degli studenti degli Istituti d'istruzione superiore di Castelnuovo Monti; - Progettazione eventi in tema di promozione della salute da realizzare annualmente nel Distretto (es. settimana della salute, attività informative/educative rivolte a specifici target ecc.) con il coinvolgimento e la partecipazione della comunità; - Organizzazione evento inaugurale previsto per fine 2018; - Attivazione del Centro con 1^a fase sperimentale della durata di 3 mesi; - Step di Valutazione eventuali azioni correttive e/o integrative e avanzamento della progettazione; - Coordinamento e monitoraggio del progetto (dati di attività, indicatori ecc.) in itinere nel corso del triennio
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>AUSL (Cure primarie, MMG, Presidio ospedaliero, Dipartimento Sanità Pubblica, Medicina dello Sport, Luoghi di Prevenzione), Enti Locali, Parco Nazionale Appennino Tosco Emiliano, Associazioni di Volontariato, Associazioni sportive, culturali, ricreative</p>
Referenti dell'intervento	<p>Sonia Gualtieri - Direttore di Distretto</p> <p>Gianni Zobbi - SOS Medicina dello Sport e Prevenzione Cardiovascolare</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Riorganizzazione della rete ospedaliera

Riferimento scheda regionale

2 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. 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"> Adeguamento della dotazione di posti letto con quanto previsto dal DM 70/2015 e dalla DGR n. 2040/2015. 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 ospedali impedisca di raggiungere adeguati standard quali-quantitativi, di meglio qualificare</p>

	<p>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.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>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.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>AUSL, CTSS, Enti locali</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Giorgio Mazzi - Direttore Presidio Ospedaliero Mirco Pinotti - Direttore dipartimento Cure Primarie</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Si
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 Castelnuovo 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 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

	<p>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</p> <p>3. Infatti i volumi di attività risultano insufficienti a garantire la “clinical competence” in tutti i punti nascita provinciali.</p> <p>Tutti gli spoke effettuano meno di 1000 parti all’anno.</p> <p>Conseguentemente, risulta evidente che, in ottemperanza all’accordo Stato-Regioni del 2010 ed al DM 70 del 2015, oltre che a tutte le raccomandazioni delle società scientifiche di settore, che indicano in 1000 parti/anno i volumi di attività minimi ed appropriati, in provincia di RE dovremmo procedere ad una riorganizzazione dei punti nascita provinciale con un loro accorpamento.</p> <p>Alla luce dei dati epidemiologici e dei trend demografici, il Dipartimento Materno Infantile della provincia di Reggio Emilia (Position Statement del Febbraio 2017- Prot. 2017 N. 8595-, comunicato stampa del giugno 2017, e dell’ottobre 2017, ...), così come la Commissione percorso nascita regionale (delibera N. 1112 del 24/07/2017) aveva proposto la chiusura oltre che del Punto nascita di Castelnuovo 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, Castelnuovo né Monti e Pavullo) (Prot. N. 2017/0092913 del 05.10.2017), e raccomandato invece per Scandiano, Mirandola e Cento uno stretto monitoraggio per ulteriori due anni prima di pervenire ad una decisione conclusiva, chiedendo però per tali presidi l’acquisizione dei requisiti di sicurezza e di efficacia.</p> <p>A parte l’ASMN che costituisce il centro HUB provinciale e quindi presenta tutti i requisiti idonei a garantire tale funzione con presenza, oltre a tutte le dotazioni tecnologiche e strutturali, di una guardia H24 ginecologica, anestesiologicala e neonatologica, attualmente l’organizzazione perinatale in provincia di Reggio Emilia è così strutturata: Guastalla: H 24 ginecologica, anestesiologicala e pediatrica</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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>
<p>Destinatari</p>	<p>Donne, coppie in gravidanza e nel post-parto e i loro bambini/e, professionisti del percorso nascita</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 tutta le attività correlate alla medicina scolastica.</p> <p>E’ stata quindi attivata la procedura per un bando di concorso per tutta la provincia di Reggio Emilia in area pediatrica (preceduta da regolare bando di trasferimento). Il bando è stato utilizzato anche per la copertura e stabilizzazione di altre figure pediatriche su tutto il territorio provinciale.</p> <p>In attesa dell’espletamento del concorso, i neonatologi dell’ASMN hanno accettato la proposta di effettuare turni di guardia notturna in “aggiuntiva”, oltre ai turni ordinari effettuati presso l’ASMN. La necessità però di coprire i turni di guardia e di reperibilità presso la neonatologia, oltre che tutte le attività ordinarie del reparto, e la necessità al contempo di rispettare la legge 161 del 2014 sul rispetto dell’orario di lavoro, non ha permesso di coprire tutti i turni e garantire così l’H24 completo 7 giorni su 7. Con le forze disponibili è stato quindi possibile garantire la copertura dell’H24 per 5 giorni a settimana. Nei weekend è stata quindi</p>

mantenuta la presenza del pediatra per alcune ore al mattino ed in reperibilità nelle fasce pomeridiane e notturne.

Dal 15 febbraio 2018 quindi l'attività pediatrica H24 è coperta per 5 giorni a settimana. 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.

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.

Contemporaneamente in provincia sono state messe in atto numerose strategie volte al miglioramento globale dell'assistenza perinatale.

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)

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.

Le procedure STEN e STAM proseguono regolarmente ed anzi sono stati implementate le attività di monitoraggio ed audit delle stesse.

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

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.

Per il Distretto di Castelnovo ne' Monti, che ha visto la recente chiusura del punto nascita, si è proceduto ad elaborare un programma ad hoc volto a garantire una assistenza ottimale nel percorso nascita e che prevede:

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;
4. potenziamento dell'attività di emergenza territoriale con una ambulanza aggiuntiva infermieristica;
5. attivazione del trasporto assistito con ostetrica h24;
6. mantenimento percorso STEN;
7. istituzione di un percorso di accoglienza dedicato nella struttura Hub;
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
9. piano di formazione permanente:
 - a. del personale ostetrico presso il centro hub per il mantenimento delle competenze necessarie per la gestione delle emergenze ostetriche;
 - b. del personale del DEU sul parto precipitoso;
 - c. dei pediatri e degli anestesisti per il mantenimento delle competenze necessarie in caso di attivazione del percorso STEN.

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.

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.

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>allattamento esclusivo a 3 mesi: 45%</p> <p>allattamento esclusivo a 5 mesi: 23%</p> <p>Alla luce di queste verifiche sono state messe in atto strategie idonee per l'implementazione con una formazione specifica (20 ore UNICEF) ed una FAD realizzata per tutti i professionisti coinvolti (ostetriche, pediatri, ginecologi, neonatologi, psicologhe, PIS,...)</p> <p>Infine a causa dell'incremento delle gravidanze patologiche ed in particolare di quelle multiproblematiche è stato creato un PDTA specifico con il coinvolgimento dell'ospedale ma anche del territorio con i sanitari dei consultori, dell'assistenza sanitaria e sociale provinciale, del SID, dei PIS con l'obiettivo di creare percorsi facilitanti ed una presa in carico globale delle situazioni di disagio psico-fisico e sociale .</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, CTSS
Referenti dell'intervento	Giancarlo Gargano - Direttore Dipartimento Materno Infantile
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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 Castelnuovo 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.</p> <p>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 laboratorio.</p> <p>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.</p> <p>Nei restanti ospedali dell'area sud, Castelnuovo 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</p>

	<p>Castelnuovo Monti sono presenti letti di terapia intensiva ed è attiva la guardia rianimatoria e dei tecnici di laboratorio).</p> <p>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)".</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.)".</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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..</p> <p>Le PPTT delle UOM Ambulanza di soccorso e trasporto sanitario coincidono con le 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.</p> <p>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>
<p>Destinatari</p>	<p>Pazienti del Servizio Sanitario Regionale, strutture dell'AUSL di RE e i rispettivi professionisti.</p>
<p>Azioni previste</p>	<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

	<p>alla criticità stimata dell'evento / condizione dell'assistito/i;</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ 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, 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 e 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.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>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.</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Ferrari Annamaria - Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento 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
Specifica soggetto capofila	Dipartimento di Sanità Pubblica
In continuità con la programmazione precedente	Si
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>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).</p> <p>Applicazione della L. 119/2017 e della Circolare regionale n. 13/2017 sull'obbligo vaccinale nei minori di età 0-16 anni</p>
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).</p> <p>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 i calendari vaccinali di adolescenti e adulti siano adeguati alle nuove indicazioni. 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. 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	<p>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.).</p>
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 fin dalla gravidanza attraverso materiale cartaceo informativo e dialogo attivo con gli operatori). - colloqui personalizzati e di approfondimento in tutti i casi che manifestano paure, dubbi, ansie. - registrazione delle vaccinazioni e segnalazione di eventuali esoneri - monitoraggio dei tassi di copertura - programmazione e attuazione di campagne informative (media locali e 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 attiva e gratuita della vaccinazione HPV (maschi e femmine). -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 rapido 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 questa attività. -Fornire alle scuole i dati previsti 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 – Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica Dott. Alessandro Volta - Direttore Programma Materno-Infantile
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

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	
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	Antonio Chiarenza - Staff Governo Clinico Responsabile Ricerca e Innovazione
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Promozione dell'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
Specifica soggetto capofila	
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 Nuovi Lea
Descrizione	Gli ambiti di lavoro sono suddivisi in due contenitori :Tempi di attesa (strettamente legata agli obiettivi regionali) e Specialistica ambulatoriale che fa riferimento all'ambito di attività della struttura complessa
Destinatari	Cittadini e operatori interni all'organizzazione o 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 Interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa con particolare riferimento alle scadenze definite nello stesso programma e alle azioni di sistema.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azione costante di monitoraggio e verifica e attraverso il TEAM interaziendale/multi professionale coordinato dal RUA (Responsabile unico dell'accesso per la specialistica ambulatoriale per il coordinamento degli uffici risorse e governo delle agende in prenotazione). In seguito all'unificazione aziendale si è creata la necessità di una revisione della composizione del TEAM multiprofessionale per il governo dei tempi di attesa della specialistica. • Ridefinizione degli strumenti aziendali di monitoraggio quotidiano dei tempi di attesa (ora allargato anche al controllo alle prestazioni con codice di priorità "B"), allo scopo di migliorare l'IP provinciale e mantenerlo a un valore $\geq 90\%$ sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle urgenti differibili. Il monitoraggio ha visto coinvolti anche le strutture private accreditate alle quale è stato fornito lo stesso strumento software di controllo dei tempi di attesa "CupidoAlert".L'obiettivo aziendale è il mantenimento dell'I.P. relativo alle prestazioni monitorate $\geq 90\%$. • Applicazione del protocollo operativo aziendale sull'elaborazione delle sanzioni per " le mancate o tardive disdette" in conformità con la del. RER 377/2016 relativa all'applicazione della sanzione amministrativa per mancata disdetta della prestazione da parte del cittadino. Per l'anno 2018-2019 ci aspettiamo 40.000 sanzioni/anno che dovranno essere elaborate e gestite. L'azienda ha come obiettivo un significativo aumento delle disdette da parte del cittadino e contestuale riduzione delle mancate presentazioni del cittadino in sede di erogazione con conseguente riduzione dei tempi di attesa. Continuerà, inoltre, la campagna informativa aziendale attraverso i più diffusi canali di comunicazione (stampa e televisione) e la distribuzione di materiale cartaceo (brochure, locandine, ecc.) da consegnare nei luoghi di accesso all'azienda di maggiore affluenza. • Attivazione del Progetto Equità e liste d'attesa <p>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,</p>

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 e individua le condizioni di erogabilità e detta indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN.

In particolare sono:

- Aggiornati gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
 - Offerti nuovi vaccini e individuati nuovi destinatari, in accordo con il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale;
- Aggiornata la lista delle prestazioni che il SSN offre gratuitamente (senza ticket) a coppie e donne in epoca pre-concezionale, in gravidanza e in puerperio, in pieno accordo con le Linee guida sulla gravidanza;
- Introdotto lo screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita già attivo in Regione Emilia –romagna ;
- Inserita l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, negli stadi clinici moderato e grave. Di conseguenza, si riconosce alle pazienti il diritto a usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo;
- Trasferita la celiachia dall'elenco delle malattie rare all'elenco delle malattie croniche.
- Recepita la legge n° 134 del 2015 sui disturbi dello spettro autistico;
- Inserite nella specialistica ambulatoriale tutte le prestazioni necessarie per la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa, fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero;
 - Aggiornato il nomenclatore relativo alla fornitura di protesi, cioè il documento che stabilisce la tipologia e le modalità di fornitura di ausili e presidi per disabili a carico del SSN rispetto al quale si prevede la definizione di un albo dei prescrittori e la richiesta con ricetta dematerializzata;
- Innovato il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che risaliva al 1996, escludendo prestazioni obsolete e introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ma siamo in attesa del nuovo Tariffario
- Reti Cliniche per l'integrazione ospedali-territorio

	<p>Le reti sono state pensate al fine di garantire l'omogeneità dei processi di cura, l'integrazione trasversale tra le strutture organizzative, favorire l'equità di accesso, interazione professionale e, condivisione dei processi di cura e miglioramento dell'appropriatezza.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Convenzionati interni <p>È previsto un ulteriore potenziamento dei medici convenzionati interni per rispondere alla domanda di specialistica ambulatoriale e ridurre i tempi di attesa. Nel presidio ospedaliero, prevalentemente per il superamento di contratti libero-professionali e prestazioni aggiuntive, sono attivi ad oggi 17 contratti.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Contratti con le strutture private accreditate <p>Il Programma Specialistica ambulatoriale governa i contratti per la fornitura delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei privati accreditati per 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> <ul style="list-style-type: none"> •Progetto "Punti prelievo" <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	
Referenti dell'intervento	<p>Eletta Bellocchio - Direttore Programma Specialistica Antonio Chiarenza - Staff Governo Clincio -Ricerca e Innovazione</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Staff Comunicazione
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 capire 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 è capofila di questo progetto regionale.
Destinatari	Professionisti sanitari e personale amministrativo
Azioni previste	Formazione tra pari, sia in ambito medico 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	Federica Gazzotti - Direttore dello Staff Comunicazione
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Il presidio sociale delle cooperative di comunità

Riferimento scheda regionale

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

Riferimento scheda distrettuale: Infermiere di Comunità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Unione Montana Comuni Appennino Reggiano
In continuità con la programmazione precedente	No
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;D;

Razionale	Il progetto intende sostenere e valorizzare l'innescò, la sperimentazione e la stabilizzazione di azioni di protezione sociale rivolte a tutti i cittadini abitanti in un delimitato ambito geografico, in particolare nell'area del crinale appenninico, prodotte, innescate o comunque favorite dalla presenza attiva di una cooperativa di comunità.
Descrizione	<p>Nell'ambito della progettazione Strategia Nazionale Aree Interne Appennino Emiliano rientra il progetto - "Il presidio sociale delle cooperative di comunità".</p> <p>Nell'esperienza dell'area interna Tosco Emiliana questa evoluzione delle forma cooperativa ha rappresentato una originale via di resistenza prima e di innovazione e sviluppo poi, con la realizzazione di pratiche di mutualità comunitaria già dal 1991 nell'esperienza antesignana di Valle dei Cavalieri cooperativa agricola sociale a Succiso. Vediamo qui realizzata quella opportunità di classificazione ibrida delle cooperative di comunità che le iscrive, per la loro struttura/organizzazione e per gli esiti prodotti, sia nell'ambito delle imprese produttrici di beni primari e servizi commerciali con una spiccata capacità di innovazione sulle risorse e sulle filiere presenti, sia in quello delle agenzie di welfare comunitario grazie ad un'intenzionale e rispondente partecipazione ai bisogni di abitazione degli abitanti, in particolare delle persone più deboli o vulnerabili.</p> <p>L'esperienza della cooperazione comunitaria ha consentito di evidenziare in modo chiaro e diretto la più grande interdipendenza fra grado di vitalità socioeconomica della comunità, percezioni di protezione sociale, domande di assistenza sociale/abbandono evidenziando, al contempo, esiti di diminuzione della domanda di assistenza delegata, prodotti realizzati dall'insediamento di attività economiche che hanno nell'intenzionalità comunitaria un carattere originario ed esplicitamente agito. Il progetto intende quindi sostenere e valorizzare l'innescò, la sperimentazione e la stabilizzazione di azioni di protezione sociale rivolte a tutti i cittadini abitanti in un delimitato ambito geografico prodotte, innescate o comunque favorite dalla presenza attiva di una cooperativa di comunità.</p> <p>Quattro realtà assicurano nell'area progetto questa condizione secondo la rilevazione che è stato possibile effettuare di concerto con le amministrazioni locali: Le comunità di Civago/Val d'Asta e di Sologno nel comune di Villaminuzzo; le comunità di Succiso/Ramiseto e di Cerreto Alpi/Collagna nel comune di Ventasso</p> <p>Nelle quattro diverse aree si segnalano diverse opportunità di intervento sulla base della diversa maturazione che i</p>

	<p>servizi mutualistici fin qui resi hanno potuto documentare. Si riconoscono in particolare due fasce ben distinte relative ad anzianità e carriere di esperienza: una fascia di innesco e sperimentazione che riguarda le realtà di CIVAGO/VAL D'ASTA e SOLOGNO e una fascia di consolidamento e stabilizzazione che riguarda le realtà di SUCCISO/RAMISETO e CERRETO ALPI/COLLAGNA.</p> <p>Nella prima fascia le cooperative di comunità segnalano una fase di maturazione che non ha ancora superato pienamente lo stadio dell'affermazione imprenditoriale e impongono una azione di sostegno improntata a caratteri di sperimentazione. Nella seconda fascia si può invece operare su un più ampio spettro di servizi, sulla base di esperienze, competenze e capacitazioni già testate.</p> <p>La diffusione a nuove realtà territoriali di questa forma di innovazione organizzativa in nuove realtà territoriali</p>
Destinatari	Popolazione nelle aree di riferimento delle Cooperative di comunità, nei Comuni di Ventasso e Villa Minozzo
Azioni previste	<p>Le azioni prevedono l'offerta di una gamma di servizi di presidio articolata in funzione delle diverse possibilità operative connesse alla diversa maturità di esperienze mutualistiche presenti.</p> <p>Nella prima fascia che è ancora allo stadio iniziale del proprio ciclo di vita, ci si propone un sostegno limitato a singoli specifici servizi ed in particolare a quelli maggiormente legati e più facilmente scaturenti dalle attività di impresa nelle quali sono impegnate per l'apporto di valore aggiunto economico comunitario. Ci riferiamo in particolare a</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> consegna di beni di consumo a domicilio <input type="checkbox"/> spalatura neve e altre piccole manutenzioni necessarie per l'accessibilità all'abitazione <input type="checkbox"/> service a iniziative di animazione comunitaria e di attrattività <p>Nella seconda fascia le misure di sostegno si propongono su tutto il panel di servizi quindi;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vigilanza di prossimità 24H <input type="checkbox"/> mobilità mutualistica integrativa e di servizio <input type="checkbox"/> consegna di beni di consumo a domicilio <input type="checkbox"/> consegna di farmaci a domicilio <input type="checkbox"/> micro problem solving quotidiano <input type="checkbox"/> spalatura neve e altre piccole manutenzioni necessarie per l'accessibilità all'abitazione <input type="checkbox"/> service a iniziative di animazione comunitaria e di attrattività <p>L'individuazione operativa dei servizi rivolti alla popolazione target e delle prestazioni affidate alle cooperative di comunità sarà operata attraverso una apposita convenzione tra AUSL e comuni interessati.</p> <p>Si prevede inoltre una azione di diffusione della esperienza di cooperazione di comunità ad altre realtà territoriali che presentino analoghe condizioni di fragilità attraverso una azione di scouting e supporto allo start up.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	politiche sociali e sanitarie integrate a sostegno della vulnerabilità, fragilità, cronicità.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Enti locali, Servizio sociale ed educativo associato
Referenti dell'intervento	Antonio Manari Sindaco di Ventasso Luigi Fiocchi Sindaco di Villa Minozzo Sonia Gualtieri - Direttore di Distretto Referenti delle Cooperative di comunità
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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					
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	Sono presenti strumenti operativi (procedure) per garantire la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio	31/12/2017	Istituire una cabina di regia per il coordinamento e la valutazione di appropriatezza dei percorsi di raccordo	Up-grade e implementazioni e degli strumenti operativi attuali	Monitoraggio
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	Appartamento gestito in modo integrato sociale e sanitario quota sociale euro 25.250 quota a carico Salute Mentale euro 15.000 quota utenti euro 2.000	31/12/2017	mantenimento	ampliamento intervento con attivazione di un appartamento femminile	mantenimento
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	si	31/12/2017	si	si	si

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	2	31/12/2017	2	3	4
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	2	3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	1	31/12/2017	4	4	4
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	2	31/12/2017	2	2	2
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	2	31/12/2017	2	3	4
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	24	31/12/2017	26	27	27
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			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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		2	31/12/2017			
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
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					
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	0	31/12/2017	0		
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	0	31/12/2017	0		
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		
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	0	31/12/2017	0	0	0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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	SI	31/12/2017	SI	SI	SI
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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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	1/167	31/12/2017		
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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
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	no	31/12/2015	si	si	si
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
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
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	si	31/12/2017	si	si	si
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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	valutazione degli ambiti su cui lavorare	31/12/2017	attivazione di untavolo specifico di lavoro	definizione ambiti e attivazione progetto/i	Sperimentazioni e
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	0	31/12/2017	2	2	
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	0		
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	4	7	7
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
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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
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
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
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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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	2	31/12/2017	2	2	2
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	A livello distrettuale sono presenti CAT e alcolisti anonimi, gruppi di auto mutuo aiuto per tabagisti, gruppi di auto mutuo aiuto familiari Salute Mentale	31/12/2017	mantenimento	mantenimento	mantenimento
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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
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	Si	Si

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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	1	1	1
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	Formazione abuso minori e formazione violenza di genere	31/12/2017	definizione ambiti di intervento all'interno della programmazione del PdZ	realizzazione	realizzazione

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S N	si	31/12/2017	si	si	si
57	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S N	si	31/12/2017	si	si	si
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	35	31/12/2017	40	45	45

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
	<p>Nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti non sono attive ad oggi Case della Salute, ma piccole sedi di erogazione di servizi sanitari nei 4 Nuclei di Cure Primarie. Le iniziative, in particolare riguardanti la promozione della salute, la gestione della fragilità e cronicità, la violenza di genere, vengono comunque programmate e assicurate nell'ambito della programmazione distrettuale, in collaborazione con il dipartimento cure primarie, il dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, i servizi sociali ed educativi e le associazioni di volontariato attive nei diversi comuni.</p>
2	

Indicatori a compilazione distrettuale

J	
1	Note
3	Nel Distretto non sono presenti ospedali di comunità, ma è attiva da tempo l'esperienza riconosciuta formalmente nell'ambito della rete OSCO, di 3 letti di cure intermedie pienamente integrati nella rete dell'offerta
4	
5	
6	Sperimentazione attivata nell'ambito della disabilità

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
7	Sul territorio sono attualmente attive in questo ambito 4 Associazioni di Volontariato e 1 Cooperativa sociale.
8	
9	Presenti progettazioni specifiche di settore, s'intendono integrare le diverse azioni sviluppando una progettazione complessiva di sistema

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
10	Sono presenti iniziative formative che tra gli altri argomenti trattano la tematica del caregiver, è necessario definire un'azione congiunta e complessiva sul tema a livello distrettuale che coinvolga più ambiti. A livello provinciale l'AUSL organizza iniziative a cui partecipano i professionisti di tutti i Distretti
11	
12	Sono interventi sostenuti dalla rete dei servizi socio sanitari ma non finanziati con il fondo dopo di noi
13	Sono interventi sostenuti dalla rete dei servizi socio sanitari ma non finanziati con il fondo dopo di noi
14	Progettazione attivata nell'autunno del 2017
15	Non vi sono richieste qualora presenti verranno valutate

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
16	Sono interventi sostenuti dalla rete dei servizi in relazione ai bisogni presenti.
17	Le attività saranno realizzate in collaborazione con le associazioni di volontariato, Dar Voce e la rete dei servizi del territorio
18	Non applicabile al Distretto di Castelnovo Monti
19	Al momento non vi sono richieste verranno valute se presenti
20	Verrà fatta una valutazione in relazione alla presenza del bisogno
21	Verrà fatta una valutazione in relazione ai bisogni presenti
22	

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
23	<p>Presenza di un percorso strutturato per la presa in carico integrata e la dimissione protetta per madri/neonati/situazioni familiari particolarmente complesse</p>
24	<p>Presente percorso per la dimissione protetta e la presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali per madri/neonati/situazioni familiari particolarmente complesse. Nel distretto per le situazioni complesse vengono attivate equipe integrate prevedendo una composizione flessibile in relazione alle situazioni da valutare.</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
25	<p>Da dicembre 2017, a seguito della chiusura del punto nascita, sono state potenziate le azioni del consultorio ed è stato attivato un progetto di home visiting gestito dalle ostetriche che ad oggi ha effettuato 62 accessi a domicilio nel puerperio (per 42 donne), finalizzato anche ad individuare precocemente situazioni di fragilità. Non è stato inserito il dato di previsione, ma si prevede di incrementare l'attivazione di valutazioni complesse tenuto conto del progetto di home visiting attivato e di attività di formazione rivolta ai professionisti</p>
26	<p>Nel triennio si vogliono potenziare le azioni di formazione/informazione per il sostegno alla genitorialità gestite in modo integrato dai professionisti dei servizi</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
27	
28	
29	
30	Formazione organizzata a livello provinciale con il coinvolgimento dei professionisti di tutti i Distretti
31	
32	

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
33	Nel corso di questi anni si è lavorato per sviluppare e poi consolidare la rete classica dei servizi, ponendo attenzione ad efficientare il sistema per allinearsi alle risorse disponibili per il mantenimento della rete. Lavoro che ha permesso di liberare risorse per sviluppare progettazioni innovative.
34	
35	In relazione alla misura verrà valutato il bisogno che si presenterà nel triennio
36	
37	La progettazione viene sviluppata in integrazione con i servizi della rete all'interno del percorso della LR 14/2015
38	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.

Indicatori a compilazione distrettuale

J	
1	Note
39	<p>Nel 2017 sono stati realizzati 4 interventi formativi.</p> <p>Un corso per i Direttori SOC, un corso per i responsabili SOS, un corso per MMG, un corso per i professionisti della Diabetologia Aziendale.</p> <p>Negli anni precedenti i professionisti formati sono stati oltre 400.</p> <p>Si predilige la realizzazione di corsi che coinvolgano intere unità operative (es. Diabetologia Aziendale, Cardiologia ospedale di Guastalla, ecc...)</p>
40	<p>Nel 2017 è stata organizzata 1 edizione del corso di formazione dedicato al personale del dipartimento amministrativo. negli anni precedenti altri 75 amministrativi hanno frequentato il corso di formazione</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
41	<p>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 precedenti è stata svolta la valutazione di impatto su altri 3 eventi (Cardiologia di Guastalla, personale infermieristico del Dip. internistico di area Sud)</p>
42	<p>Ad oggi i materiali informativi rivisti in modalità partecipata con 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</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
43	<p>Interventi di miglioramento della cartellonistica all'interno delle strutture per favorire l'orientamento degli utenti. Per l'ASMN sono disponibili mappe interattive, sul sito internet aziendale, che mostrano il percorso per raggiungere il reparto.</p>
44	<p>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.</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
45	<p>Sono presenti e attivi gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito del dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche. Nell'ambito dei disturbi cognitivi/demenze non sono presenti centri di incontro stabili, ma iniziative di sostegno e confronto tra i familiari gestiti in integrazione con il volontariato del territorio</p>
46	<p>Nella sperimentazione del progetto "Catemse" momenti di incontro strutturati rivolti a persone anziane con disturbi cognitivi sono stati coinvolti circa 30 utenti</p>
47	<p>Nelle iniziative di sostegno e confronto tra i familiari di persone con demenza, gestiti in integrazione con il volontariato del territorio sono stati coinvolti circa 30 familiari</p>
48	

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
49	Attivati per Salute Mentale e Disturbi Cognitivi
50	A livello aziendale sono presenti, tra gli altri, il GAP e il Gruppo utenti esperti e facilitatori sociali in Salute Mentale. E' possibile la partecipazione all'attività di gruppi provinciali tramite gli accordi di fornitura in capo all'AUSL.
51	

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
	<p>Sono presenti progettazioni locali sviluppate dai territori con i soggetti del terzo settore finalizzati alla realizzazione di iniziative di supporto al reperimento di generi di prima necessità, materiale scolastico ecc .</p> <p>Esistono progettazioni di integrazione sociale di soggetti fragili sviluppati nelle attività locali del terzo settore a supporto delle progettazioni individualizzate realizzate dai servizi. Occorre lavorare per promuovere un confronto a livello distrettuale per arrivare a strutturare le attività e le buone prassi sviluppate in questi anni.</p>
52	
53	<p>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)</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
54	<p>Sono state attivate formazioni specifiche sul tema dell'abuso sui minori e della violenza di genere aperti ai professionisti dei servizi socio-sanitari. L'AUSL promuove iniziative formative che coinvolgono i professionisti del DEU di tutti i Distretti. E' prevista la partecipazione del personale DEU alla FAD (Ausl Piacenza) con l'obiettivo di raggiungere il 70% del personale formato. E' prevista inoltre la partecipazione di un gruppo di professionisti DEU al percorso completo (FAD+formazione d'aula) al fine di disporre di un gruppo di facilitatori per la formazione aziendale</p>
55	<p>L'AUSL ha in programma un upgrade della formazione dei professionisti del DEU di tutti i Distretti focalizzata sul riscontro e trattamento di vittime di violenza e abuso.</p>

Indicatori a compilazione distrettuale

	J
1	Note
56	
57	Nel distretto è presente un coordinamento tecnico si vuole implementare l'integrazione con l'ambito socio educativo anche attraverso la ridefinizione dei ruoli e percorsi previsti dagli accordi di programma per l'integrazione.
58	

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Unione di comuni (specificare)	spesa sociale	€ 1.216.699,00	€ 405.410,00	€ 30.909,00	€ 911.584,00	€ 10.877,00	€ 248.677,00	€ 165.575,00	€ 2.989.731,00
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 84.973,03	€ -	€ -	€ -	€ 14.452,00	€ -	€ 116.063,00	€ 215.488,03
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 150.999,01	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 88.835,87	€ -	€ 239.834,88
FRNA		€ -	€ 908.054,92	€ -	€ 2.856.762,30	€ -	€ -	€ -	€ 3.764.817,22
FNNA		€ -	€ 204.380,00	€ -	€ 104.062,00	€ -	€ -	€ -	€ 308.442,00
FRNA	gestioni speciali	€ -	€ 31.770,30	€ -	€ 110.474,70	€ -	€ -	€ -	€ 142.245,00
FRNA	progetto di vita indipendente	€ -	€ 8.642,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 8.642,00
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 39.167,00	€ 39.167,00
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 127.363,00	€ 127.363,00
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 18.578,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 18.578,00
Quota Fondo povertà nazionale		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 91.558,00	€ -	€ 91.558,00
Quota povertà regionale LR24/16		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 45.505,00	€ -	€ 45.505,00
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 70.369,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 70.369,00
AUSL (specificare)		€ 277.382,00	€ 46.607,00	€ 77.228,00	€ 2.206.706,00	€ -	€ 164.314,00	€ 96.909,00	€ 2.869.146,00
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		€ 1.730.053,04	€ 1.675.233,22	€ 126.715,00	€ 6.189.589,00	€ 25.329,00	€ 638.889,87	€ 545.077,00	€ 10.930.886,13
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		€ 1.730.053,04	€ 1.675.233,22	€ 126.715,00	€ 6.189.589,00	€ 25.329,00	€ 638.889,87	€ 545.077,00	€ 10.930.886,13