

Piano di Zona per il Benessere e la Salute



2018 - 2020

Indice

- **Presentazione**
- **Indice Sigle**
- **Indice analitico**

- **Cap. 1**
 - 1.1 La fotografia del territorio di Modena
 - 1.2 Livello socio economico
 - 1.3 Le condizioni di salute della popolazione residente a Modena
 - 1.4 La prevenzione delle principali patologie

- **Cap. 2**
 - 2.1 Il modello di governance locale
 - 2.2 Scelte e priorità: i bisogni emergenti
 - 2.3 Le schede operative: i contenuti

- **Cap. 3**
 - 3.1 Processo attivato per la costruzione del PdZ
 - 3.2 Le fasi
 - 3.3 Il monitoraggio

- **Sitografia di riferimento**

- **Allegati:**
 - A. Schede in versione integrale
 - B. Piano Povertà
 - C. Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale 2018/2020

Presentazione

Il Piano di Zona per il benessere e la salute 2018-2020 (PdZ) declina le priorità e le scelte strategiche contenute nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 (PSSR) e costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale.

È il punto di snodo e di interconnessione con le scelte d'intervento di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e funge da raccordo con gli altri strumenti di programmazione locale.

Il PdZ viene alla luce in un contesto sociale che ogni giorno si trova ad affrontare bisogni ed emergenze scottanti. La crisi economica, ormai decennale, comprime pesantemente le opportunità di occupazione condizionando il futuro di giovani e meno giovani ed intacca le risorse di chi ha lavorato una vita.

Crisi che incide anche sulla salute delle persone che vivono situazioni di disagio (disoccupazione, espulsione dal mercato del lavoro, fragilità, ecc.) rischiando di incrinare l'equilibrio psicofisico.

Non a caso il PSSR individua tre macro aree su cui articolare la programmazione territoriale: lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà, ambito distrettuale nodo strategico per l'integrazione sociale e sanitaria e sviluppo di strumenti nuovi di prossimità.

La prospettiva indicata dalla Regione è quella di una nuova visione di welfare che punta all'ammodernamento dei servizi per rispondere nel modo più flessibile ed appropriato ai bisogni di questa realtà sociale che è in continua mutazione. I nuovi bisogni dei cittadini e delle famiglie comportano, infatti, la strutturazione di nuovi servizi, il che richiede l'adozione di "prassi generative" da parte di tutti i soggetti coinvolti (Istituzioni, Associazioni, 3° Settore, privati, ecc.) che producano "esiti generativi" per la comunità.

In altri termini la sfida è coniugare politiche più efficaci, a minor costo e altamente capacitanti, creando processi virtuosi tali per cui il welfare non rappresenti più un costo per il territorio, l'economia e la società nel suo insieme.

Su questa scia, si è attivato un percorso partecipato che, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, professionisti ed operatori, ha coinvolto la comunità locale (associazioni, cittadini, parti sociali, ecc.) per raccogliere sollecitazioni, suggerimenti, opinioni, saperi e criticità per la stesura del PdZ.

Frutto di questo intenso lavoro è il presente documento che si sviluppa in tre capitoli: il primo contiene la fotografia del territorio (demografica, sociale e sanitaria); il secondo illustra le scelte strategiche con l'indicazione delle priorità, tenuto conto dei bisogni emergenti e delle risorse disponibili e facendo riferimento agli indirizzi del PSSR, e la sintesi delle schede operative; il terzo descrive la metodologia utilizzata ed il monitoraggio.

La scelta di un formato snello e l'uso di un linguaggio il più possibile piano, con l'inserimento di una legenda per le sigle e di un indice analitico per fornire una spiegazione sintetica di concetti/progetti particolarmente ricorrenti o significativi, è stata fatta per consentire a chiunque di comprendere i contenuti.

Un'ultima, ma non secondaria, sottolineatura riguarda la sperimentazione del metodo Community Lab. per l'implementazione di alcune schede operative.

Generalmente quando si licenzia un documento, il respiro è liberatorio perché si è arrivati in fondo.

Per quanto riguarda il PdZ è esattamente il contrario. Siamo all'inizio di un lavoro nel quale siamo tutti impegnati e del quale tutti dobbiamo dar conto.

Fiduciosi nella collaborazione di tutti, auguriamoci un buon lavoro

Azienda USL di Modena
Il Direttore del Distretto di Modena
Dr. Andrea Spano'

Comune di Modena
L'Assessora al Welfare
Dr.ssa Giuliana Urbelli

Indice sigle

1. **AMA:** gruppi di Auto Mutuo Aiuto
2. **AUSL:** Azienda Unità Sanitaria Locale
3. **BdS:** Budget di Salute
4. **CAPP:** Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'UniMORE
5. **CAS:** Centri di Accoglienza Straordinaria
6. **CdS:** Casa della Salute
7. **CE:** Comunità Europea
8. **COM:** Centro Oncologico Modenese
9. **CP:** Cure Palliative
10. **CRA:** Centro Residenza Anziani
11. **CSM:** Centro di Salute Mentale
12. **CTSS:** Conferenza Territoriale Socio Sanitaria
13. **DACP:** Dipartimento Aziendale Cure Primarie – AUSL
14. **DAL:** Deliberazione Assemblea Legislativa
15. **DPCM:** Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri
16. **DSM:** Dipartimento Salute Mentale - AUSL
17. **DSP:** Dipartimento Salute Pubblica - AUSL
18. **EELL:** Enti Locali
19. **LR:** Legge Regionale
20. **LdV:** centro Liberiamoci dalla Violenza
21. **HL:** Health Literacy
22. **MMG:** Medici di Medicina Generale
23. **MSNA:** Minori Stranieri Non Accompagnati
24. **NIPIE:** Neuropsichiatria Infantile e dell'età Evolutiva - DSM
25. **OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità
26. **OsCo:** Ospedale di Comunità
27. **PAI:** Piano di Assistenza Integrato
28. **PASSI:** Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
29. **PIPPI:** Programma d'Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione
30. **PIT:** Piano Integrato Territoriale
31. **PLS:** Pediatri di Libera Scelta
32. **PN:** Punti Nascita
33. **PRP:** Piano Regionale della Prevenzione
34. **PSS:** Piano Socio Sanitario
35. **PUASS:** Punto Unico di Accesso Socio Sanitario
36. **REI:** Reddito d'Inclusione
37. **RES:** Reddito di Solidarietà
38. **SerT:** Servizio Tossicodipendenze
39. **SFD:** Senza Fissa Dimora
40. **SIA:** Sostegno per l'Inclusione Attiva
41. **SPRAR:** Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati
42. **SSN:** Servizio Sanitario Nazionale
43. **STAM:** Servizio di Trasporto Assistito Materno
44. **STEN:** Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale
45. **TAO:** Terapia Anticoagulante Orale
46. **UE:** Unione Europea
47. **UCPD:** Unità di Cure Palliative Domiciliari
48. **UDP:** Ufficio di Piano
49. **UVM:** Unità di Valutazione Multiprofessionale

Indice analitico

- **Auto Mutuo Aiuto (gruppi AMA):** sono espressione della comunità che si auto organizza riconoscendo il sapere esperienziale che accomuna la persone che si ritrovano a questi incontri. L'AMA è un modo di trattare con i problemi che ciascuno si trova a fronteggiare di volta in volta nella propria vita: malattia, separazione, dipendenza, lutti, disturbi alimentari, disturbi dell'umore, problemi affettivi, tensioni, ecc. Parlare di questi problemi con altre persone che hanno attraversato tali esperienze può aiutare ad affrontare le difficoltà quotidiane e ad imparare a riconoscerle per il futuro. Nel gruppo le persone si attivano e si aiutano portando qualcosa di sé, della propria storia ed esperienza. I gruppi sono aperti a chiunque ne voglia fare parte.
- **Audit:** deriva dal termine latino *audio* (ascolto) e richiama ad un processo di ascolto e partecipazione. In ambito sanitario l'audit clinico è lo strumento che permette di verificare le capacità di fornire e mantenere livelli assistenziali di qualità elevata, valutando e misurando le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti.
- **Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche (CAPP - UNIMORE):** svolge ricerche e attività di consulenza per enti pubblici e privati sulle politiche sociali e fiscali, con particolare attenzione allo studio degli effetti distributivi. A questa area di ricerca se ne sono affiancate nel corso degli anni altre che riguardano il benessere, l'innovazione e sistemi territoriali, le discriminazioni di genere, l'economia della cultura. Il centro di ricerca costruisce e utilizza modelli di microsimulazione per l'analisi applicata e conduce dal 2000 ICESmo, l'Indagine sulla condizione economica e sociale delle famiglie della provincia di Modena
- **Casa della Salute:** è da intendersi come la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della salute, alcune di natura amministrativa, altre di natura sanitaria e altre ancora di natura sociale. La Casa della Salute è un modello che si adatta alle caratteristiche del territorio e non il contrario.
- **Circle of security (COS):** è un particolare programma di intervento di genitorialità basato sulle evidenze scientifiche fornite dalla Teoria dell'Attaccamento. Questo programma d'intervento, rivolto a gruppi di genitori, risulta particolarmente indicato per la fascia d'età che copre la prima infanzia.
- **Community Lab:** è un metodo con il quale la Pubblica Amministrazione stimola e sostiene l'innovazione di diversi processi istituzionali rilevanti per le proprie politiche e dove è necessario produrre il cambiamento. L'andar per "casi locali" – articolato in allestimenti laboratoriali regionali per la riflessione ed il confronto tra i diversi territori coinvolti – produce in modo contemporaneo e sinergico riflessione ed azione.
- **Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (CTSS):** è l'organismo che permette alle Autonomie Locali di svolgere il ruolo loro assegnato dal governo del sistema sociale e sanitario. Il D.lgd 229/99 di riforma del servizio sanitario, ridisegna un nuovo modello di relazioni tra Regione, Enti Locali e Aziende Sanitarie basato sul pieno coinvolgimento di ciascun livello di governo al processo decisionale e su di una effettiva cooperazione/collaborazione tra ogni attore del sistema. In particolare agli Enti Locali territoriali, quale sede istituzionale in cui si esprimono le esigenze della collettività, è demandata la valutazione e la verifica del grado di coerenza della politica dei servizi e della salute. In particolare, ciò si traduce nella specificazione locale degli obiettivi di salute, nella partecipazione alla definizione degli indirizzi, nella verifica e vigilanza delle attività delle Aziende Sanitarie. Alla CTSS di Modena fanno parte i 47 Comuni della provincia ed è attualmente presieduta dal Presidente della Provincia e dal Sindaco di Carpi, entrambi CoPresidenti di questo organismo. La CTSS è dotata di un Ufficio di Presidenza di cui fanno parte i sindaci dei Comuni Capi Distretto e il Presidente della Provincia. Sono invitati permanenti i Direttori delle Aziende Sanitarie del territorio.
- **Cure Palliative:** palliativo deriva dal vocabolo latino *pallium* che significa mantello; il mantello avvolge, protegge. Le cure palliative, nate circa 30 anni fa in Inghilterra, sono la cura globale e multidisciplinare per i pazienti affetti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e di cui la morte è diretta conseguenza. Nelle cure palliative il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di importanza fondamentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità le riconosce come "[...] un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale."
- **Empowerment:** processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e/o i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale. La consapevolezza, acquisita dalle persone, consente

d'intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale in grado di trovare risposte, anche innovative, ai bisogni individuali/comunitari.

- **Dopo di Noi:** L. N. 212/2016, stabilisce la creazione di un fondo per l'assistenza e il sostegno ai disabili privi dell'aiuto della famiglia e agevolazioni per privati, enti e associazioni che decidono di stanziare risorse a loro tutela. Sgravi fiscali, esenzioni e incentivi per la stipula di polizze assicurative, trust e su trasferimenti di beni e diritti post-mortem.
- **Health Equity Audit:** è un processo che serve ad identificare quanto equamente i servizi e le risorse siano distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali e, di conseguenza, a individuare le azioni prioritarie da mettere in campo per fornire servizi equi per la popolazione. È uno strumento di programmazione socio - sanitaria per combattere le iniquità, che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare una pianificazione dei servizi che preveda una distribuzione delle risorse in base al bisogno di salute.
- **Health Literacy:** secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado di capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni necessarie per promuovere e/o mantenere un buono stato di salute. È nata negli Stati Uniti negli anni '80.
- **HUB&SPOKE:** Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "HUB & SPOKE" - letteralmente mozzo e raggio) che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).
- **ISEE:** è l'indicatore che serve per valutare e confrontare la situazione economica dei nuclei familiari che intendono richiedere una prestazione sociale agevolata. L'accesso a queste prestazioni, infatti, come ai servizi di pubblica utilità a condizioni agevolate (telefono fisso, luce, gas, ecc.) è legato al possesso di determinati requisiti soggettivi e alla situazione economica della famiglia.
- **L.R. 14/2015 - DISCIPLINA A SOSTEGNO DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO E DELL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ E VULNERABILITÀ, ATTRAVERSO L'INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI PUBBLICI DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI** - in sintesi ha lo scopo di: promuovere e sostenere l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità di cui all'articolo 2; realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi definendone i presupposti istituzionali, organizzativi, strumentali, gestionali e metodologici e assicurando e favorendo la più ampia integrazione tra enti e servizi pubblici, al fine di offrire alle persone individuate prestazioni adeguate, in considerazione dei bisogni emergenti. Al fine di perseguire tali obiettivi, la Regione Emilia-Romagna promuove azioni volte a: individuare e fornire idonee prestazioni di sostegno, occupazionali, sociali e sanitarie, a fronte delle nuove emergenze palesatesi in tali ambiti; ottimizzare l'impiego delle risorse, strumentali e di personale, al fine di incrementare e migliorare le prestazioni offerte; realizzare sinergie con soggetti privati, ove ciò sia funzionale al raggiungimento degli obiettivi perseguiti, dedicando particolare attenzione al settore del "privato sociale".
- **Medicina d'iniziativa:** è un approccio metodologico alla presa in carico e al processo di cura del paziente caratterizzato dalla interazione tra il paziente reso esperto ed un team mono-multiprofessionale. Consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo ad attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce ed al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne la comparsa, l'evoluzione e prevenirne le complicanze. Si basa sulla identificazione delle patologie e delle condizioni di disagio socio-assistenziale, valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale del singolo paziente e stratificazione del rischio/gravità dello stato di salute/malattia del paziente e su diversi livelli di intensità assistenziale.
- **Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA):** sono i minori che si trovano sul territorio italiano privi di tutela e di rappresentanza legale, non avendo nessun parente di riferimento presente. Per questi minori il Comune è tenuto per legge a garantire tutti gli interventi socio-educativi e assistenziali necessari, assumendo le funzioni di tutela conferita dal Giudice Tutelare al Sindaco. I minori generalmente vengono affidati al servizio sociale dalle forze dell'ordine, nel momento immediatamente successivo al ritrovamento. Il servizio sociale provvede al collocamento in emergenza dei minori affidati. Per ogni minore, viene accertata l'età e per tutti i ragazzi che risultano effettivamente minorenni viene redatto un progetto personalizzato. La finalità del progetto è quella di garantire ad ogni minore l'opportunità di integrarsi nel territorio italiano. Il Comune svolge un intenso lavoro di ricerca dei parenti eventualmente presenti sul territorio che possano garantire loro l'accoglienza svolgendo tutte le funzioni che consentono ai ragazzi di diventare adulti. Il servizio lavora inoltre per sostenere quelle famiglie italiane e straniere che pur non essendo legate al ragazzo da legami di parentela sono disponibili ad accoglierli nella propria casa e a svolgere le funzioni genitoriali.

- **Ospedale di Comunità (OsCo):** sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Le persone assistite sono pazienti prevalentemente con patologia cronica, provenienti da una struttura ospedaliera per acuti o riabilitativa, che clinicamente possono essere dimessi, ma non sono in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa; pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio.
- **Peer Education:** è un metodo educativo attraverso il quale, in un gruppo, alcuni soggetti (*peer educator*) vengono scelti e formati per svolgere il ruolo di educatore nei confronti degli altri membri dai quali sono percepiti come loro simili per età, condizione lavorativa, provenienza culturale, esperienze, ecc. La *peer education* attraverso il confronto e la lente dei 'pari', ha l'obiettivo di aiutare le persone a riflettere sulle esperienze di ciascun membro del gruppo, collocarle all'interno di un quadro più ampio e definito, e di favorire lo sviluppo di un pensiero critico sui propri comportamenti.
- **Piano Regionale della Prevenzione:** E' il Piano regionale che contiene obiettivi, programmi, progetti per i prossimi anni in Emilia-Romagna sui temi della prevenzione e della promozione della salute.
- **Programma d'Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (PIPPI):** la problematica che affronta è la negligenza familiare e riguarda i bambini - 0 a 11 anni - e figure parentali di riferimento. Situazioni tipo: bambini per il cui sviluppo si sono create condizioni considerate come pregiudizievoli e preoccupanti dall'Equipe Multidisciplinare di riferimento, a ragione del fatto che vivono in famiglie all'interno delle quali le figure parentali sperimentano difficoltà consistenti e concrete a soddisfare i bisogni evolutivi dei bambini sul piano fisico, cognitivo, affettivo, psicologico ecc.; bambini per cui l'EM di riferimento, sulla base dello strumento di preavvalutazione (*pre-assessment*), ha maturato l'orientamento generale di mantenerli in famiglia in quanto potrebbero positivamente beneficiare del sostegno intensivo e globale rivolto ai bambini stessi, ai genitori, alle reti sociali informali in cui vivono, previsto dal programma P.I.P.P.I.; famiglie che ancora nutrono una positiva fiducia nell'intervento dei servizi.
- **Punto Unico di Accesso Socio Sanitario (PUASS):** è un servizio a sostegno della domiciliarità ed è il principale snodo dei percorsi sociosanitari tra ospedale e territorio, destinato a persone non autosufficienti, che vengono segnalate per bisogni socio-sanitari, in dimissione ospedaliera o provenienti dal territorio e per le quali accoglie le segnalazioni e organizza le unità di valutazione più opportune. Presso il PUASS è presente personale sanitario dell'AUSL e personale sociale del Comune di Modena.
- **REI:** il Reddito di Inclusione (REI) è una misura di contrasto alla povertà dal carattere universale, condizionata alla valutazione della condizione economica. I cittadini possono richiederlo dal 1° dicembre 2017 presso il Comune di residenza o eventuali altri punti di accesso indicati dai Comuni. Il REI si compone di due parti: un beneficio economico, erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica (Carta REI); un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà, predisposto sotto la regia dei servizi sociali del Comune. Dal 1° gennaio 2018 il REI ha sostituito il SIA (Sostegno per l'inclusione attiva) e l'ASDI (Assegno di disoccupazione).
- **RES:** È operativa la legge della Regione Emilia-Romagna sul Reddito di solidarietà (Res) rivolta a singoli e famiglie residenti in Emilia Romagna con ISEE pari o inferiore a 3.000 euro. Si rivolge ai Nuclei familiari, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in Emilia-Romagna da almeno 24 mesi, con ISEE corrente inferiore o uguale a 3.000 euro. L'accesso al Res dovrà essere accompagnato da un progetto di attivazione sociale e inserimento lavorativo, concordato e sottoscritto dai componenti maggiorenni del nucleo familiare, dal referente del Servizio sociale territoriale del Comune e, in caso di proposte per l'inserimento lavorativo, dal Centro per l'impiego.
- **Screening:** è una parola inglese che significa controllare con un esame, selezionare, setacciare. Nel contesto sanitario, vuol dire controllare la popolazione per trovare le persone che potrebbero sviluppare una malattia e che non hanno ancora disturbi o sintomi particolari. I programmi di screening oncologici sono interventi organizzati per prevenire o diagnosticare precocemente alcuni tumori in fase iniziale, cioè quando non danno nessun sintomo.
- **Sorveglianza PASSI:** nella sua accezione classica, la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica. Il sistema di sorveglianza PASSI è decollato nel 2007 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

- **Sorveglianza Passi d'Argento (PdA):** completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi sulla popolazione con 18-69 anni. Fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese e "misura" il contributo che gli anziani offrono alla società, dando sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.
- **Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR):** è costituito dalla rete degli enti locali che per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata accedono, nei limiti delle risorse disponibili, al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. A livello territoriale gli enti locali, con il prezioso supporto delle realtà del terzo settore, garantiscono interventi di "accoglienza integrata" che superano la sola distribuzione di vitto e alloggio, prevedendo in modo complementare anche misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico.
- **Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA):** dal 1° gennaio 2018 il SIA è stato sostituito dal Reddito di inclusione (REI), come previsto dalla legge delega per il contrasto alla povertà e dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, attuativo della legge delega.

CAPITOLO 1

1.1 LA FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO DI MODENA

La popolazione della città di Modena a fine 2017 ammontava a 185.273 residenti.

La crisi economica epocale, tutt'ora in corso, che ha ricadute in termini di minore lavoro e quindi ridotta capacità attrattiva, sta avendo come effetto un rallentamento della crescita della popolazione.

Modena presenta una dinamica demografica negativa, considerato che La stessa immigrazione, italiana e straniera, che costituisce la principale fonte di incremento demografico, sta subendo una progressiva decelerazione.

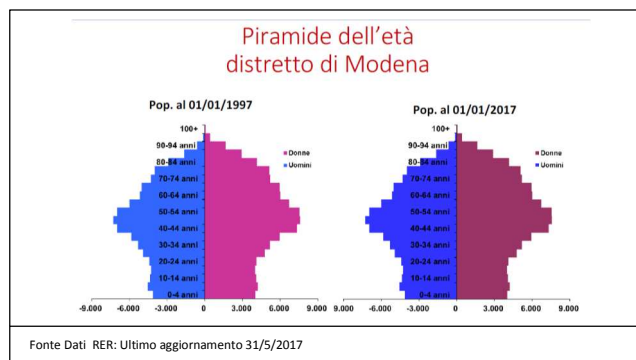
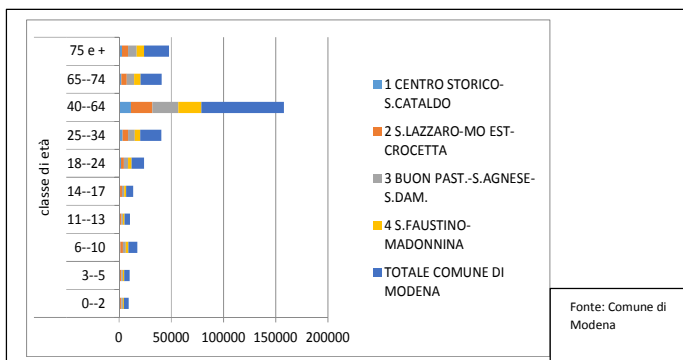
Bilancio demografico della popolazione residente

COMUNE DI MODENA – SERIE STORICA									
ANNO	MOVIMENTO NATURALE			MOVIMENTO MIGRATORIO			FINE ANNO	INCREM. POPOLAZ.	NUMERO FAMIGLIE
	Nati vivi	Morti	Saldo naturale	Immigr.	Emigr.	Saldo sociale			
2012	1.671	1.957	- 286	6.039	5.677	+ 632	186.040	+ 346	84.993
2013	1.609	1.913	- 304	5.831	7.042	- 1.211	184.525	- 1.515	83.833
2014	1.578	1.931	- 353	5.953	4.977	+ 976	185.148	+ 623	84.078
2015	1.574	2.021	- 447	5.271	4.999	+ 272	184.973	- 175	84.034
2016	1.582	2.035	- 453	5.540	5.333	+ 207	184.727	- 207	83.766
2017	1.461	2.015	- 554	6.298	5.198	+ 1.100	185.273	+ 546	84.114

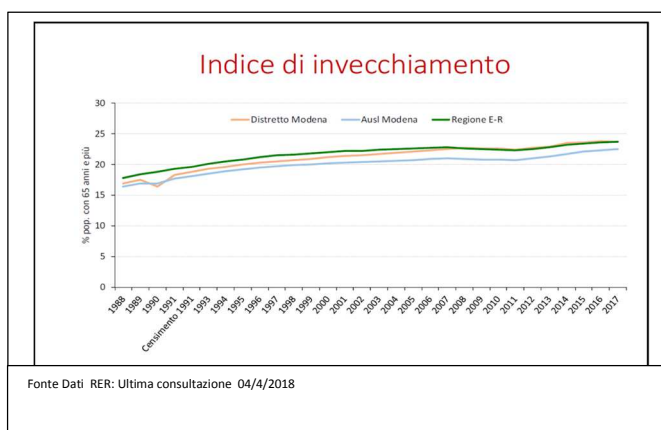
N.B. ANNO 2013: popolazione diminuita a seguito regolarizzazioni anagrafiche post censimento 2011

Popolazione residente per sesso e classi di età – Comune di Modena dati al 31/12/2016

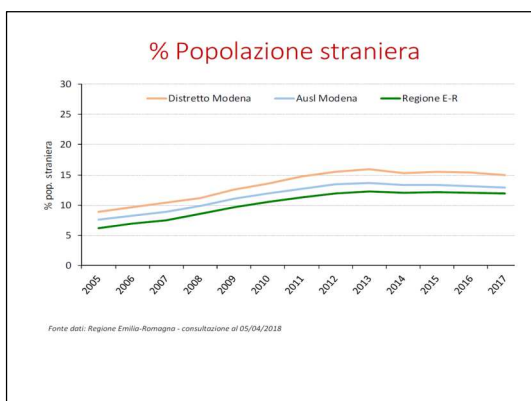
	Classi di età											Totale
	00-02	03-05	06-10	11-13	14-18	19-34	35-49	50-64	65-89	90-99	100 e+	
Maschi	2.395	2.629	4.457	2.572	4.321	15.249	19.928	18.059	17.800	763	18	88.191
Femmine	2.326	2.494	4.227	2.427	4.005	14.681	20.711	20.200	23.320	2.086	59	96.536
Totale	4.721	5.123	8.684	4.999	8.326	29.930	40.639	38.259	41.120	2.849	77	184.727



Venendo a mancare la naturale capacità rigenerativa, la struttura per età della popolazione residente a Modena non è equilibrata e questo può avere, nel medio - lungo termine, delle ripercussioni negative. Una popolazione, del resto, è in equilibrio demografico se al suo interno è in grado di riprodurre, generazione dopo generazione, la propria consistenza.



Stranieri residenti per aree geografiche – Comune di Modena 2012-2016

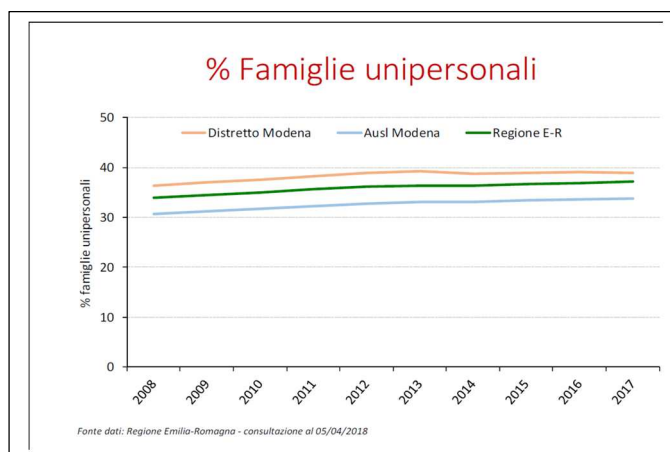


Aree geografiche	Anni				
	2012	2013	2014	2015	2016
Europa CEE	4.515	4.369	4.626	4.714	4.771
Europa extra	7.897	7.523	7.551	7.464	7.132
Africa	10.745	9.875	9.867	9.689	8.984
America	1.315	1.249	1.251	1.247	1.205
Asia	5.037	5.162	5.339	5.379	5.450
Oceania	8	5	5	6	6
Apolidi	1	1	1	1	1
Totale	29.518	28.211	28.640	28.499	27.548

L'analisi delle caratteristiche dei cittadini stranieri iscritti all'anagrafe comunale consente di evidenziare la consistenza del flusso immigratorio ufficiale. Una riflessione particolare va data all'immigrazione femminile (colf, badanti) in quanto le famiglie per rispondere alle necessità dei propri congiunti non autosufficienti preferiscono affidarsi ad assistenti familiari (badanti) sia per il benessere della persona cara sia per problemi di costi delle strutture.

La famiglia

Nella descrizione dei mutamenti della struttura media familiare oggi, oltre all'invecchiamento della popolazione, emergono altri fenomeni che vanno assumendo un rilievo sempre più determinante si assiste così, oltre l'immigrazione straniera, a nuovi comportamenti sociali quali l'aumento del numero delle coppie di fatto, dei single di età centrale, delle separazioni, dei divorzi e del numero di famiglie costituite da figli con un solo genitore.



Densità abitativa

La densità abitativa indica il numero medio di abitanti per Km², la situazione a Modena, distinta nelle diverse aree cittadine è la seguente:

Popolazione e famiglie residenti per quartiere a Modena – anno 2016*

Quartieri	N° famiglie	Popolazione residente	Superficie (Ha)	Densità (ab/ha)
1_ Centro Storico	11.758	23.375	303	77,00
2_ Crocetta, S. Lazzaro, Mo Est	21.181	48.273	4.445	11,00
3_ B. Pastore, S. Agnese, S. Damaso	27.335	60.485	5.324	11,00
4_ S. Faustino, Madonnina, 4Ville	23.492	52.594	8.291	6,00
TOTALE	83.766	184.727	18.363	10,00

*Tavola aggiornata al 15/5/2017

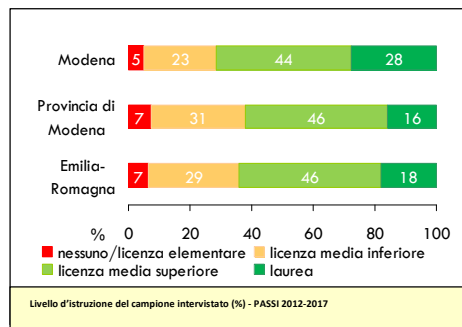
1.2 Livello socio-economico

Livello d'istruzione

Nel Distretto di Modena, dalla ricerca PASSI*, è emerso che il 28% delle persone 18-69enni intervistate ha un livello di istruzione basso: il 5% non ha nessun titolo o ha una licenza elementare e il 23% ha una licenza media inferiore.

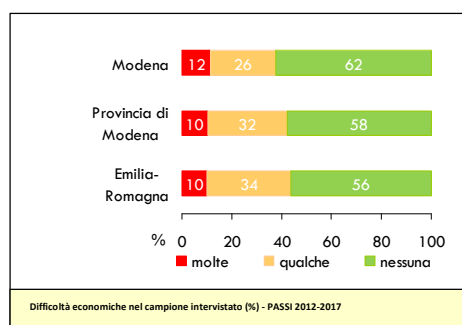
Il 71% ha, invece, un'alta istruzione: il 44% ha riferito di possedere una licenza media superiore ed il 28% una laurea o un titolo superiore; quest'ultima percentuale risulta superiore a quella provinciale (16%) e regionale (18%).

La prevalenza di persone con alta istruzione decresce con l'età, passando dal 79% nei 18-34enni al 63% nei 50-69enni, ed è superiore nelle donne (75%) rispetto agli uomini (67%).



Difficoltà economiche

Dalla stessa ricerca PASSI* è emerso che nel Distretto di Modena il 38% degli intervistati ha riferito difficoltà economiche ad arrivare a fine mese, il 26% qualche difficoltà ed il 12% molte. Il 62%, invece, non ha riportato difficoltà economiche, percentuale leggermente superiore a quella provinciale (58%) e regionale (56%).

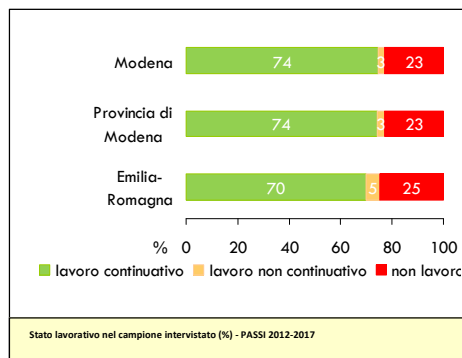


Stato lavorativo

Il mondo del lavoro ha subito una trasformazione importante dovuta sia alla crisi che, dal 2008, si è protratta per quasi un decennio colpendo in particolare alcune tipologie di lavori (es. quelli relativi all'edilizia ed indotto) sia a causa della ristrutturazione delle aziende stesse che hanno modificato le proprie organizzazioni puntando molto sulle nuove tecnologie.

Per quanto concerne lo stato lavorativo, il 74% degli intervistati di età compresa fra i 18-65 anni ha riportato di lavorare in modo continuativo (a tempo pieno o part time), il 3% in modo non continuativo e il 23% di non lavorare.

La percentuale di 18-65enni con un lavoro continuativo è simile a quella provinciale (74%) e regionale (70%); risulta, inoltre, più alta negli uomini (78%) rispetto alle donne (71%) e nella fascia d'età 35-49 anni (89%).



* Nella Ricerca PASSI, gli intervistati del Distretto di Modena sono per il 51% di donne e per il 49% di uomini; il 25% ha 18-34 anni, il 34% 35-49 anni e il 40% 50-69 anni.

La distribuzione per sesso e classi d'età del campione selezionato è risultata sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di buona rappresentatività del campione intervistato.

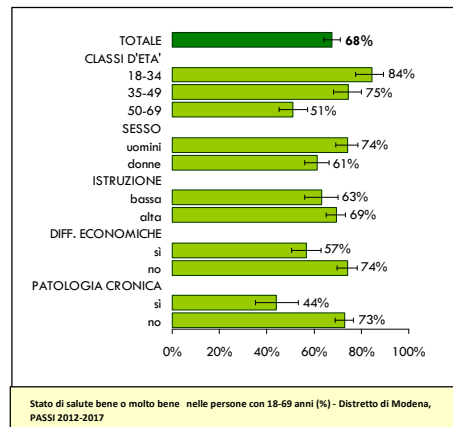
1.3 LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE A MODENA

La salute percepita

Secondo i dati PASSI nel Distretto di Modena il 17% delle persone intervistate di 18-69 anni ha riferito di stare molto bene e il 51% bene. Il 29% sta discretamente mentre il 2% male e l'1% molto male.

La percezione positiva del proprio stato di salute è maggiore tra i più giovani, gli uomini, le persone senza difficoltà economiche e senza alcuna patologia cronica.

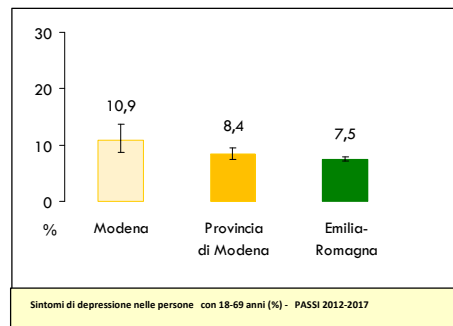
Tra le persone intervistate il 9% ha dichiarato nell'ultimo mese quattordici giorni o più in cattiva salute per motivi fisici e il 16% per motivi psicologici. Il 4% ha avuto invece limitazioni nelle attività abituali per quattordici giorni o più.



Sintomi di depressione

Nel Distretto di Modena il 10,9% degli intervistati hanno riferito sintomi di depressione con un valore leggermente superiore a quello provinciale (8,4%) e regionale (7,5%). I sintomi risultano più frequenti tra le donne (13,8%), persone con bassa istruzione (13,0%), con difficoltà economiche (16,8%) e con patologia cronica (13,5%).

Interessante notare il dato che il 31% delle persone dichiaranti sintomi di depressione non ha chiesto aiuto a nessuno; solo il 42% si è rivolto a un medico o operatore sanitario. Questi dati sono vicini a quelli registrati in tutta la provincia di Modena.



Gli stili di vita

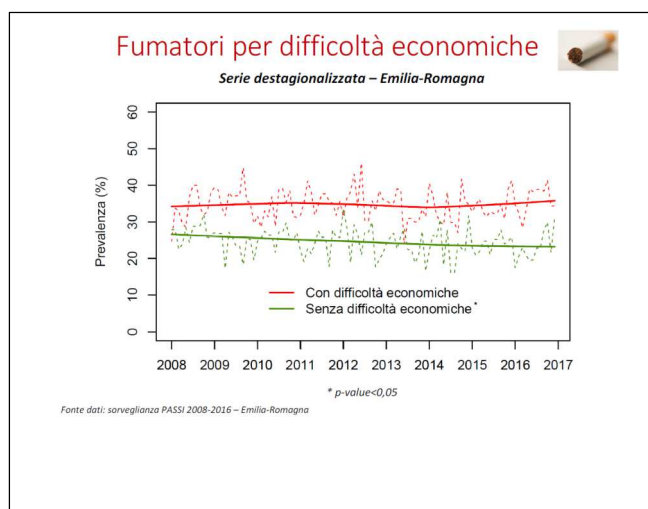
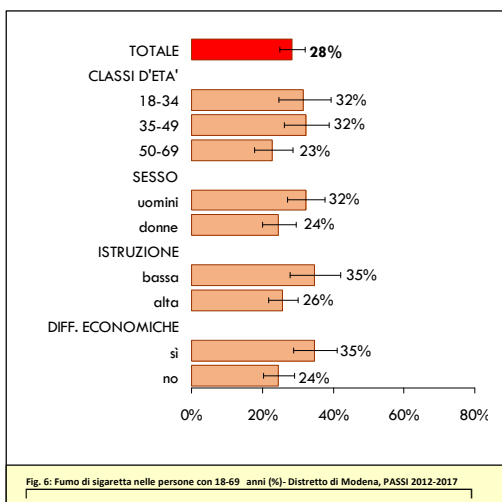
L'abitudine al Fumo di sigaretta

Secondo i dati PASSI nel Distretto di Modena il 28% delle persone intervistate tra i 18 e i 69 anni fuma sigarette. Il 23% è un ex-fumatore e il 49% non ha mai fumato. Questi valori sono sovrapponibili a quelli provinciali e regionali.



La percentuale di fumatori è più alta nei 18-34enni e nei 35-49enni (32% in entrambi), negli uomini (32%) e nelle persone con bassa istruzione (35%) e in quelle con difficoltà economiche (35%). Fig. 6 e 7

Tra i fumatori il 30% è un forte fumatore (20 sigarette o più al giorno) e il 3% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

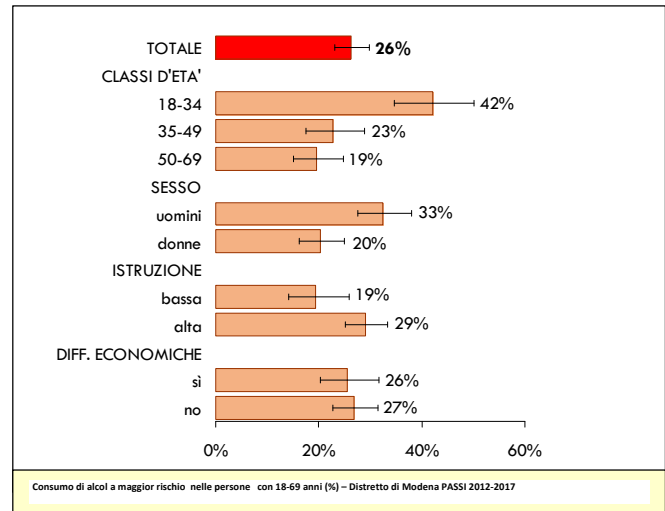
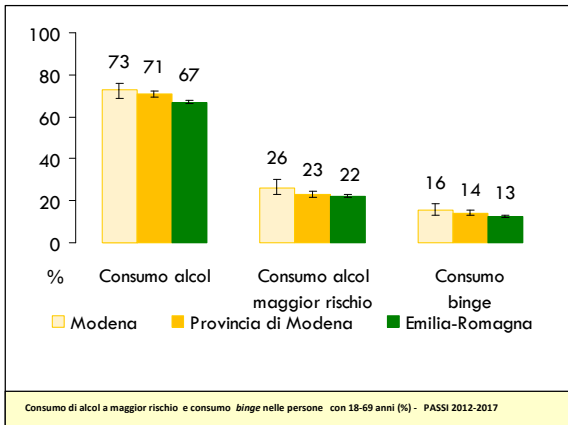


Il consumo di Alcol

Nel Distretto di Modena il 73% delle persone intervistate con 18-69 anni ha consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica (bicchiere di vino, lattina di birra, bicchierino di liquore).

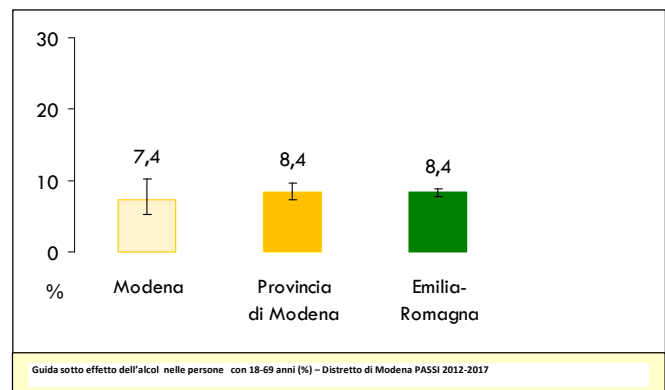
Il 26% è un consumatore di alcol potenzialmente a maggior rischio per la salute, valore di poco superiore a quello provinciale (22%) e regionale (22%). Questa percentuale è maggiore tra i più giovani (42%) e gli uomini (33%).

Il 16% è un consumatore *binge*, cioè persone che hanno riferito di aver bevuto nell'ultimo mese cinque o più unità in un'unica occasione se uomini oppure quattro o più se donne. Tale valore sale al 26% tra i 18-34enni e al 22% tra gli uomini.



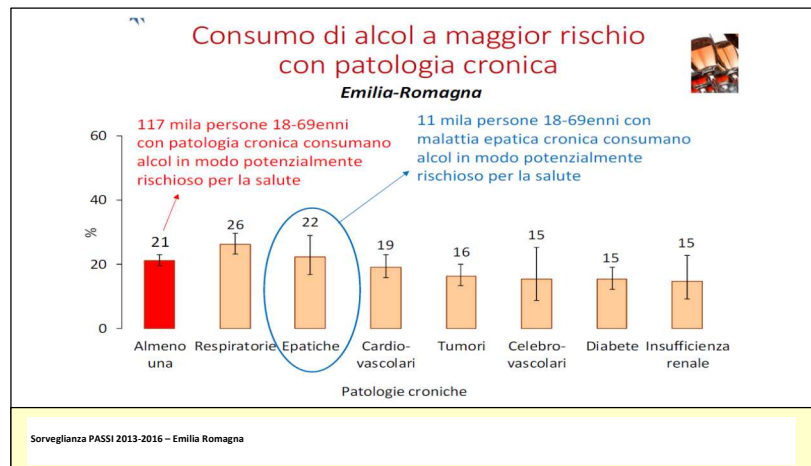
Guida sotto effetto dell'alcol

Il 7,4% degli intervistati non astemi ha guidato un'auto o una moto sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo aver bevuto nell'ora precedente due o più unità di bevanda alcolica, percentuale leggermente più bassa di quella provinciale e regionale (8,4%). Questo comportamento è stato riferito in percentuale maggiore dagli uomini (9,9%). L'8,7% è invece salito in auto o in moto con un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol, valore di poco inferiore a quello provinciale (7,2%) e regionale (6,5%).



Alcol e patologie croniche

Il consumo di alcol produce conseguenze dannose per la salute e conseguenze sociali per il bevitore, tra cui un aumento del rischio di una serie di tumori, dell'ictus e della cirrosi epatica.



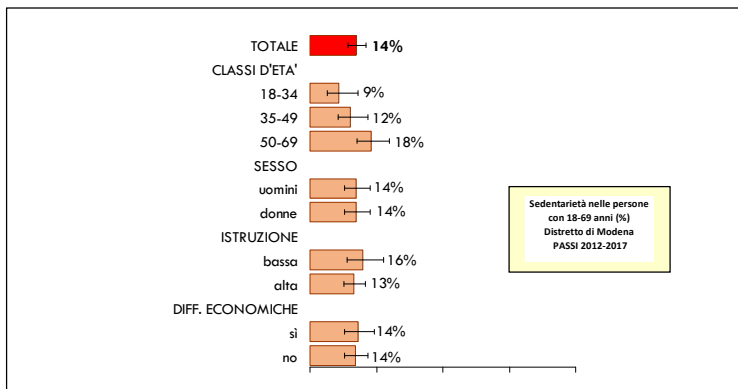
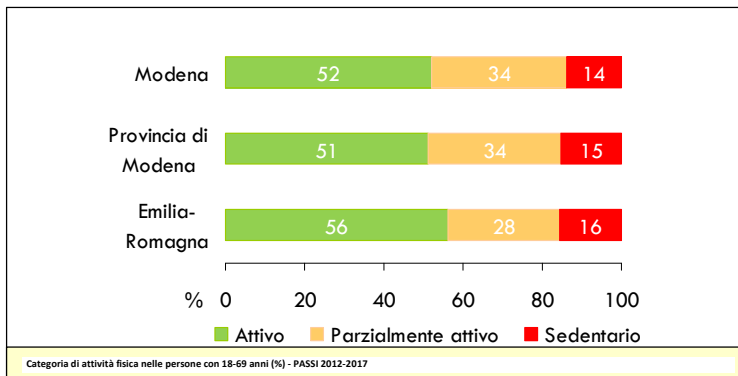
L'Attività fisica

Nel Distretto di Modena il 52% delle persone con 18-69 anni ha uno stile di vita attivo in quanto svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico oppure pratica attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati dall'OMS (attività moderata di almeno 150 minuti alla settimana oppure attività intensa di almeno 75 minuti oppure una combinazione delle due; un'attività fisica di durata inferiore a 10 minuti viene considerata nulla).

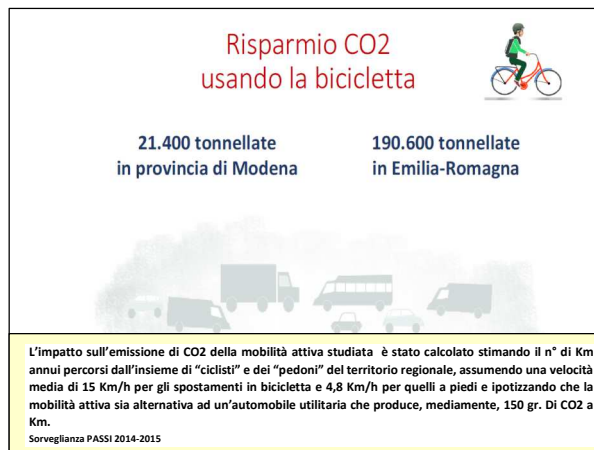
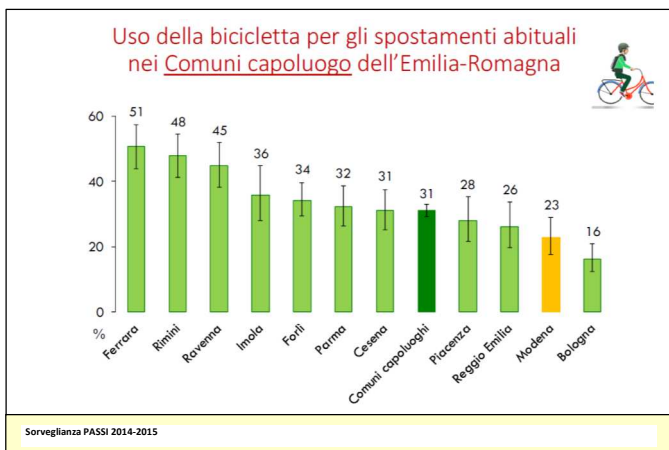
Il 34% risulta parzialmente attivo perché pratica attività fisica a livelli inferiori di quelli raccomandati dall'OMS oppure svolge un lavoro moderato dal punto di vista lavorativo.

Il 14% è completamente sedentario. La percentuale di sedentari cresce con l'età ed è di poco maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione (16%).

Il 48% dei 18-69enni intervistati fa attività fisica intensa o moderata nel tempo libero secondo le raccomandazione dell'OMS. Questa percentuale è poco superiore a quella registrata in tutta la provincia (45%) e inferiore rispetto a quella regionale (51%).

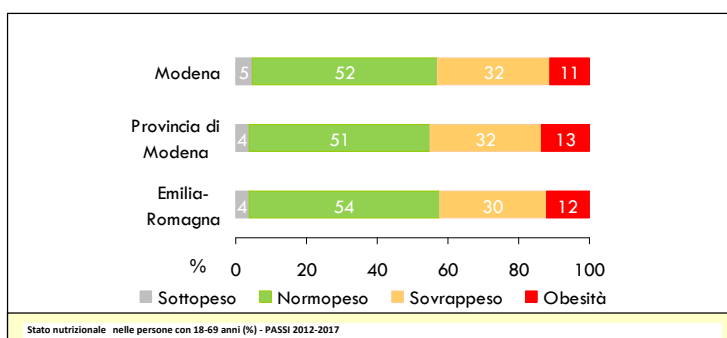


Attività fisica e sostenibilità ambientale: un esempio



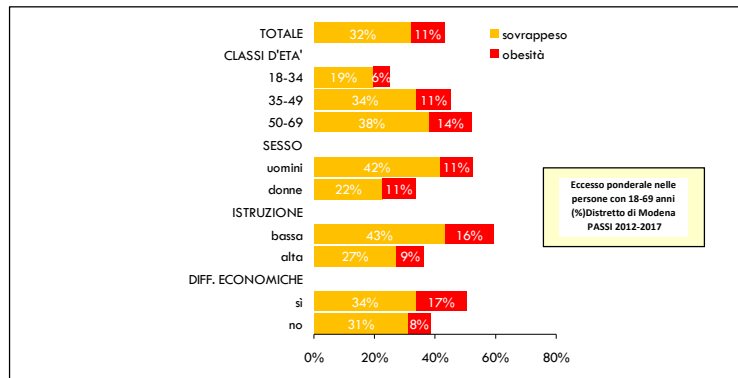
Alimentazione e Stato Nutrizionale

Nel Distretto di Modena il 52% delle persone con 18-69 anni è risultata essere normopeso e il 5% sottopeso. Il 43% è invece in eccesso ponderale (32% è in sovrappeso e l'11% presenta obesità), percentuale simile a quella provinciale (45%) e regionale (43%). L'eccesso ponderale cresce con l'età ed è più frequente tra gli uomini (53%), le persone con un basso livello d'istruzione



(59%) e quelle con difficoltà economiche (51%).

La corretta percezione del proprio peso è uno dei fattori chiave per il cambiamento del proprio stile di vita: il 9% delle persone con obesità e il 35% di quelle in sovrappeso ha una percezione non giusta del proprio peso. Inoltre solo il 20% delle persone in sovrappeso intervistate e il 31% di quelle obese segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.



Il consumo di frutta e verdura

La quasi totalità degli intervistati 18-69enni (97%) mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma solo il 9% consuma le cinque o più porzioni raccomandate. Il consumo raccomandato di frutta e verdura è basso, indipendentemente dallo stato nutrizionale riferito: è dell'8% tra le persone sotto/normopeso e del 10% tra quelle in eccesso ponderale.



La copertura vaccinale

Le coperture vaccinali nel distretto di Modena, oltre che in tutta la provincia, sono in evidente aumento rispetto all'anno 2016, per fare un esempio, al 31/12/2017 la copertura per polio e morbillo era di oltre il 92% della popolazione di riferimento. Questo risultato è dovuto all'applicazione della legge regionale sull'obbligo vaccinale per la frequenza ai Nidi e alla successiva introduzione della Lex N.119/2017. Per quanto riguarda, invece, la vaccinazione per il meningococco B, introdotta nel 2017 e non obbligatoria, evidenzia quanto la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni per prevenire malattie gravissime sia di forte adesione. Infatti a fronte di una percentuale del 60%, come obiettivo per il primo anno di promozione, a Modena siamo abbondantemente al di sopra del 80%.

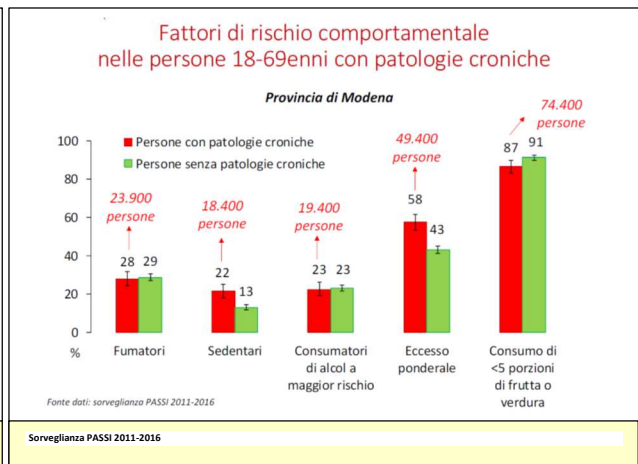
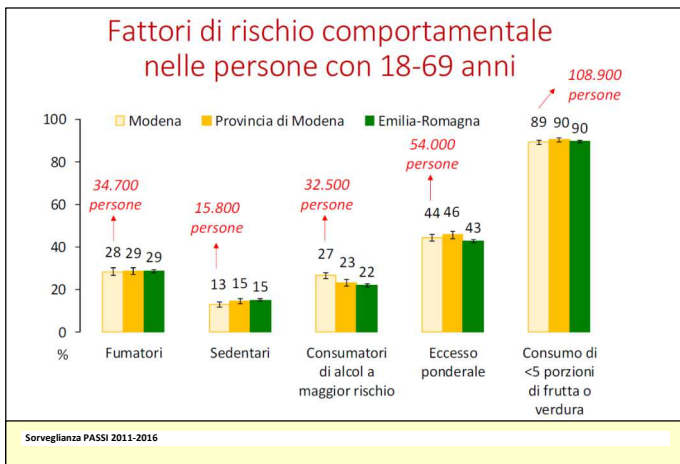
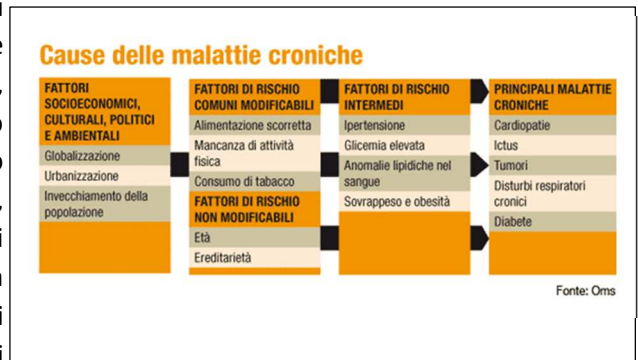
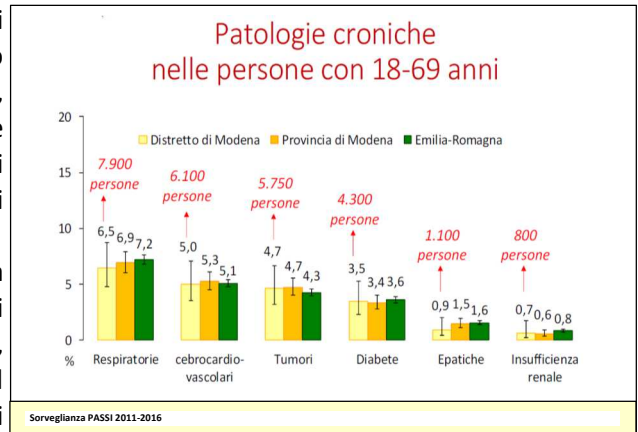
1.4 La prevenzione delle principali patologie

Patologie Croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Ci sono poi anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.

In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.



La prevenzione dei tumori

Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), oppure diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria). Un test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche

Screening è una parola inglese che significa: controllare con un esame, selezionare, setacciare. Nel contesto sanitario, vuol dire controllare la popolazione per trovare le persone che potrebbero sviluppare una malattia e che non hanno ancora disturbi o sintomi particolari. I programmi di screening oncologici sono interventi organizzati per prevenire o diagnosticare precocemente alcuni tumori in fase iniziale, cioè quando non danno nessun sintomo. Le persone in un'età a rischio sono invitate periodicamente a fare esami semplici e poco fastidiosi, i test di screening. I programmi di screening comprendono anche gli eventuali esami e le visite di approfondimento e offrono un percorso completo di assistenza e di accompagnamento nella diagnosi della malattia. Sono importanti perché, anticipare la diagnosi nelle fasi iniziali della malattia, consente di intervenire con le cure più appropriate in modo tempestivo e garantisce maggiori probabilità di guarigione e di una migliore qualità della vita. I programmi di screening, quindi, consentono di ridurre la mortalità da tumore. Gli screening attivi sono:

- Programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero è attivo a Modena dal 1996 si rivolge alle donne dai 25 ai 64 anni sia residenti che domiciliate in provincia di Modena proponendo l'esecuzione di un PAP Test ogni 3 anni o di un HPV test ogni 5 anni in relazione all'età della donna.
- Programma di screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella, dal 2010 esteso a tutte le donne dai 45 ai 74 anni, è stato avviato nel 1995 nel Comune di Modena e progressivamente esteso agli altri Comuni della Provincia.
- Programma Screening Colon Retto, coinvolge uomini e donne dai 50 ai 69 anni, fascia di età in cui il rischio di ammalarsi è più elevato.

Incidenza tumori a Modena

I tumori, per quanto riguarda gli andamenti per età, continuano a mostrare un forte gradiente età specifico sia negli uomini che nelle donne; tuttavia negli uomini l'incidenza aumenta soprattutto dopo i 50 anni (in relazione all'aumento del tumore del polmone e della prostata), nelle donne invece l'incidenza appare in aumento già a partire dai 35 anni, in gran parte correlata al tumore della mammella.

**Incidenza tumori nel distretto di Modena:
le sedi più frequenti**

Incidenza tumori nel distretto di Modena
Numero di casi e tassi standardizzati x 100.000 ab. – Anno 2014

Uomini			Donne		
Sedi	Numero casi	Tasso standardizzato	Sedi	Numero casi	Tasso standardizzato
Polmone	116	101,8	Mammella	191	172,7
Prostata	105	100,1	Colonretto	60	47,8
Colonretto	75	61,8	Tess.linfoemat.	40	37,4
Vescica	67	59,2	Polmone	36	31,2
Tess.linfoemat.	38	35,1	Corpo dell'utero	32	29,2
Rene, vie urinarie	27	25,8	Melanoma cutaneo	30	27,2
Melanoma cutaneo	25	25,5	Pancreas	26	22,7
Linfoma non Hodgkin	22	19,7	Linfoma non Hodgkin	24	21,4
Fegato	21	19,7	Tiroide	21	21,9
Pancreas	15	13,0	Ovaio	18	15,9

Registro Tumori Modena

CAPITOLO 2

2.1 Il modello di Governance locale e assetto organizzativo

Approccio comunitario e responsabilità (modello teorico di riferimento di welfare comunitario e responsabilità diffusa)

Il Distretto Socio-Sanitario di Modena ha un patrimonio di persone, amministrazioni pubbliche, associazioni e organizzazioni di rappresentanza delle imprese e dei lavoratori, che ha consentito nel tempo di costruire servizi e opportunità, di accogliere persone, di affrontare momenti di difficoltà economica e sociale.

Negli ultimi tempi la crisi economica e i mutamenti sociodemografici hanno messo alla prova la tenuta di questo sistema e oggi occorre puntare a un sistema di welfare più coeso, dinamico e partecipato, che possa affrontare i problemi attraverso la ricostruzione delle reti sociali, con la corresponsabilità degli utenti stessi e iniziative di co-progettazione in grado di fare interagire tutte le risorse economiche e umane territoriali. Al governo locale spetta un ruolo delicatissimo di ricostruzione, di regolazione dei servizi e dei soggetti della comunità, per garantire l'equità nell'accesso ai servizi, che mantengano adeguati livelli di qualità. Per poter garantire l'equità nell'accesso ai servizi l'Ente Locale e il Distretto socio-sanitario non possono svolgere solo un ruolo di regolazione attraverso l'attività amministrativa e regolamentare, ma devono garantire la presa in carico delle problematiche dell'utenza e definire i percorsi di attuazione degli interventi. Il nostro sistema locale ha creato buona occupazione, ridotto le disuguaglianze e favorito l'inclusione sociale. Oggi occorre consolidare quanto realizzato e avviare un costante adeguamento alle trasformazioni sociali che sono in atto per garantire un welfare inclusivo, aperto, abilitante, integrato e accessibile, che mette al centro le persone, le famiglie e i loro diritti, riaffermando i principi fondamentali di universalismo ed equità per contrastare le ricadute sociali della crisi economica. Il Piano per il Benessere e la salute del Distretto di Modena è quindi lo strumento per rilanciare l'innovazione e la riprogettazione, rafforzare il ruolo di governo pubblico nell'ambito del sistema partecipativo della comunità e adeguare l'assetto programmatico alle scelte del riordino istituzionale già compiute dalla Regione. Occorre oggi ridare significato e rilanciare la necessità dell'integrazione delle politiche sociali, sanitarie, abitative, del lavoro, della mobilità e dell'istruzione per affrontare le nuove emergenze sociali. Impegnarsi per la buona salute dei singoli e della comunità costituisce una risorsa significativa anche per lo sviluppo sociale ed economico e pertanto la promozione della salute deve essere parte anche dei diversi settori di intervento oltre a quelli sociali e sanitari. Si può promuovere salute solo attraverso un concreto ed efficace coinvolgimento dei cittadini nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute collettiva e individuale. L'insieme della popolazione sempre più eterogenea per provenienza, lingua, cultura, religione e condizione economica pone l'intera comunità di fronte ad una maggiore complessità ma offre anche opportunità di rafforzare la conoscenza reciproca, la coesione sociale e prevenire potenziali discriminazioni e conflittualità. Per questo il sistema di welfare locale deve garantire flessibilità, propositività verso percorsi assistenziali, cliniche e sociosanitarie integrati, semplificando procedure amministrative e avvalendosi delle risorse disponibili tra cui le nuove tecnologie e senza trascurare il valore delle risorse umane. Quindi un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità che presuppone un cambiamento di visione sia da parte dei cittadini sia da parte di chi programma, gestisce e opera nei servizi. Un cambiamento da conseguire nell'operare quotidiano che offre spazio a un sapere non solo professionale attraverso modelli e pratiche di proattività e di prossimità. Nel fare questo occorre valorizzare la comunità di professionisti competenti e in rete come strumenti di azione collettiva. L'integrazione professionale attraverso l'équipe multiprofessionale e l'approccio comunitario garantiscono la massima efficacia degli interventi e attuano linee organizzative in contesti condivisi con i cittadini. Il coinvolgimento degli operatori pubblici e privati dei servizi nei processi decisionali, l'attenzione ai processi e alle prestazioni costituiscono elementi decisivi per la creazione di una comunità di professionisti competenti, flessibili e disponibili all'ascolto e condivisione.

Infatti i cittadini sempre più richiedono protagonismo nelle decisioni che riguardano la loro salute o quella dei loro familiari. In questo contesto azioni finalizzate a prevenire, favorire il benessere personale sono anche strumento per lo sviluppo socioeconomico attraverso azioni multisettoriali, integrazione e trasversalità rispetto ai diversi gruppi di popolazione, empowerment degli individui e delle comunità. È importante quindi stimolare forme di cittadinanza attiva, ascoltare e assecondare l'autodeterminazione e l'autoaffermazione all'interno dei servizi sociali e sanitari spostando l'attenzione da modelli medico-centrico o esperto-centrico per valorizzare tutte le professioni e favorire l'integrazione con le risorse e le energie del cittadino utente, che attraverso la condivisione degli obiettivi, ai propri stili di vita, all'aderenza al trattamento diviene esso stesso strumento di cura e assistenza. Infine nell'ambito di questi processi occorre sviluppare l'assunzione di responsabilità sociale e di una impronta etica da parte del mondo della produzione non solo non profit, ma anche delle aziende e dei soggetti for profit come elemento del nostro welfare locale in grado di garantire il benessere comune anche attraverso risorse aggiuntive finalizzate a consolidare e innovare la rete dei servizi.

Integrazione istituzionale - funzioni del governo locale - e livello provinciale (CTSS, Ufficio di Supporto, Azienda USL e Azienda Ospedaliera Universitaria – Policlinico e Baggiovara)

Le modifiche del sistema delle autonomie locali, con un radicale ridimensionamento dell'ente Provincia, hanno determinato che le funzioni di snodo e comunicazione tra Regione e territori, e di coordinamento sovradistrettuale, sono assicurate dalla CTSS, mentre i Comuni associati in ambito distrettuale restano i soggetti titolari del governo locale e della realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari in quanto livello più prossimo ai cittadini. Si tratta sempre di più di intervenire in un contesto dinamico e mutevole dove i soggetti pubblici devono essere in grado di svolgere un ruolo di attivatore e facilitatore di processi capaci di innovazione sociale. Per questo i Comuni, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, le Aziende pubbliche di Servizio alla Persona devono interfacciarsi con gli altri attori della comunità per ricercare e sviluppare nuove possibili sinergie.

Il Distretto Socio-Sanitario (Comitato di Distretto, Ufficio di Piano, il Distretto ed il Direttore di Distretto)

E' l'ambito distrettuale quale articolazione delle Aziende Sanitarie e Circostrizione 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. Il distretto quindi come luogo per programmare e verificare le politiche coinvolgendo gli attori sociali sia interni alle istituzioni/organizzazioni sia esterni, per un costante confronto sulle priorità, sulle azioni innovative e sul ri-orientamento dei servizi. Gli organismi funzionali alla gestione distrettuale sono: il Comitato di Distretto, l'Ufficio di Piano e il Distretto sanitario e il Direttore dello stesso.

Comitato di Distretto

Il Comitato di Distretto svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e avvalendosi dell'Ufficio di Piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni. Il Comitato di Distretto composto dal Sindaco o suo delegato con la partecipazione dei Presidenti dei Quartieri e agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di Distretto per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale. Il Piano per la Salute ed il benessere fa riferimento, per la sua elaborazione e per la programmazione e il monitoraggio conseguente, al Comitato di Distretto di Modena e, per la sua gestione, all'Ufficio di Piano. Il Comitato di Distretto, svolge sia funzioni di governo della rete locale dei servizi sociali e socio-sanitari, sia funzioni di coordinamento, indirizzo e controllo relativamente ai servizi sanitari gestiti dal Distretto 3 della AUSL, con un forte orientamento all'integrazione, che assume valenza innovativa sia relativamente alle attività e ai servizi svolti direttamente dal Comune, (relativamente alle Politiche sociali, abitative, dell'istruzione, delle politiche giovanili), sia rispetto alle politiche sanitarie gestite dal Distretto (in relazione con le politiche scolastiche, del lavoro, della programmazione della città), tenendo conto della

necessaria integrazione con tutti i soggetti pubblici, del 3° Settore e privati che operano nei diversi settori di attività sociale. Il Comitato di Distretto quindi rappresenta l'organo di governo degli interventi e dei servizi realizzati sul territorio locale e ricompresi nel Piano per il benessere e la salute.

Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica e di governance organizzativo-gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare. È un ufficio comune tra Comune di Modena integrato con l'AUSL, attraverso la partecipazione attiva dei professionisti dell'AUSL, regolamentata con convenzione. Le funzioni, in particolare, sono:

- a. raccolta e elaborazione dei dati;
- b. coordinamento delle attività di implementazione dei sistemi informativi;
- c. supporto tecnico alle azioni di confronto e concertazione territoriale finalizzate alla definizione, al monitoraggio e alla valutazione della programmazione sociale e socio-sanitaria;
- d. attività di elaborazione degli atti di programmazione territoriale sociale, socio-sanitaria e sociale integrata con altre politiche (lavoro, casa, scuola);
- e. promozione di strategie e strumenti a supporto dell'integrazione;
- f. attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali;
- g. attività connesse al rilascio e alla revoca dell'accreditamento dei servizi sociosanitari e alla stipula dei relativi contratti di servizio;
- h. azioni di impulso e di verifica dell'attuazione della programmazione sociale e socio-sanitaria;
- i. promozione della partecipazione degli attori sociali del welfare territoriale;
- j. promuovere il coinvolgimento degli uffici scolastici e/o dei dirigenti di riferimento per territorio;
- k. collaborazione e raccordo con l'ufficio di supporto alla CTSS e con gli uffici regionali.

L'Ufficio di Piano quindi, come snodo organizzativo, vede la partecipazione dei diversi responsabili di strutture organizzative sia del Comune che della AUSL e pertanto non ha una dotazione organica aggiuntiva, se non per attività specifiche che vengono definite dal Comitato. L'Ufficio di Piano può avvalersi di competenze ulteriori rispetto alla propria articolazione presenti nel Comune e nella AUSL e dovrà rapportarsi con gruppi tecnici integrati e con l'Ufficio di supporto alla CTSS per il coordinamento tra le diverse attività distrettuali e per la gestione congiunta di azioni sovradistrettuali. L'Ufficio di Piano è integrato nell'organizzazione del Comune di Modena.

Il Distretto

Il Distretto di Modena è il luogo della formulazione della committenza, esprime il fabbisogno di assistenza territoriale in forma residenziale, ambulatoriale, domiciliare, ricompresa nei livelli essenziali di assistenza, ed è funzionale allo sviluppo di collaborazione e di relazione tra Azienda e Comune di Modena. Il Distretto è centro di riferimento per l'accesso ai servizi territoriali dell'Azienda, punto di snodo dei servizi sanitari e socio-sanitari presenti nell'ambito distrettuale per la realizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e viceversa. È dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria per assicurare la realizzazione dei servizi a livello distrettuale.

Il Direttore del Distretto

Il Direttore di Distretto risponde direttamente al Direttore Generale dell'AUSL, è nominato dal Medesimo d'intesa con il Comitato di Distretto ed è il principale interlocutore territoriale del Comune di Modena, garantendo nell'ambito del Comitato di Distretto una programmazione partecipata, promuovendo e sviluppando la collaborazione con la popolazione e le sue forme associative, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento. Pertanto il Direttore del Distretto collabora costantemente con il Comune sia in sede di programmazione che in sede di regolazione e verifica per lo sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di integrazione sociale e sanitaria e per lo sviluppo delle Case della Salute.

Il Direttore assicura lo sviluppo degli interventi socio-sanitari, compatibilmente con le risorse definite nella programmazione, con particolare riguardo al Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), garantendo il rispetto degli impegni assunti dall'Azienda. A questo fine si rapporta con l'Ufficio di Piano e con il Direttore delle attività sociali e sanitarie cui compete la funzione di coordinamento tecnico, a livello

aziendale, delle attività riconducibili all'integrazione socio-sanitaria. L'attività di committenza del Distretto assicura l'integrazione delle competenze epidemiologiche espresse dalle diverse strutture aziendali, per una corretta valutazione dei bisogni della popolazione, alla valutazione dei rischi per la salute correlati al territorio e alla valutazione dei risultati.

Il Direttore di Distretto ha il compito di perseguire gli obiettivi concordati con la Direzione Aziendale, garantendo coerenza e integrazione dell'attività dei Dipartimenti nell'ambito distrettuale e si avvale delle strutture amministrative territoriali per il raggiungimento degli obiettivi.

2.2 Scelte e priorità: i bisogni emergenti

Il nuovo Piano Sociale e Sanitario (PSS) per il triennio 2017-2019 è la leva e nello stesso tempo il motore di una nuova visione di welfare che, nell'assumere quanto di positivo è stato realizzato in passato, persegue l'ammodernamento ed il miglioramento dei servizi rispetto ad una società che negli ultimi anni è profondamente cambiata.

La riflessione sugli effetti della crisi che ha, inevitabilmente, colpito e trasformato il tessuto sociale anche della città di Modena non può essere disgiunta dal monitoraggio continuo su bisogni ed esigenze che emergono con straordinaria velocità, come accade nel resto della regione.

La dimensione sociale si sta configurando, infatti, come una dimensione strategica dello sviluppo in grado di contribuire alla promozione della cittadinanza basata sui diritti sociali; questi sono storicamente connessi allo sviluppo del welfare state, ma si presentano, al contempo, come un terreno possibile di conflitti e di ridefinizione delle modalità di gestione delle relazioni fra le diverse realtà (Enti/Associazioni, ecc.) che agiscono sul territorio. È sul terreno del welfare, ma di un welfare generativo che la scommessa dell'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie diventa più forte ed operativa. In questa prospettiva, il PSS non ha tenuto separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali per superare la logica "dei compartimenti stagni" programmando in modo trasversale (sociale e sanitario) le azioni per rispondere ai bisogni dei cittadini.

Gli obiettivi strategici

Il PSS, per indirizzare le scelte di welfare, ha individuato tre obiettivi principali su cui lavorare a livello locale nella stesura dei Piani di Zona per il benessere e la salute:

- lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà
- il Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria
- nascita e sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali, senza che vengano meno, soprattutto nella fase transitoria, gli attuali strumenti e le attuali dotazioni e collegando le innovazioni alla costante valutazione dei risultati effettivamente raggiunti.

2.3 Le schede operative: i contenuti

Il PSS, per rendere più snella e semplice la parte descrittiva e di indirizzo, ha predisposto 39 schede, afferenti ai 3 obiettivi strategici, contenenti rationale, azioni ed indicatori regionali sulla base delle quali si è lavorato a livello locale, in modo trasversale ed integrato. Alcune schede sono di esclusiva pertinenza Regionale, altre hanno uno sviluppo Comune/AUSL, solo Comune, solo AUSL; in ognuna è individuato un capofila.

Le schede sono suddivise per obiettivi strategici, non in ordine di progressione numerica, e di seguito sono riportati i macro contenuti delle schede del Piano di Azione 2018- 2020 di Modena, la forma è volutamente sintetica per rendere maggiormente fruibile il documento.

Le schede sviluppate in queste sezioni sono il frutto sia del lavoro composito ed integrato svolto dal Comune di Modena e dal Distretto Sanitario sia del confronto con cittadini, associazioni, sindacati, ecc. avvenuto durante gli incontri dei tavoli per la stesura dei Piani di Zona 2018 – 2020.

1. Obiettivo strategico: Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà

Gli uomini per essere liberi, è necessario prima di tutto che siano liberati dall'incubo del bisogno. S.Pertini

Il mondo del lavoro ha subito una trasformazione importante sia a seguito della crisi che si sta protrahendo dal 2008 sia per il forte investimento in nuove tecnologie fatto dalle aziende che ha modificato l'organizzazione del lavoro. È aumentato, di conseguenza, il numero di persone che non solo si rivolgono al Centro per l'Impiego, ma anche ai Servizi Sociali per cercare lavoro e/o chiedere aiuto. Il fenomeno riguarda soprattutto quelle persone che per motivazioni diverse – di carattere sociale, sanitario, per età, perché in possesso di competenze obsolete – sono state espulse o hanno difficoltà ad inserirsi/rientrare nel mercato del lavoro. I più a rischio di marginalizzazione sono quei cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo, senza reti parentali di supporto e che, vergognandosi dello stato in cui versano, 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, stimoli ed è fonte di relazioni interpersonali. Il Comune di Modena, per fronteggiare il fenomeno della crescente povertà dovuta alla crisi economica dell'ultimo decennio, ha ulteriormente potenziato gli interventi di contrasto alla povertà sviluppando anche collaborazioni con altri enti ed associazioni. Dal 2016 sono attive misure di contrasto alla povertà e all'inclusione attiva promosse a livello nazionale (SIA) rimodulate ed ampliate dall'inizio del 2018 (introduzione del REI) a cui si aggiungono, in una logica di accesso universalistico, misure regionali (RES). Va sottolineato che per facilitare l'inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro delle persone fragili i servizi socio- sanitari lavorano da tempo in sinergia. Al diritto lavoro si coniuga quello dell'abitare quale aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità. L'aumento della povertà assoluta, certificato dall'ISTAT e dalle indagini del Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche di UNIMORE, colpisce un numero di nuclei familiari significativamente crescente rispetto al passato, che a causa dell'insufficiente reddito disponibile, si trovano nell'impossibilità di mantenere un regolare contratto di locazione. La fragilità psico - sociale di numerosi nuclei si intreccia sempre più spesso a condizioni di disagio abitativo e obiettivo politico del Comune di Modena è sostenere le situazioni di disagio e fragilità, anche attraverso il reperimento di soluzioni abitative non di emergenza, ad esempio attraverso il recupero del patrimonio esistente. Questo per offrire opportunità di sviluppo sia di vita indipendente per le persone disabili anche con gravi limitazioni sia d'inclusione sociale.

Il tessuto sociale cittadino nel corso di questi ultimi dieci anni ha assistito anche ad una trasformazione dei flussi migratori con un decremento nel numero degli arrivi per lavoro ed un aumento dei "flussi non programmati", significativo è rimasto il numero di ricongiungimenti familiari. Accanto ad un incremento delle richieste di cittadinanza e alle trasformazioni in permessi di lungo periodo CE, la crisi economica ha avuto un impatto sulla stabilità dei titoli di soggiorno più fragili, mettendo a rischio i progetti individuali. Considerata la complessità dell'inserimento dei nuovi arrivi che presentano gradi diversi di vulnerabilità, è necessario sostenere un impianto di servizi di accoglienza ed integrazione coeso. Ancora, la presenza di un'ampia fascia di popolazione adulta di senza dimora, prevalentemente straniera, a sua volta richiede strategie atte ad intercettarla e quindi a garantire il contatto, l'aggancio, la presa in carico e l'accompagnamento ai servizi oltre che l'accoglienza residenziale a tutela della vita e dei bisogni primari, quali quello della salute. Alla fragilità, nella sua più ampia accezione fisica, economica, culturale e sociale, si associa purtroppo anche quella della discriminazione di genere e di violenza sulle donne. È quindi fondamentale agire concretamente aiutando le vittime attraverso i Servizi ad hoc presenti a Modena (Centro Antiviolenza, Liberiamoci dalla Violenza, ecc.), ma contemporaneamente sensibilizzare i cittadini e le cittadine sui temi delle pari opportunità per contrastare la violenza di genere, de-costruire gli stereotipi, introdurre concetti di cittadinanza attiva tra le giovani generazioni, introdurre concetti di pari opportunità tra gli studenti e le studentesse veicolando valori di solidarietà e rispetto. In altri termini, valorizzare il capitale sociale ed il capitale umano presenti nella città di Modena.

Scheda	Razionale	Azioni
<p>Titolo: Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili L.R. 14/2015</p> <p>Target: persone con handicap, fisico, psichico, intellettuale; in uscita da percorsi di dipendenza; con evidenti fragilità sociali quali mamme sole; inserite in percorsi di protezione umanitaria; con scarse risorse personali; disoccupate di lungo periodo; sottoposte a misure restrittive, ecc.</p> <p>Rif. Scheda N° 23 Capofila: Comune</p>	<p>Le persone con difficoltà varie – sociali, sanitarie o in possesso di competenze non più richieste dal mercato o per motivi di età – hanno difficoltà ad inserirsi o a reinserirsi nel mercato del lavoro. Per facilitare l’inserimento e il reinserimento nel mondo del lavoro delle persone fragili i servizi socio sanitari lavorano da tempo in sinergia.</p> <p>Nel 2016 è stato definito il primo Programma Integrato Territoriale (PIT) per la costruzione delle misure destinate ai progetti delle persone fragili. È stato elaborato a livello Distrettuale in maniera integrata da parte dei Servizi sociali, sanitari e del lavoro. Nel 2017 è iniziata l’attività delle equipe multi professionali la cui costituzione e funzionamento è stato oggetto di un protocollo operativo definito e sottoscritto da parte dei servizi interessati. Inoltre, per le persone che non possono beneficiare delle misure previste dalla L. R. 14/2015 il Comune e l’Azienda USL di Modena finanziano congiuntamente un appalto per l’affidamento della gestione di attività propedeutiche all’inserimento in contesti produttivi rivolte a persone fragili in carico ai servizi socio-sanitari.</p>	<p>Monitoraggio delle misure del PIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifica dell’indice di fragilità; - approvazione PIT 2018; - costituzione di un gruppo di coordinamento inter-servizi; - analisi dei progetti individuali. <p>Monitoraggio delle attività in appalto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di progettualità altamente personalizzate; - attivazione di maggiori sinergie tra i diversi sistemi/Istituzioni; - sviluppo ed implementazione di contesti formativi per tipologie di utenze specifiche. <p>Costruzione e potenziamento sinergie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento della rete di connessione con gli attori del Patto per il lavoro; - progettazione di attività di sensibilizzazione per reclutare nuovi contesti aziendali; - promozione e rafforzamento della cultura di applicazione di buone prassi di responsabilità sociale, attraverso il progetto Welfare Aziendale.
<p>Titolo: Misura a contrasto della povertà, sostegno all’inclusione attiva e reddito di solidarietà.</p> <p>Target: famiglie e cittadini residenti che si trovano in condizione di disagio e fragilità</p> <p>Rif. Scheda N° 22 Capofila: Comune</p>	<p>Il Comune di Modena, per fronteggiare il fenomeno della crescente povertà dovuta alla crisi economica, ha ulteriormente potenziato gli interventi di contrasto alla povertà sviluppando anche collaborazioni con altri Enti ed Associazioni.</p> <p>Dal 2016 sono attive misure di contrasto alla povertà e all’inclusione attiva promosse a livello nazionale (prima SIA e, dal 2018, REI) a cui si sono aggiunte, in una logica di accesso universalistico, misure regionali (RES).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistematizzazione di un metodo di lavoro (multidisciplinare) che preveda una sempre più integrata collaborazione tra le amministrazioni competenti in materia di servizi per l’impiego, tutela della salute, formazione e istruzione e altri soggetti privati; - intensificazione delle collaborazioni con il 3° Settore per aprire percorsi di attivazione sociale nell’ambito dei progetti personalizzati; - coinvolgimento di mediatori culturali nello Sportello Sociale per migliorare/qualificare l’accoglienza e l’informazione ai cittadini stranieri per metterli in grado di accedere alle misure di inclusione (progetti finanziati UE); - ampliamento e potenziamento degli interventi di orientamento al lavoro, tirocini formativi per i beneficiari delle misure di inclusione nell’ottica della legge 14/2015; - promozione di una formazione continua del personale di segretariato sociale e tecnico/professionale.
<p>Titolo: La casa come fattore di inclusione e benessere sociale</p>	<p>Il Comune di Modena ha individuato nel Patto per la Crescita un programma di azioni volte a mettere a disposizione dell’emergenza abitativa soluzioni nuove ed alloggi inutilizzati, ampliando la rete dei servizi, allo scopo di</p>	<p>Azioni per nuove forme di <i>co – housing</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - confronto e condivisione con i vari attori coinvolti sulle esperienze esistenti per far conoscere i nuovi modelli dell’abitare; - confronto e approfondimento delle nuove fragilità nei contesti famigliari;

<p>Target: cittadini residenti a Modena con specificazione che alcune misure sono rivolte a target definiti da Regolamenti Comunali e/o Regionali</p> <p>Rif. Scheda N° 24 Capofila: Comune</p>	<p>sostenere l'accesso alla casa. Il tema abitativo per la sua rilevanza sociale deve essere affrontato con molteplici interventi e azioni e chiama in causa tutti gli attori presenti sul territorio sia istituzionali che del privato sociale. Particolare interesse è stato rivolto al <i>social housing</i>: nuova sperimentazione dell'abitare legata ad un concetto di casa intesa non soltanto come spazio fisico (mura), ma soprattutto come luogo di relazioni sociali. Il salto culturale è passare dal concetto di casa a quello di abitare in cui assume un ruolo centrale la persona che occuperà il luogo con i suoi desideri e i suoi bisogni. Il Comune ha attivato un ampio ventaglio di soluzioni abitative che tengono conto delle differenti fragilità e rispondenti a bisogni diversi con sostegni differenti in relazione al tipo di risposta che si intende offrire per sostenere e supportare questi percorsi di autonomizzazione. Accanto alle formule abitative si stanno sperimentando nuovi progetti a supporto dell'abitare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento di privati (singoli e imprese) per la sostenibilità e riproducibilità di questi modelli abitativi - costituzione di reti pubblico – privato di supporto intorno al luogo di ubicazione della nuova esperienza abitativa. <p>Azioni per le soluzioni abitative tradizionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione dei Regolamenti sull'Edilizia Residenziale Pubblica (modifica canoni); - accompagnamento nel cercare soluzioni abitative diverse per i nuclei residenti negli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) decaduti per superamento del reddito; - aumento della proposta di alloggi di agenzia casa; - monitoraggio dell'avvio del progetto residence sociale; - definizione di un Regolamento per l'accesso ai mini alloggi per anziani e persone fragili.
<p>Titolo: Progetto di Vita indipendente e Dopo di noi. Maggiore sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità</p> <p>Target: persone con disabilità di diversa gravità</p> <p>Rif. Scheda N° 6 Capofila: Comune</p>	<p>Sostegno alle famiglie per il “ dopo di noi-durante noi”. Opportunità di sviluppo di vita indipendente per le persone disabili anche con gravi limitazioni. Necessità di una maggiore inclusione sociale delle persone disabili attraverso azioni di sviluppo di comunità e prossimità. Essenziale è la partnership fra i servizi socio-sanitari ed i soggetti del territorio coinvolti a vario titolo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento delle persone disabili/ famiglie nella costruzione del progetto di vita individuale; - sviluppo di una rete di comunità per offrire maggiori opportunità di accoglienza, di attività psico-educazionali per persone disabili e famiglie, di esperienze di autonomia per persone con disabilità congenita o acquisita e di percorsi di affido anche per persone disabili adulte; - realizzazione di progettualità abitative garanti nel tempo di un progetto di vita adeguato; costruzione di capacità di autonomia relazionali, anticipando il “momento di crisi”, per rendere possibile una maggiore autonomia abitativa; - promozione dell'uso dell'amministratore di sostegno e dell'adesione di volontari a svolgere questo ruolo; - garanzia di livelli adeguati di tutela, nel rispetto delle peculiarità individuale, con attività ed interventi residenziali/diurni per conservare e/o potenziare autonomie e abilità presenti; - definizione di procedure per l'accesso ai servizi diurni e residenziali nel rispetto dei principi di equità; organizzazione per famiglia e/o caregiver di momenti liberi attraverso accoglienze temporanee di sollievo; garanzia di accoglienza temporanea per emergenze; sviluppo di forme di accoglienza temporanea in Centri Socio Riabilitativi e Residenziali (CSRR).

<p>Titolo: Contrasto alla violenza di genere</p> <p>Target: donne vittime di violenza di genere, uomini che agiscono la violenza di genere, minori vittime di violenza assistita</p> <p>Rif. Scheda N° 25 Capofila: Comune/AUSL</p>	<p>La Regione Emilia-Romagna, con la L. R. N. 6/2014 “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 DAL 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>A Modena alla Casa delle Donne contro la violenza sono state accolte 303 donne che hanno subito violenza (dati al 31/10/2017). I bisogni maggiormente espressi sono: informazioni, sfogo, consigli e strategie, consulenza/assistenza legale, lavoro, ospitalità, aiuto economico.</p>	<p>Istituzione in via sperimentale di una conferenza multi-agenzia di valutazione di elevato rischio sui casi di violenza domestica tra Polizia Municipale, Questura, Carabinieri, Consultorio Familiare e Centro LDV, Servizio Sociale, Centro Antiviolenza e Associazione Donne e Giustizia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione: periodica e continuata sull’ uso di strumenti di valutazione del rischio di maltrattamento e di recidiva per tutti i professionisti della Rete; formazione regionale per la parte sulle reti e a distanza (FAD); integrata per gli operatori del Servizio Sociale Territoriale e Centro LDV AUSL di Modena; degli operatori del Servizio Sociale; - azioni di sensibilizzazione/collaborazioni condivise con i sindacati ed il mondo imprenditoriale per prevenire, gestire eventuali casi di molestie; - potenziamento delle risorse della comunità locale per sensibilizzare le famiglie ad accogliere donne/figli vittime di violenza, in caso di emergenza; - mantenimento, consolidamento dei servizi per le donne vittime/potenziamenti vittime con affidamento a terzi: sportello informativo di prima accoglienza; gestione di 2 case rifugio ad indirizzo segreto con 9 posti letto; reperibilità telefonica ed ospitalità in emergenza nelle ore di chiusura dello sportello; - mantenimento, consolidamento dei Servizi, gestiti in forma indiretta, di sostegno giuridico - legale attraverso attività gratuita di consulenza; - potenziamento delle azioni a sostegno delle donne per raggiungere autonomia, abitativa/lavorativa.
<p>Titolo: Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità.</p> <p>Target: cittadini/e, studenti, formatori, formatrici, educatori, educatrici</p> <p>Rif. Scheda N° 14 Capofila: Comune</p>	<p>Sensibilizzare i cittadini e le cittadine sui temi delle pari opportunità, contrastare la violenza di genere, de-costruire gli stereotipi, introdurre concetti di cittadinanza attiva tra le giovani generazioni, introdurre concetti di pari opportunità tra gli studenti e le studentesse veicolando valori di solidarietà e rispetto. La valorizzazione delle differenze, in un’ottica di superamento dei pregiudizi e promozione di una società multiculturale, rappresenta una sfida di rilievo per il territorio, anche rispetto alla presenza di seconde generazioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettere in grado le donne detenute nella Casa Circondariale “S. Anna” di Modena di acquisire competenze professionali attraverso il progetto: “Il cibo come condivisione di culture diverse”; - coinvolgimento delle comunità straniere, associazioni/gruppi informali, in occasioni di scambio culturale e confronto anche su temi di valore civile come la lettura della Carta Costituzionale; - supporto al gruppo di lavoro attivo all’interno del Centro Stranieri.
<p>Titolo: Azioni di contrasto dell’esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio di</p>	<p>La presenza di un’ampia fascia di popolazione adulta di senza dimora, prevalentemente straniera, dei cittadini modenesi di etnia sinti richiede l’organizzazione di un sistema di servizi per intercettare, garantire il contatto, l’aggancio, la presa in carico e l’accompagnamento ai servizi oltre che</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Progettazione di azioni individualizzate di ascolto/accompagnamento; - accoglienza di persone senza dimora in condizione di grave disagio socio-sanitario; - avvio di un servizio di Unità Di Strada dedicato alle persone Senza Fissa Dimora; - accoglienza invernale; avvio di 2 alloggi in HF;

<p>marginalità. Target: cittadini adulti, italiani e stranieri privi di residenza nel Comune di Modena, in condizioni di grave emarginazione, con fragilità multiple; cittadini modenesi di etnia sinti Rif. Scheda N° 10 Capofila: Comune</p>	<p>l'accoglienza residenziale a tutela della vita e dei bisogni primari. (Comunicazione della Commissione Europea N. 173/2011 "Quadro dell'UE per le strategie nazionali di integrazione dei Rom fino al 2020" e la LR N. 11/2015).</p>	<p>gestione diretta di strutture residenziali per adulti in condizioni di grave disagio; - gestione delle micro aree presenti sul territorio comunale per la popolazione sinti.</p>
<p>Titolo: Sostegno all'inclusione delle persone straniere neoarrivate</p> <p>Target: persone appartenenti ai Paesi Terzi, neo-arrivate in Italia e/o in condizioni di particolare vulnerabilità</p> <p>Rif. Scheda N°12 Capofila: Comune</p>	<p>Sul territorio del Comune di Modena, negli ultimi dieci anni, si è assistito ad una trasformazione dei flussi migratori: decremento del numero di arrivi per lavoro, aumento dei "flussi non programmati". Rimane un numero significativo di ricongiungimenti familiari. La crisi economica ha avuto un impatto sul riconoscimento dei permessi di soggiorno per i soggetti più fragili, mettendo a rischio i progetti individuali, accanto ad un incremento delle richieste di cittadinanza e di trasformazioni in permessi di lungo periodo CE. Considerando la complessità e i diversi gradi di vulnerabilità, si rende necessario sostenere un impianto di servizi di accoglienza ed integrazione coeso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Continuità dello sportello informativo e di orientamento presso "Ufficio Accoglienza Pubblico" del Centro Stranieri; - coordinamento della rete provinciale degli sportelli rivolti alla popolazione straniera, in raccordo con Questura e Prefettura; - raccordo, attraverso il Tavolo tecnico, tra i gestori dei Centri di Accoglienza Straordinaria rispetto alla gestione delle pratiche amministrative; - continuità nel progetto Oltre la strada/Oltre lo sfruttamento; - consolidamento e sviluppo del progetto di vita per Minori Stranieri Non Accompagnati; - continuità del Progetto Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati.
<p>Titolo: Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico</p> <p>Target: cittadini, giocatori d'azzardo patologici, familiari, esercenti di locali con giochi di azzardo, studenti e docenti, personale sanitario, sociale, educativo e associazioni territorio</p> <p>Rif. Scheda N°19 Capofila: Comune/AUSL</p>	<p>L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente con campagne pubblicitarie molto aggressive. Il risultato è un aumento sia del fatturato del settore sia del numero di persone che sviluppano dipendenza dal gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate sociali e sanitarie che mirino alla riduzione dell'offerta, dell'uso responsabile del denaro, al trattamento della dipendenza e a fermare il sovraindebitamento. Per tutelare le giovani generazioni, sempre più esposte a questo fenomeno grazie alla diffusione dei social media, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione di eventi pubblici rivolti alla cittadinanza per promuovere una sensibilizzazione efficace sul fenomeno; - responsabilizzazione degli esercenti di locali con gioco d'azzardo con momenti di sensibilizzazione, non obbligatori/non a pagamento; - valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati; - sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie con sportelli, convenzioni con Centri Antiusura, ecc.; - sperimentazione di interventi di supporto a familiari di giocatori con rete territoriale/3° Settore; - prevenzione, conoscenza del fenomeno e rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in ambito scolastico per studenti e docenti, ATA; - formazione integrata/creazione gruppo di coordinamento AUSL, EELL, Associazione di Mutuo Aiuto, ecc.
<p>Titolo: Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento</p>	<p>Il DPCM 01/04/2008 ha sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN; i principi di riferimento della riforma prevedono: "Il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario; - avvio/consolidamento della figura del promotore di salute in carcere; - promozione, in raccordo con le Istituzioni

<p>delle persone in esecuzione penale</p> <p>Target: Soggetti detenuti/internati nella Casa Circondariale di Modena e Casa di Reclusione di Castelfranco E.</p> <p>Rif. Scheda N° 8 Capofila: Comune/AUSL</p>	<p>sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”; le linee guida sono quelle emanate dalla Regione in ambito sanitario penitenziario, ed i Protocolli siglati tra Regione e il Ministero della Giustizia per l’attuazione di misure volte all’umanizzazione della pena, al reinserimento sociale delle persone detenute e ad una appropriata tutela e promozione della salute. Nell’ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d’attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-assistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.</p>	<p>competenti ed i soggetti del 3° Settore, di interventi coordinati per il miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e diretti all’umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai “nuovi giunti” e ai “dimittendi”;</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l’informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di AMA.
<p>Titolo: Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti</p> <p>Target: Cittadine/i, professionisti dell’AUSL</p> <p>Rif. Scheda N° 11 Capofila: AUSL</p>	<p>La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche. L’ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all’utilizzo dei servizi. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale. Se da un lato quindi vanno intraprese azioni di politica pubblica intersettoriali, e il Piano Regionale Sociale e Sanitario ne è un esempio in quanto agisce per modificare i determinanti sociali, dall’altro lato vanno anche considerate azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative: la questione si sposta da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all’interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione del Piano Strategico Equità da parte dell’Azienda USL di Modena; - utilizzo di strumenti e metodologie per programmare interventi a contrasto di eventuali disuguaglianze; - attività di sensibilizzazione dei professionisti; - monitoraggio degli equity audit già avviati (diabete e percorso nascita).
<p>Titolo: Medicina di genere</p> <p>Target: professionisti AUSL, Istituzioni e medici convenzionati</p>	<p>Partendo dall’approccio all’equità richiamato nella scheda 11, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema così come richiamato dalla legislazione nazionale (Lex N. 405/1975 e Lex N.194/1978) e regionale (L.R. 6/2014) si rende necessario procedere, con diverse azioni, nella sistematizzazione delle molteplici progettualità che ne possono scaturire,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione al Coordinamento regionale “Medicina di genere ed equità” presso la Direzione Generale Cura alla persona salute e welfare; - partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale ; - sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell’AUSL, compresi i medici convenzionati.

Rif. Scheda N° 9 Capofila: AUSL	nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca.	
------------------------------------	---	--

2. Obiettivo strategico: Il distretto nodo strategico per l'integrazione socio-sanitaria:

"Le reti non sono scarabocchi"

Il Distretto è sia il luogo specifico nel quale si effettua l'analisi dei bisogni e delle risorse della popolazione che consente di programmare gli interventi sia l'attore istituzionale "composito" e complesso costituito dagli Enti locali associati nell'esercizio delle funzioni sociali e socio-sanitarie e dall'Azienda Usl nella sua articolazione territoriale. È la sede della regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali. Ha l'obiettivo di tutelare la salute della persona nella sua globalità e di assicurarne una presa in carico continuativa, non limitata solo ai bisogni conclamati di natura clinico-sanitaria, ma anche a quelli di tipo sociale e socio-sanitario, durante tutto l'arco della vita. Il Distretto è il perno di tutti i nodi della rete istituzionale per cui governa i servizi incentrati sul bisogno della persona e la domanda garantendo l'assistenza primaria, ricomponendo la separazione tra elementi sanitari e socio-assistenziali, costruisce spazi permanenti di confronto tra ambiti sociali e sanitari per lo sviluppo del Welfare di comunità.

Le schede di questa area sviluppano le azioni che, nel comune di Modena, possono raggiungere i risultati attesi di benessere della popolazione - *dalla culla alla tomba* - solo se agite in modo integrato, tra i diversi servizi, e trasversale, rispetto al coinvolgimento della comunità.

Una prima *trance* di schede si focalizza su: contesto familiare per sostenere lo sviluppo pieno del bambino sin dai primissimi anni di vita; bambini con bisogni speciali; genitori in situazioni di disagio; persone che desiderano diventare genitori; accompagnamento durante la gravidanza; pre-adolescenza, adolescenza e giovani adulti con tutte le problematiche di disagio, abbandono scolastico, integrazione multi culturale, sessualità, disoccupazione o disinteresse per l'occupazione (*neet*) che connotano quelli a rischio di marginalizzazione.

Una seconda *trance* di schede pone l'attenzione sulla composizione del tessuto cittadino che, grazie al fausto aumento dell'aspettativa di vita, ha circa il 24% della popolazione di età compresa fra i 65 -99 anni, e questo richiede di essere attrezzati per affrontarne le esigenze non solo di assistenza, ma anche di sostegno all'invecchiamento attivo. Tant'è che la rete delle risorse ha dovuto continuamente rimodellarsi, in questi ultimi anni, per far fronte alla crescente complessità dei bisogni emergenti sia delle persone che dei loro caregiver. Inoltre per i servizi più strutturati il processo di accreditamento ha introdotto modalità e criteri sui quali in questi anni si è lavorato per allinearsi. A fronte dell'allungamento dell'aspettativa di vita, è stato affrontato il tema del fine vita sia in termini di accompagnamento garantito dai diversi servizi sia legislativi.

Schede	Razionale	Azioni
Titolo: Potenziamento degli interventi nei primi 1.000 giorni di vita del bambino	I primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo neurologico e psicologico del bambino/a. Interventi precoci in epoca prenatale e post-natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze. È importante perciò che la comunità adulta, nel suo complesso, acquisisca la capacità di cogliere le competenze del bambino per promuoverne lo sviluppo.	<ul style="list-style-type: none"> - Mappatura rete dei servizi/associazioni a sostegno dei genitori dalle prime settimane di vita al 2° anno di età; - conoscenza dell'offerta/modalità di lavoro di ogni attore della rete di Modena per favorire/garantire l'integrazione tra servizi; - offerta attiva dello screening della depressione e della violenza domestica nel Percorso Nascita a tutte le donne gravide residenti o domiciliate; - analisi del ruolo del Pediatra di Libera Scelta e del Medico di Medicina Generale della donna in pre/periconcepimento e gravidanza nell'individuazione precoce dei fattori e delle condizioni di rischio e di interfaccia con gli altri operatori della rete per agire interventi integrati;
Target: donne in gravidanza e		

<p>partner, genitori, bimbi, contesto familiare, educativo e sociale</p> <p>Rif. Scheda N° 15 Capofila: Comune/AUSL</p>		<ul style="list-style-type: none"> - dimissioni appropriate post partum: appuntamento con il PLS per il neonato e con l'ostetrica del Consultorio per la madre; - promozione delle competenze genitoriali, riconoscimento di eventuali situazioni "fragili" con strumenti condivisi tra PLS, Settore Istruzione, Centri per le Famiglie, Associazioni di Volontariato e Consultorio Familiare; - definizione di modalità di attivazione della rete socio - assistenziale – educativa per i casi di genitorialità "fragile" per i quali sono necessari interventi integrati di sostegno; - completamento e approvazione protocollo Dimissioni Protette e uso dell'home visiting quale strumento di sostegno alla genitorialità nei casi condivisi; - completamento e validazione del protocollo "Special needs"; - formazione integrata degli attori della rete per promuovere e sostenere l'allattamento e l'attaccamento madre-bambino; - aumento dell'empowerment delle donne e la qualità dell'assistenza con l'uso della mediazione linguistico-culturale nell'assistenza al percorso nascita; offerta corsi di lingua italiana per donne in gravidanza/neo-mamme; incontri fra mamme e papà italiani e stranieri; - promuovere/potenziare attività di sostegno alla genitorialità positiva con i progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" in integrazione tra i nodi della rete locale e provinciale ed i servizi integrativi genitori e bambini; - azioni di sostegno al ruolo paterno quale fattore di protezione; - inclusione delle Farmacie pubbliche/private nei progetti della rete per la promozione di un corretto uso del latte in formula, counselling sui farmaci da banco e non in gravidanza e allattamento; - monitoraggio sistematico delle attività svolte.
<p>Titolo: Progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti.</p>	<p>L'adolescenza si presenta come un periodo della vita molto complesso, ma la visione comune dell'adolescente come essere fragile, vulnerabile va superata. L'adolescente vive di certo profonde trasformazioni, entra infatti spesso in contrasto con il contesto familiare ed ambientale in cui vive e si espone a stili di vita che possono metterlo a rischio. E' una fase fondamentale della vita perché si stanno gettando le basi dell'identità della persona adulta.</p> <p>La fascia di età da ricomprendere nel periodo adolescenziale si sta sempre più espandendo sia anticipandone l'inizio che posticipandone la conclusione (<i>range</i> di età 11 - 25).</p>	<p>Sviluppo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una maggiore integrazione tra enti ed istituzioni con il 3° Settore e l'associazionismo; - azioni di integrazione tra Servizio Sociale, Scuola e Famiglia; - azioni di prossimità con interventi di mediazione sociale nelle zone critiche della Città rivolte a gruppi di adolescenti che manifestano comportamenti oppositivi/provocatori anche mediante esperienze di <i>peer education</i> e tenendo conto della eterogeneità di provenienza culturale; - azioni di ascolto e di coinvolgimento dei ragazzi mediante interventi di educativa di strada e attivando modalità di ascolto attivo. <p>Investire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel passaggio dei giovani verso l'età adulta (17-25) mediante l'attivazione di servizi educativi

<p>Target: preadolescenti, adolescenti giovani di età compresa tra gli 11 e 25</p> <p>Rif. Scheda N° 17 Capofila: Comune</p>	<p>L'investimento nel futuro dei ragazzi deve essere agito sia dai soggetti istituzionali (Scuola, Comune, Sanità) sia dalla comunità nel suo complesso. Nel territorio del Comune di Modena esistono numerose iniziative per la promozione del benessere in adolescenza. Si rileva però la necessità di un maggior coordinamento tra le differenti progettualità finalizzato alla costruzione di una rete che rappresenti un supporto strutturato per l'integrazione delle politiche di promozione, di sostegno e di cura dei ragazzi adolescenti e delle loro famiglie .</p>	<p>rivolti a giovani adulti che lavorino sui percorsi abitativi, formativi/lavorativi e di socializzazione con un'attenzione particolare ai cosiddetti <i>neet</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> - in azioni di "cura del territorio" (architettura educativa) per consentire ai giovani di riappropriarsi dei luoghi in cui vivono, individuando spazi sani, informali in cui possano incontrarsi e socializzare liberamente - nel far crescere in loro la consapevolezza dell'importanza di essere "cittadini attivi", capaci di scoprire le potenzialità anche di quei coetanei che vivono situazioni di disagio. <p>Potenziare le azioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrasto della dispersione scolastica collaborando con il settore istruzione; - prevenzione/promozione della salute collaborando con lo Spazio Giovani dell'AUSL di Modena per agire sia in ambito scolastico che extra scolastico; - azioni di formazione integrata per i giovani che si impegnano nella <i>peer education</i>, genitori, personale educativo/formativo, sociale, sanitario coinvolti nelle diverse progettualità.
<p>Titolo Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini . Adolescenti e neo-maggioenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione ed ella tutela</p> <p>Target: bambini e ragazzi che vivono in contesti familiari multiproblematici</p> <p>Rif. Scheda N° 37 Capofila: Comune</p>	<p>Negli ultimi anni ci si è interrogati a lungo sui percorsi di sostegno a minori che abbiano subito forme di abbandono, abuso, maltrattamento, sviluppando forme di disagio psichico per i traumi subiti. Emerge la necessità di rinforzare le capacità di sostegno delle comunità così come individuare forme di aiuto per le situazioni in affidamento familiare. Il servizio sta sperimentando con successo il modello PIPPI per la prevenzione della istituzionalizzazione dei minori. A tal fine si è valutato di sperimentare un percorso di valutazione integrata, che parte dalla analisi del bisogno (UVM), definizione del Progetto Quadro, fino alla individuazione della tipologia di comunità maggiormente adeguata e rispondente ai bisogni individuali attraverso un equipe specializzata per l'abbinamento, l'accompagnamento all'inserimento.</p>	<p>Implementazione di un comune metodo di lavoro del lavoro tra i diversi professionisti/attori istituzionali ed il 3° Settore orientato maggiormente alla prevenzione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumentare le diverse competenze specifiche professionali - diffondere in coerenza con le linee sperimentali del metodo PIPPI come metodo di lavoro - agire interventi per la protezione/tutela dei minori con disabilità accertata, con diagnosi di natura psico-patologica, vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza attraverso équipe territoriale e UVM socio - sanitaria integrata, progettazione educativa individualizzata, valutazione e attivazione di servi socio educativi integrati e/o riabilitativi - sostenere l'offerta progettuale, in integrazione con l'NPIA, per preadolescenti- adolescenti in forte sofferenza/fragilità e privazione, di interventi intensivi ed altamente individualizzati. - aggiornamento/monitoraggio Elenco dei Soggetti qualificati alla gestione di servizi residenziali o semi - residenziali per minori adolescenti con bisogni socio sanitari complessi in integrazione con l'NPIA.
<p>Titolo: Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</p>	<p>Al dato demografico della riduzione della natalità, determinato da molteplici fattori economici, sociali e relazionali, si associa l'aumento nella popolazione in età fertile dei fattori di rischio che minano la futura fertilità quali: l'abuso di sostanze, l'obesità ed</p>	<p>Formazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - a livello regionale: "Prevenzione diagnosi e follow-up endometriosi" con partecipazione dei professionisti dedicati agli Spazi Giovani Adulti del Distretto; - a livello della rete assistenziale territoriale: "Stili di vita e salute riproduttiva", per adottare

<p>Target: giovani adulti 20-34 anni</p> <p>Rif. Scheda N° 18 Capofila: AUSL</p>	<p>il sovrappeso, la diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti e le malattie sessualmente trasmesse e l' HIV.</p>	<p>nella relazione con i ragazzi/giovani adulti strumenti adeguati quali la consulenza motivazionale breve, Health Literacy ed altro;</p> <ul style="list-style-type: none"> - apertura nel Distretto di uno Spazio Giovani Adulti con personale dedicato (medici ginecologi e andrologi ostetriche, psicologi); - promozione/progettazione di interventi multipli di informazione per i cittadini target per aiutarli ad agire stili di vita salutari e per accedere ai servizi a loro dedicati; - applicazione della Delibera Regionale sulla contraccezione gratuita per le ragazze ed i ragazzi fino al compimento del 26° anno d'età, e per fasce di popolazione svantaggiata.
<p>Titolo: Sostegno alla genitorialità</p> <p>Target: mamme in gravidanza, neo genitori con particolare attenzione alle famiglie straniere o con fragilità di carattere sociale</p> <p>Rif. Scheda N° 16 Capofila: Comune</p>	<p>Il Comune di Modena assume come strategia e come metodologia di intervento le linee ministeriali approvate in Conferenza Unificata in data 29/12/2017 e la sperimentazione del modello Programma d'Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (PIPPI). L'esperienza dell'ultimo decennio fa rilevare isolamento e difficoltà sempre maggiori della famiglia che deve far fronte a momenti di crisi, anche economica, di conflittualità familiare e intra-familiare. Nelle famiglie straniere, inoltre, si manifestano i contrasti tra la cultura di provenienza e gli stimoli che, soprattutto i figli nati in Europa, ricevono dal contesto sociale. Particolare attenzione va riservata inoltre alla genitorialità sperimentata all'interno dei percorsi di affido e adozione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento delle famiglie per aumentare consapevolezza ed autonomia; - valorizzazione competenze, potenzialità e abilità delle famiglie ed ideazione di progetti ad hoc che raggiungano i bisogni delle famiglie; - diffusione con il coinvolgimento dei professionisti della metodologia PIPPI; - sviluppo dello Sportello Sociale per incentivare e qualificare l'accesso e la prossimità dei Servizi; - garanzia della presa in carico integrata sociale e sanitaria per "casi complessi"; - sostegno e sviluppo dell'offerta progettuale, con la Neuropsichiatria Per Infanzia ed Età Evolutiva, per pre-adolescenti, adolescenti e famiglie fragili; - sostegno della funzione educativa/ aiuto/recupero della famiglia se si rende necessario collocare il bambino/adolescente fuori dalla sua famiglia naturale; - aggiornamento/monitoraggio Elenco dei Soggetti qualificati alla gestione di strutture residenziali/semiresidenziali per minori/madri con bambini, aiuto/recupero della famiglia se si rende necessario collocare il bambino/adolescente fuori dalla sua famiglia naturale.
<p>Titolo: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti</p>	<p>I Punti Nascita (PN) in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell'Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017. Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati. Le gravidanze</p>	<p>Riorganizzazione della rete dei PN con adeguamento ai criteri del Protocollo Metodologico allegato al DM 11.11.2015). Riordino dell'assistenza integrata alla gravidanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bisogni sanitari: percorsi integrati Consultorio, Ospedale, Consultorio con continuità assistenziale basata sulla omogeneità dei percorsi e dei protocolli utilizzati e fondata sulla completa presa in carico della donna in tutto lo sviluppo di gravidanza, parto, puerperio ed in tutte le articolazioni utili. - Bisogni sanitari delle donne straniere: garanzia dell'accompagnamento con mediazione; garanzia di percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.

<p>Target: Tutte le donne in gravidanza ed i neonati e le loro famiglie, residenti nel territorio della Provincia di Modena.</p> <p>Rif. Scheda N° 31 Capofila: AUSL</p>	<p>che necessitano di un'assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l'età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un'assistenza specifica per la patologia di cui sono portatori. In ordine al miglioramento dell'appropriatezza, della qualità e della sicurezza del percorso nascita, l'AUSL di Modena ha realizzato quanto definito dalle vigenti normative (D.M. 70/2015; D.M. 11/11/2015 e relativo protocollo metodologico, DGR 2040/2015), procedendo alla chiusura del PN di Pavullo ed alla riorganizzazione del PN di Mirandola (mantenuto aperto in deroga). Si ritiene prioritario garantire l'assistenza a tutte le donne in gravidanza secondo il principio della completa presa in carico per tutte le fasi del percorso nascita, sia nelle situazioni fisiologiche che in quelle con fattori di rischio, comprese le diverse forme di disagio/difficoltà; l'offerta attiva di tutti i servizi del percorso nascita alle donne del territorio montano, con particolare attenzione al puerperio ed all'allattamento (<i>home visiting</i>), deve essere un obiettivo da estendere progressivamente anche all'Area Nord ed a tutto il territorio provinciale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio delle reti Servizio di Trasporto Assistito Materno e Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale. - Promozione di campagne informative per la popolazione. - Coinvolgimento dei cittadini/e ed Associazioni nella valutazione e ridefinizione dei percorsi assistenziali proposti. - Monitoraggio e promozione della valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare attraverso l'Health Equity Audit. La programmazione e realizzazione degli interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure Primarie (MMG, PLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di NPIC, Casa delle Donne contro la violenza, AMA, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).
<p>Titolo: Azioni per l'invecchiamento attivo, in salute e di tutela della fragilità nell'anziano.</p>	<p>La popolazione modenese si caratterizza per una significativa rappresentanza di ultrasessantacinquenni e per lo sviluppo di forti realtà associative che si esprimono nelle diverse aree sociali, sanitarie, culturali e solidaristiche. A sostegno della qualità della vita e di prevenzione di fenomeni di emarginazione sociale e di promozione della salute e del benessere sono promosse ed incentivate diverse attività di socializzazione, aggregazione, tutela della salute. L'obiettivo di queste attività è migliorare e tutelare la qualità della vita delle persone, prevenendo il più possibile la necessità del ricorso a prestazioni assistenziali.</p> <p>Le Attività svolte rispondono al bisogno di promozione,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione dell'attività motoria per il benessere e la salute dell'anziano segmentando, sui diversi bisogni/territori, gli ambiti di intervento di progetti già attivi condotti dal Servizio di Medicina dello Sport con la collaborazione dei MMG, Specialisti, Associazioni, Enti Locali, Società sportive con monitoraggio e supervisione per la sicurezza della somministrazione dell'attività motoria adattata ai vari contesti; - Promozione dei gruppi di cammino per anziani nei Quartieri della città ponendo attenzione ai percorsi sicuri in rete con tutti i servizi socio-sanitari e i settori dell'amministrazione comunale. - Implementazione di nuove realtà di aggregazione per la condivisione di attività motoria per la salute dell'anziano anche attraverso programmi a fine ricreativo, ludico-motorio (ginnastica dolce, ballo, fitness, ecc.). - Formazione sui benefici dell'attività motoria

<p>Target: cittadini residenti a Modena over55</p> <p>Rif. Scheda N° 20 Capofila: Comune/AUSL</p>	<p>coordinamento e sostegno alle diverse attività nuove o già presenti sul territorio, con l'obiettivo di incentivare la partecipazione della popolazione pensionata attiva e solidale, attraverso processi di informazione e socializzazione delle iniziative in percorsi condivisi.</p>	<p>per l'anziano potenziando le informazioni sui percorsi benessere perché possano essere fruiti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento delle 'attività di comunicazione ed informazione: aggiornamento della "Guida Terza Età" e della "Guida del Care Giver" e distribuzione sul territorio comunale e in rete con le Associazioni. - Incentivazione dei percorsi di volontariato per i cittadini richiedenti asilo presso le Associazioni che svolgono attività per terza età, in particolare nella cura e nella valorizzazione degli spazi verdi. - Valorizzazione delle Associazioni che promuovono, attraverso diverse attività condominiali, la partecipazione delle persone per contrastare la solitudine. - Individuazione delle situazioni di fragilità per intraprendere azioni proattive e di mantenimento dell'autonomia; - Intercettazione degli anziani con decadimento cognitivo iniziale e/o depressione/isolamento che possono trarre beneficio da interventi multimodali che favoriscono l'invecchiamento attivo.
<p>Titolo: Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</p> <p>Target: cittadini residenti nel Comune di Modena, di età di norma superiore ai 65 anni o con patologie assimilabili all'area anziani, in condizioni di fragilità o di parziale o non autosufficienza</p>	<p>Nel corso del 2017 è stato approvato il regolamento comunale per l'accesso alle Case Residenza ed ai Centri Diurni per Anziani ed i criteri di contribuzione per concorrere al pagamento dei servizi. Sono state approvate le linee guida per l'accesso temporaneo ai servizi residenziali rivolte a persone non autosufficienti in dimissione dai presidi ospedalieri. Le novità riguardano l'introduzione dell'ISEE per i criteri dati all'urgenza. Questo nell'ottica di migliorare l'equità di accesso e partecipazione al costo dei servizi per i cittadini. In riferimento a ciò l'applicazione dei nuovi regolamenti è stata illustrata/sottoscritta da tutti i famigliari che sono stati incontrati nelle Strutture e nei Centri Diurni. Per garantire una maggiore omogeneità nell'erogazione dei servizi mensilmente alle Case Residenza ed ai Centri Diurni viene richiesta da parte della committenza una verifica su alcuni indicatori che riguardano in particolare i servizi alberghieri, i controlli obbligatori sulla sicurezza, la condivisione con i famigliari dei PAI, oltre a specifici indicatori sanitari e relativi alla dotazione di personale socio-sanitario. Inoltre viene organizzata una formazione con alcuni incontri annuali da parte dell'AUSL e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sperimentazione e monitoraggio applicazione nuovo regolamento per CRA e Centri Diurni; - monitoraggio del nuovo sistema tariffario e di fatturazione; - integrazione socio-sanitaria: Dimissioni Protette/riattivazioni; - collaborazione con i reparti ospedalieri per condividere il target delle persone che necessitano di riabilitazione in CRA o che possono ultimare il percorso riabilitativo in Ospedale; - definizione con le CRA dei criteri delle proroghe per le riattivazioni; - analisi dei percorsi domiciliari per verificare la possibilità di potenziare gli interventi riabilitativi al fine di favorire il passaggio ospedale-domicilio; - controllo massiccio sulla attività socio-sanitaria all'interno delle strutture; - avvio di una nuova indagine sulla qualità percepita per ospiti/famigliari; - formazione su nuove strategie comportamentali per favorire sempre più un approccio diverso ed una "cultura" sulle patologie demenziali; - valutazione fattibilità di un Meeting Center per facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi della rete per persone con demenza e per i loro famigliari; - ridefinizione della tipologia d'utenza che può accedere agli Spazi Anziani, Centri Territoriali e Centri Diurni; - stesura regolamento per l'assegno di cura e per l'accesso e la compartecipazione al Servizio di

<p>Rif. Scheda N° 21 Capofila: Comune/AUSL</p>	<p>del Comune rivolta a tutte le Case Residenze per Anziani e Centri Diurni per favorire una cultura comune e prassi operative condivise per tutta la rete dei servizi.</p>	<p>Assistenza Domiciliare.</p>
<p>Titolo: Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete di Cure Palliative</p> <p>Rif. Scheda N° 7 Capofila: AUSL</p>	<p>La legge 38/2010 sancisce il diritto di alle Cure Palliative (CP) e alla Terapia del Dolore (TD). Successivi interventi normativi regionali forniscono alle AUSL indicazioni sulle modalità organizzative idonee per garantire tale diritto. In particolare la DGR 560/2015 e la 1770/2016 descrivono gli elementi essenziali della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP). A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, sono stati definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle CP Domiciliari di Base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e delle qualità assistenziale percepita. Domiciliari.</p> <p>A tutela delle volontà del malato terminale, nel 2017 è stata approvata la Legge n. 219 che prevede la possibilità per le persone di esprimere qualora sopravvenga l'incapacità di autodeterminarsi la decisione di sottoporsi o meno a determinati trattamenti.</p>	<p>Distretto di Modena</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto CRA: completamento dell'azione consulenziale dei MMG <i>inter pares</i> e degli Infermieri dedicati in tutte le CRA del Comune di Modena e migliore integrazione nell'UCPD. - Nodo Ambulatorio: Attivazione di un ambulatorio nel Distretto di Modena entro il 2019. - Nodo Ospedale: implementazione delle cure palliative all'interno del Policlinico/Baggiovara per garantire maggiore continuità di cura nei percorsi assistenziali, con particolare attenzione al C.O.M. - Nodo Hospice: apertura del primo Hospice territoriale in Area centro (Modena e Castelfranco) entro il 2019 come da programmazione condivisa in sede di CTSS. - Costituzione di un tavolo di lavoro integrato AUSL, Comune di Modena, Associazioni di settore ed altri soggetti per costruire un piano triennale di interventi informativi/culturali pubblici con target di popolazione differenziati. - Facilitazione dell'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative con azioni di orientamento per facilitare l'accesso ai cittadini. - Costituzione di un tavolo di lavoro integrato tra AUSL, Comune di Modena, Associazioni di settore ed altri soggetti per elaborare strategie di orientamento dei cittadini. - Sperimentazione pilota delle strategie elaborate per valutarne l'effettiva applicabilità con i soggetti coinvolti (operatori sociali e sanitari, associazioni, ecc.) - Creazione di punti di accoglienza ed orientamento in collaborazione con le Associazioni di volontariato. - Disposizioni anticipate di trattamento: il Comune (servizi sociali e demografici), l'AUSL in collaborazione con le Associazioni di professionisti coinvolti e del 3°Settore si attivano per promuovere la corretta informazione ai cittadini e la sensibilizzazione ai medici di medicina generale quali punti di riferimento principale dei pazienti.

3. Obiettivo strategico: Nuovi strumenti di prossimità e obiettivi specifici di integrazione socio-sanitaria

“Voglio dire, voglio fare, voglio esserci”

La terza area è quella di far nascere e sviluppare nuovi strumenti di prossimità e integrazione dei servizi sanitari e sociali. Le schede affrontano temi particolarmente rilevanti per l'assistenza sanitaria e sociale territoriale che va negoziata fra i partner, deve sostanziarsi in accordi di programma, essere *sostenibile* ed inclusiva poiché deve rafforzare il ruolo dei pazienti – *empowerment* - e degli operatori - a cui viene chiesto di partecipare in maniera maggiormente attiva alla produzione ed erogazione dei servizi.

Rispondono a questi requisiti: le Case della Salute in quanto portatrici di un modello integrato e multidisciplinare di intervento sociale e sanitario (D.G.R. 2128/2016), promuovono la medicina di iniziativa e la prevenzione sociale e sanitaria, valorizzano il ruolo dei MMG, dei PLS e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitano un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile; l'Ospedale di Comunità (OsCo) quale snodo intermedio tra Ospedale e Domicilio; la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Scheda	Razionale	Azioni
<p>Titolo: Case della salute e medicina d'iniziativa</p> <p>Rif. Scheda N° 1 Capofila: AUSL/Comune</p>	<p>La Casa della Salute (CdS) è un nuovo modo di lavorare che permette di assumere il modello della sanità d'iniziativa. All'interno della CdS lavorano in modo integrato diversi professionisti: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Infermieri, Ostetriche ed Assistenti Sociali. È il punto di riferimento per i cittadini sul territorio per quanto riguarda "la salute" in senso ampio, dalla promozione della salute tramite lo sviluppo di sani stili di vita, alla presa in carico integrata di patologie croniche e della non autosufficienza secondo il paradigma della medicina d'iniziativa. Ancora, è l'opportunità per riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, che contempla una modalità di erogazione dell'assistenza alternativa al ricovero ordinario, focalizzate sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensate in modo da evitare accessi multipli.</p>	<p>Prosecuzione dell'attivazione delle CdS programmate, in coerenza con la DGR 2128/2016.</p> <p>A Modena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prima CdS sorgerà nella zona Nord della Città (Via Fanti, Quartiere 2) e sarà dedicata alla salute del bambino, dell'adolescente, della donna e della famiglia. Accoglierà i seguenti servizi: Punto di accoglienza, Sportello Unico, Punto Prelievi, Assistenza Primaria con Pediatri di Libera Scelta, Ambulatorio Infermieristico, Ambulatori Specialistici, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Neuropsichiatria Infantile, Servizio Psicologia Minori e Famiglia, Sportello Sociale, Sportello Volontariato. - la seconda CdS in programmazione è la "Estense" in cui si sono ipotizzati i seguenti servizi: Punto di accoglienza, Distribuzione stomie, Punto Prelievi, Centro Terapia Anticoagulante Orale (TAO), Assistenza primaria con i MMG, Ambulatorio infermieristico. - E' infine in corso di valutazione uno studio di fattibilità per una ulteriore CDS con un orientamento alla gestione delle cronicità .
<p>Titolo: Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di Comunità (OsCo)</p>	<p>Rendere concreto il processo di integrazione fra reti cliniche/assistenziali significa ridisegnare, in simultanea, le Cure Primarie, l'Assistenza Ospedaliera e le soluzioni Residenziali o Domiciliari. La riorganizzazione dell'assistenza primaria e della rete ospedaliera deve seguire una logica di continuità assistenziale potenziando le strutture intermedie territoriali, la cui carenza, o mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'Ospedale.</p>	<p>OsCo attivi:</p> <p>Audit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appropriatezza accessi/standardizzazione delle modalità di accesso - monitoraggio risultati - ottimizzazione gestione (occupazione posti letto, re-ricoveri, ecc.) - valutazione delle modalità di dimissione ed esiti sul territorio <p>Formazione: attivata per i care giver con un corso ad hoc</p> <p>Raccolta ed elaborazione esperienza pazienti/care giver ed operatori</p> <p>Possibili percorsi MMG (CRA) OsCo</p>

<p>Rif. Scheda N° 3 Capofila: AUSL</p>	<p>L'Ospedale di Comunità (OsCo), rappresenta uno snodo intermedio, sia per l'Ospedale che per il Domicilio, i cui tratti costitutivi, possono essere sintetizzati in: servire un bacino di utenza afferente al territorio di pertinenza; non essere dotati di funzioni specialistiche; avere dimensioni ridotte; essere collocato al di fuori degli Ospedali generali; assistere pazienti in carico al MMG; trattare un case mix che può coinvolgere tutte le branche specialistiche; fornire, quando appropriato, un programma riabilitativo per il recupero delle attività, in particolare, per anziani.</p>	<p>OsCo previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione assistenza medica in OsCo - Individuazione e formazione personale di assistenza - Elaborazione e condivisione percorsi di accesso e dimissione <p>Completamento rete OsCo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi dati provenienti dal flusso informativo SIRCO e valutazione audit OsCo attivi per individuazione fabbisogno per Distretto - Valutazione ulteriore possibile fabbisogno di strutture per la realizzazione di OsCo - Valutazione fattibilità e sostenibilità <p>Presentazione dati a Direzione Aziendale, CTSS, Comitato di Distretto</p>
--	---	--

Sperimentazione Community Lab		
<p>Il Community Lab è un metodo "trasformativo" cioè prevede la produzione di conoscenza attraverso l'azione con la comunità a partire dall'attenzione forte alle dimensioni quotidiane del lavoro dove è richiesta la mobilitazione e l'attivazione di processi collettivi. Esso si basa sullo studio di casi ed è finalizzato a comprendere meglio le comunità di oggi e le possibili forme di evoluzione in materia di welfare locale grazie all'apporto dei cittadini stessi.</p>		
Schede	Razionale	Azioni
<p>Titolo: Budget di Salute (BS)</p> <p>Target: comunità Modena</p>	<p>Gli interventi di cura e riabilitazione più avanzati in Salute Mentale sono rivolti primariamente a contrastare il pericolo della neo-istituzionalizzazione attraverso metodi finalizzati alla prossimità territoriale delle cure, alla domiciliarità e alla de-ospedalizzazione degli interventi. La metodologia del BS risponde a questi obiettivi attraverso interventi di politica sanitaria diretti ad agire sui determinanti sociali della salute, a favorire l'<i>empowerment</i> e a far sì che l'utente e i cittadini siano riconosciuti come co-produttori di salute, valorizzando le risorse informali della Comunità secondo il principio della sussidiarietà. Per questo motivo attraverso l'adozione della metodologia del Comm. Lab. lo si estende anche all'area delle patologie croniche.</p>	<p>I servizi sanitari in collaborazione con i servizi sociali ed i soggetti del territorio lavoreranno per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione di quanto previsto negli accordi/convenzioni per la progettazione sociosanitaria. - Implementazione dello strumento BdS nei pazienti CSM ed in accordo con le Cure Primarie sulle patologie croniche. - Consolidamento dell'adozione del BdS con la definizione e uso di strumenti condivisi tra AUSL e Comune quali: <ul style="list-style-type: none"> a. UVM: definizione di modalità di attuazione secondo le linee guida regionali; b. PTRI: implementare lo strumento attualmente in uso associato all'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento; c. sottoscrizione di un contratto da parte dell'utente come segno concreto della partecipazione al progetto della persona; d. diffusione dell'uso del BdS per i pazienti SerT, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Psicologia clinica; e. programmazione di eventi formativi congiunti ed eventi aperti alla comunità: Community Lab;

<p>Rif. Scheda N° 4 Capofila: AUSL /Comune</p>		<p>f. sperimentazione dello strumento BdS rispetto ad altre tipologie di soggetti fragili.</p>
<p>Titolo: Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari</p> <p>Target: care giver famigliari e persone di cui si prendono cura</p> <p>Rif. Scheda N° 5 Capofila: Comune/AUSL</p>	<p>Nella cura delle persone non autosufficienti sono soprattutto coinvolti i caregiver famigliari, che spesso si trovano soli con un carico particolarmente oneroso sia a livello emotivo sia fisico. Le famiglie modenesi, nonostante le crescenti difficoltà e il progressivo isolamento e carenza di reti allargate, hanno ancora una forte tenuta rispetto alla cura dei famigliari con bisogni socio-sanitari particolari. Queste figure sono sempre più in difficoltà sia per la complessità delle situazioni che devono sostenere, sia per l'isolamento relazionale a cui sono ridotte, essendo il loro tempo completamente assorbito dagli impegni di cura. L'accreditamento delle Case Residenze e dei Centri Diurni per Anziani e Disabili ha riconosciuto al caregiver un ruolo importante e centrale. È stato fatto un lavoro di condivisione di metodologie con tutte le strutture residenziali e semi-residenziali per la fase dell'accoglienza, momento molto complesso e di incontro con le famiglie. I caregiver vengono regolarmente coinvolti nella condivisione del PAI, che viene fatto dopo il primo mese dall'ingresso e rinnovato semestralmente, o al bisogno quando le condizioni della persona cambiano. Annualmente vengono organizzati incontri con i care-giver per informarli sugli obiettivi dell'anno e i risultati ottenuti. Ragionando in termini di comunità – Centri di Residenza, Nuclei Familiari, Associazioni di Mutuo Aiuto – si è ritenuto idoneo adottare la metodologia Comm. Lab. per l'implementazione di alcune azioni.</p>	<p>Adozione della metodologia del Comm. Lab. in collaborazione con le Associazioni ed il 3° Settore per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo maggior raccordo delle forme di auto organizzazione di famigliari; - sensibilizzazione della comunità ad una maggiore accoglienza delle persone in difficoltà per ridurre l'isolamento; - sviluppo di ulteriori esperienze di forme di coabitazione che creino alleanze e collaborazione tra le famiglie; - progettazione di azioni/servizi di supporto nei momenti critici; - sostegno ai caregiver famigliari e non attraverso la rete dei servizi (assegno di cura, SAD, sollievi residenziali, ecc.); - coinvolgimento dei care giver nella redazione/realizzazione degli interventi previsti dai PEI; - programmazione nelle strutture residenziali/semiresidenziali di momenti annuali di verifica dei risultati illustrando i piani di miglioramento; - realizzazione di un'indagine di qualità percepita rivolta agli ospiti e famigliari; - garantire e sostenere la relazione affettiva e di cura delle persona disabili ed i caregiver attraverso il supporto educativo e progettuale (PAI) del personale dei servizi socio-occupazionali, diurni e residenziali e gruppi di famigliari/associazioni ad essi legati.
<p>Titolo: Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari</p>	<p>I gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) si basano sull'idea dello scambio reciproco di aiuto/sostegno attivato fra persone che sperimentano una stessa situazione di vita. I gruppi AMA perseguono la filosofia dell'<i>empowerment</i> individuale e sociale, ovvero quel processo attraverso il quale gli individui diventano protagonisti della propria</p>	<p>Adozione della metodologia del Comm. Lab. per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diffusione nei servizi del significato/valore degli AMA per inserirli in una progettualità più complessiva; -promozione e sviluppo, con un operatore/facilitatore, di AMA per genitori con la stessa esperienza per rompere l'isolamento, confrontarsi

“Una volta i bambini avevano paura del bosco, come insegnavano le favole, mentre la loro sicurezza era nelle strade, nelle città, nei cortili, ora il rapporto è cambiato. Le città sono il luogo della paura, per giocare occorrono sorveglianza, recinti, il bosco è la meta da raggiungere, lì si può giocare, si è lontani dalla città.” (F. Tonucci, La città dei bambini, Laterza 1996)

CAPITOLO 3

3.1 Processo attivato per la costruzione del PdZ

Sfiducia, lontananza, abbandono, paura di essere privati dei propri diritti fondamentali è spesso il sentire espresso dalle persone soprattutto per quanto riguarda la salute nella sua duplice accezione di “bene – essere” e “bene – stare”.

Porsi nell’ottica di coinvolgere i diversi soggetti, che concorrono alla tessitura del contesto sociale e sanitario di Modena, è la sfida che il Comune ed il Distretto sanitario hanno accettato nell’elaborare il Piano di Zona in modo partecipato.

Riprendendo la metafora iniziale e capovolgendola, si sta pensando “insieme” a progetti di welfare partecipato capaci di rendere la città un luogo dove la persona, le persone si sentono accompagnate e sicure nelle svariate dimensioni di bisogno che interpellano la cura ed il prendersi cura, sia dal punto di vista sanitario sia da quello sociale.

Attivi per il Piano di Zona 2018 - 2020
Distretto di Modena

Chi coinvolge?
L'intera comunità
Nessuno può stare solo a guardarci

Perché?
Si collabora al Bene essere della comunità

- Che cosa significa per noi star bene?
- Quali azioni possiamo mettere in campo per affrontare le situazioni di vulnerabilità e disagio sociale?
- Qual è il contributo della comunità?

Aree

- Lotta all'esclusione, fragilità e povertà
- Il Distretto nodo strategico dell'integrazione sociale e sanitaria
- Far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità: la Casa della Salute

Fasi

1. Presentazione ad Associazioni di volontariato, categoria, 3° settore, ecc. degli obiettivi e della metodologia del Piano di Zona 2018-2020 di Modena
2. Organizzazione dei tavoli di discussione/confronto sugli obiettivi prioritari
3. Restituzione ai tavoli su quanto elaborato dai suggerimenti ricevuti
4. Stesura del Piano di Zona
5. Avvio sperimentazione Community Lab

Livello Istituzionale / Livello Comunitario/ Associativo

Costruiamo strategie che valorizzino le risorse locali esistenti per affrontare insieme i problemi rilevanti per la comunità

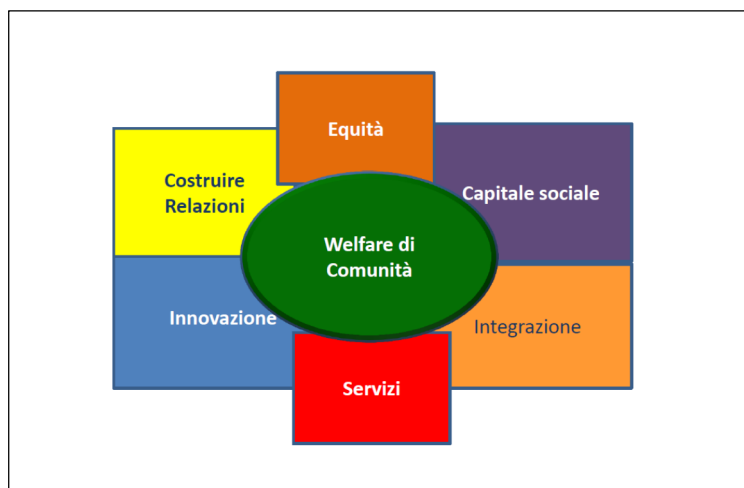
START

Nell’ambito dell’Ufficio di Piano del Distretto/Comune di Modena si è costituita una cabina di regia con il compito di coinvolgere i diversi soggetti per una stesura “attiva e partecipata” del Piano di Zona.

Si è quindi proceduto seguendo due binari:

- il primo programmatico/organizzativo dei contenuti e degli strumenti atti al coinvolgimento sia degli operatori sia dei cittadini (ass.ni, coop., ecc.) e, quindi, di raccolta/collazione dei prodotti per farli confluire nella stesura del Piano di Zona.
- il secondo di divulgazione e realizzazione degli incontri con la partecipazione attiva di operatori e cittadini

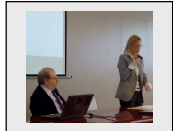
Molto importante è stato l’aver costantemente condiviso con gli operatori (Comune e AUSL) sia l’organizzazione dei tavoli sia la modalità di conduzione da parte dei facilitatori. Questo ha consentito un “lavoro sul campo” d’integrazione e trasversalità, che è uno degli obiettivi fondamentali del Piano Socio-Sanitario 2017-2019



3.2 Le fasi

0

Presentazione del Piano Socio Sanitario alla Popolazione agli operatori dell'Azienda USL e del Comune di Modena coinvolti nell'elaborazione del Piano di Zona



I

Presentazione pubblica del Piano Socio Sanitario alla Popolazione ed avvio del percorso di costruzione del Piano di Zona. Presentazione delle Aree approfondimento, discussione e calendario degli incontri (tavoli) aperti alla popolazione.



II

I Tavoli

Per favorire la partecipazione attiva dei cittadini, sulla base del Piano socio-sanitario che ha individuato 3 obiettivi prioritari, si sono organizzati i tavoli di lavoro.

Ogni obiettivo prioritario è diventato un'Area che ha sviluppato un set di tematiche (tavoli) con esso coerenti. La prima area è stata articolata in 3 tavoli, la seconda in 4 e la terza in uno.

Per ogni Area si sono effettuati 2 incontri:

- il primo, in merito ai temi affrontati, ha consentito di raccogliere i punti di forza e di debolezza
- il secondo è stato non solo il momento di restituzione dei suggerimenti accolti per la stesura del Piano di Zona, ma anche l'opportunità per ulteriori integrazioni. (Box 1)

Area/Obiettivo:
**Lotta all'esclusione,
fragilità e povertà**

"Gli uomini per essere liberi, è necessario prima di tutto che siano liberati dall'incubo del bisogno" S. Pertini

Tavolo 1: Fragilità/Lavoro

È fondamentale la sinergia fra tutti gli attori coinvolti per facilitare l'inserimento ed il reinserimento nel mondo del lavoro.



Tavolo 2: Casa/Vita indipendente/Co-Housing

Social housing, nuova concezione dell'abitare dove la casa non è solo mura, ma soprattutto relazioni, inclusione.



Tavolo 3: Violenza/Discriminazione di genere

Prevenire e contrastare la violenza contro le donne attivando un sistema efficace di protezione.



Area/Obiettivo

Il Distretto nodo strategico per l'integrazione socio-sanitaria

"Le reti non sono scarabocchi: il Distretto nodo strategico per l'integrazione socio-sanitaria"

Tavolo 1: La presa in carico nelle Cure Palliative

Informare i cittadini per facilitare l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative.



Tavolo 2: I primi 1.000 giorni di vita del bambino

La comunità adulta si assuma la responsabilità di cogliere le potenzialità dei bambini, sin dalla più tenera età, per promuoverne appieno lo sviluppo.



Tavolo 3: Progetto Adolescenza

L'investimento nel futuro dei ragazzi deve essere agito sia dalle Istituzioni – Scuola, Comune, Sanità – sia dall'intera comunità.



Tavolo 4: Anziani/Innovazione/Stili di vita

A sostegno della qualità della vita sono promosse attività di socializzazione, aggregazione, tutela della salute.



Area/Obiettivo

Nuovi strumenti di prossimità e obiettivi specifici di integrazione socio-sanitaria

"Voglio dire, voglio fare, voglio esserci. Strumenti di prossimità e innovazione socio-sanitaria: La Casa della Salute."

Tavolo: Casa della Salute

Sono portatrici di un modello integrato e multidisciplinare di intervento sociale e sanitario.



III

Recepiti i suggerimenti provenienti dai tavoli, i gruppi di lavoro composti da operatori del Comune e dell'Ausl, hanno sviluppato i contenuti (schede) per area tematica di pertinenza, quindi la cabina di regia ha collazionato il Piano di zona. Approvazione documento. Attuazione programma 2018

IV

Avvio della sperimentazione con la metodologia del Community Lab per implementare le azioni delle schede: N. 4, 5 e 28.

Attivi per il Piano di Zona 2018 – 2020
Distretto di Modena

Sperimentazione Community Lab.

Comune di Modena
QUARTIERE 3
Buon Pastore
San'Agostino
San'Antonio

Processo partecipativo

azioni tempi risultati

Tot. Residenti	N. Famiglie	Superficie (Ha)	Densità abitativa						
60.495	27.335	5.324	11,36	Pop. Età lavorativa	Indice strutturale pop. attiva	Indice di ricambio pop. attiva	Indice carico figli per donna	% Stranieri	
	Età media	Indice vecchiaia	Indice mascol.	61,44	144,00	142,97	25,42	11,88	
	46,03	194,22	89,31						

Dati al 31/12/2016

Box esemplificativo di lavoro di Tavolo

1° Incontro

Facilitatori: Operatore Comune e Operatore Ausl

0. Introduzione ai lavori:

- Presentazione dei partecipanti attraverso un gioco
- Contratto su tempi e modalità di lavoro

1. Presentazione argomento: di che cosa stiamo parlando

2. Rilevazione:

criticità

punti di forza

3. Rilevazione ipotesi evolutive

2° Incontro

- Restituzione
- Discussione
- Aggiustamenti

Gruppo di lavoro

➔



3.3 IL MONITORAGGIO

Scelta indicatori: responsabilità della raccolta del dato

Gli interventi descritti dalle schede descrivono le azioni da sviluppare nell'arco dei tre anni in modo integrato e trasversale dai diversi attori, individuano i destinatari e gli indicatori, scelti fra un ampio set fornito dalla Regione, utili per la misurazione dei risultati.

Gli operatori sociali e sanitari, partecipanti ai gruppi di lavoro per la stesura delle schede, hanno scelto gli indicatori tenendo anche conto dei suggerimenti pervenuti ai tavoli a cui hanno partecipato anche i cittadini.

Ogni scheda ha un capofila che, raccordandosi con i partner del progetto, che è responsabile della raccolta/fornitura dati per la valutazione in itinere e finale.

Indicatori Base per schede d'intervento: esempio

<p>1. Case della salute e Medicina d'iniziativa</p> <ol style="list-style-type: none"> evidenza del livello di realizzazione e programmazione delle Case della Salute nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori infermieristici); evidenza dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione); evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi; evidenza del percorso formativo regionale realizzato nelle Aziende Sanitarie. <p>2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata entro la legislatura:</p> <ol style="list-style-type: none"> adeguamento dei posti letto come da azione n. 2, target 100%; definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti, target 100%; valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppati con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali (evidenza documento, target 100%); <p>3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità</p> <ol style="list-style-type: none"> Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto; Evidenza dei percorsi di raccordo fra Ospedale e Territorio; Valutazione di impatto del modello organizzativo Ospedale di Comunità. <p>4. Budget di salute</p> <ol style="list-style-type: none"> n. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM; risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali; coinvolgimento di utenti e familiari nel programma regionale; azioni formative realizzate; (in fase matura) numero Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili. <p>5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Definizione di un programma integrato per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare, all'interno dei Piani di Zona. Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver. Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate. <p>6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi</p> <ol style="list-style-type: none"> N. ambiti distrettuali che hanno definito il Programma distrettuale per il "Dopo di Noi - Durante Noi" in attuazione della DGR 733/2016 (totale ambiti). N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016. N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti. Approvazione del bando regionale per finanziare le soluzioni abitative di cui al Programma "Dopo di noi" Legge 112/16. 	<p style="text-align: center;">Tavola riassuntiva indicatori/schede d'intervento</p> <p>7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative</p> <ol style="list-style-type: none"> N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%; Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete; Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative; Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore); N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per la CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP; <p>8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale</p> <ol style="list-style-type: none"> N° sportelli informativi attivati in carcere/numero IIPP (target 100%); N° gruppi di informazione ed educazione alla salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto, numero IIPP (target 100%); N° realizzazione di campagne di sensibilizzazione nazionali e mondiali attivate in ciascun carcere (es. giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo)/numero IIPP (target almeno uno per IP); N° interventi di inclusione lavorativa attivati in ciascun territorio dentro e fuori dagli IIPP; N° interventi per l'inclusione socio lavorativa dei minori e dei giovani-adulti in esecuzione penale nel procedimento minorile; N° enti coinvolti di terzo settore.
--	--

Es. scheda per Indicatori Locali							
Nome Indicatore	Descrizione	Situazione di Partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2018)	Tipo (può essere Numerico, testuale, Si/No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020

Modalità altre di monitoraggio

La co - progettazione con i cittadini del Piano di Zona per il benessere e la salute della città di Modena è stata molto importante. Il confronto agito, rilevazione di criticità/suggerimenti migliorativi, ha contribuito a rinforzare le basi già solide di collaborazione per realizzare insieme i progetti e, nel contempo, dar conto di quello che si realizzerà.

Sono stati concordati alcuni passaggi importanti:

1°. Presentazione pubblica ai cittadini del nuovo Piano di Zona affinché possano sia rendersi conto di quanto le loro suggestioni siano state di pungolo, in alcuni casi, e recepite in altri, sia sentirsi parte attiva per la sua realizzazione.

2°. Appuntamenti periodici con i partecipanti dei tavoli, con alcuni già sono stati programmati, per dar conto dello stato dell'arte, attivare nuove collaborazioni e, se necessario, apportare correttivi.

3°. Avvio della sperimentazione della metodologia Community Lab nel Quartiere 3 di Modena su alcune progettualità che riguardano soggetti molto fragili della popolazione. Il Budget di salute, per es., che si estenderà per la prima volta alle persone con patologie croniche che per età, condizioni di disagio sono in una condizione di estrema vulnerabilità. L'estensione non riguarderà solo i destinatari, ma la comunità che nelle sue diverse articolazioni (Farmacie, esercenti, cittadini singoli, volontariato, ecc.) potrà mettersi in gioco per attivare soluzioni nuove di risposta ai bisogni.

La verifica/monitoraggio verrà elaborato con i diversi partner, anche in termini di individuazione di modalità di raccolta dei dati che consentiranno di valutare i risultati raggiunti.

Sitografia di riferimento

- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/regione/il-fatto/il-nuovo-piano-socio-sanitario-regionale>
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/piano-sociale-e-sanitario/volumeschedePSSRweb.pdf/view>
- <https://www.comune.modena.it/servizio-statistica/pagine-tematiche/demografia>
- <https://www.comune.modena.it/genitori-a-modena/agevolazioni-economiche/res-reddito-di-solidarieta-regione-emilia-romagna>
- <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=51585#>
- <http://www.economia.unimore.it/site/home/ricerca/centri-di-ricerca/capp.html>
- <http://www.ausl.mo.it/dsp/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1580>
- <https://www.comune.modena.it>
- <http://www.ausl.mo.it>
- <http://www.aou.mo.it>
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp>
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/newsletter/2013/ospedale-di-comunita-un-nuovo-modello-per-lassistenza-sanitaria-intermedia>
- <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>
- https://www.comune.modena.it/servizio-statistica/pubblicazioni/annuari/annuario_2016/demografia/a34-popolazione-residente-per-famiglie-convivenze-e-densita-abitativa-al-31-12-2016
- <https://www.comune.modena.it/welfare/immigrati/centro-stranieri-del-comune-di-modena/progetto-rifugiati-sprar-sistema-di-protezione-per-richiedenti-asilo-e-rifugiati>
- <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/progetti-di-ricerca/p-i-p-p-i-programma-di-intervento-per-la-prevenzione-dell2019istituzionalizzazione>
- http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/labos/metodo_community_lab
- http://www.dors.it/documentazione/testo/201712/Health%20Literacy_ITA_DEF.pdf
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1
- <http://www.modenastatistiche.it>