

---

## Allegato A)

### **Accordo di programma per l'approvazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennio 2018-2020 - comprensivo del Programma attuativo 2018 - dell'ambito distrettuale di Castelfranco Emilia.**

TRA

**L'UNIONE COMUNI DEL SORBARA** – rappresentata dal Presidente dott. Alberto Borghi, domiciliato per la sua carica presso l'Unione Comuni del Sorbara, il quale interviene nel presente atto in forza della delibera consiliare n. 15 del 27/07/2018, esecutiva.

**L'AZIENDA USL di MODENA** - rappresentata dal Direttore Generale, dott. Massimo Annicchiarico, di seguito denominata AUSL, giusta deliberazione della Giunta Regione Emilia Romagna n. 40 del 27.02.2015;

#### **Premesso che**

- la Legge Regionale n. 2 del 12/3/2003 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"; riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva della società civile; assume il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario Regionale quale strumento di programmazione a livello regionale, individua nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale lo strumento di programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria triennale a livello distrettuale;
- la Legge Regionale n.29 del 29/12/2004 "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*" definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale, rafforzando il ruolo degli Enti locali che, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sono chiamati a partecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute.
- la Regione Emilia-Romagna con Delibera di Assemblea Legislativa n.120/2017 ha approvato Il Piano sociale e sanitario 2017 - 2019 definendo 3 obiettivi strategici trasversali alle diverse fasce di popolazione e fasi della vita: inclusione sociale e contrasto alla povertà, il distretto come nodo strategico della *governance* e dell'attuazione delle politiche integrate e nuovi strumenti e servizi di prossimità e di integrazione sociosanitaria. Con successivo atto di giunta (DGR 1423/2017) la Regione Emilia-Romagna ha inoltre approvato le 39 schede attuative di intervento che discendono dagli obiettivi strategici del PSSR e rivestono carattere di indirizzo rispetto alla programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020. Inoltre nel medesimo atto ha approvato un indice tipo del Piano di zona triennale. Successivamente con nota PG 194313 del 20/3/2018, ha

- 
- fornito indicazioni operative per la definizione dei Piani di zona per la salute e il benessere triennali, definendo nuovi strumenti e modalità di presentazione alla Regione dei suddetti Piani.
- il Decreto Legislativo n.147/2017 all'art.13 comma 2 lettera d) prevede che i *“Comuni, coordinandosi a livello ambito distrettuale, adottino atti di programmazione ordinariamente nella forma di una sezione specificatamente dedicata alla povertà nel piano di zona di cui all'articolo 19 della legge 328/2000”*.
  - la Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 22 marzo 2018 ha approvato Il Piano nazionale di contrasto alla povertà di cui all'art. 8 del D.lgs. 147/2017.
  - la Regione Emilia-Romagna con Delibera dell'Assemblea Legislativa n.157/2018 ha approvato il Piano regionale per la lotta alla povertà 2018-2020 che al punto 9) fornisce indicazioni relative alla sezione povertà da inserire nei piani di zona per la salute e il benessere sociale triennali e l'8 giugno 2018 ha approvato la legge regionale n. 7 *“Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 24/16. Misure di sostegno alla povertà e sostegno al reddito”*, che all'art.2 ter prevede che *“i finanziamenti regionali sono altresì destinati ai Comuni o alle loro Unioni per la realizzazione di interventi e servizi sociali a contrasto alla povertà, secondo le modalità previste dalla LR 2/2003”*

**Dato atto che:**

Il Comitato di distretto, così come definito dalle leggi regionali n.19/1994 e n.29/2004, 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 della Provincia di Modena e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.

Con il trasferimento all'Unione delle funzioni inerenti i servizi sociali e socio – sanitari si è compiuta, così come previsto dalla L.R. 21/2012, la coincidenza dell'Ambito territoriale ottimale con il Distretto sanitario, nonché individuato il Distretto come nodo della governance locale e luogo della programmazione integrata, della sperimentazione di nuove configurazioni organizzative dei servizi nonché luogo di valorizzazione delle variabilità e delle differenze.

Il Comitato di Distretto, definito dalle Leggi Regionali n.19/94 e n. 29/04, svolge pertanto il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali e, a seguito del trasferimento delle funzioni, coincide con la Giunta dell'Unione; al Comitato di Distretto partecipa il Direttore del Distretto per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

L'Ufficio di piano costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatrice e di *governance* organizzativo gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare.

Il Piano regionale per la lotta alla povertà di cui alla DAL 157/2018- per quanto attiene la programmazione della sezione povertà nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale prevede che

---

l'articolazione distrettuale della RETE della protezione e dell'inclusione sociale sia rappresentata dal Comitato di distretto, coincidente con la Giunta dell'Unione Comuni del Sorbara, integrate da un referente del Centro per l'impiego e che l'Ufficio di Piano, in stretta interconnessione con il Centro per l'impiego, coordina tecnicamente l'azione programmatoria e organizzativo - gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello distrettuale.

**Rilevato che .**

Dal mese di aprile 2018 si è dato corso nel distretto di Castelfranco Emilia all'attività di programmazione distrettuale per il triennio 2018-2020, comprensivo del Programma Attuativo 2018, declinando le priorità e le scelte strategiche regionali contenute nel Piano sociale e sanitario regionale e le schede attuative di intervento di cui alla DGR 1423/2017, secondo le peculiarità del territorio distrettuale di riferimento.

A tale attività hanno fattivamente e costruttivamente partecipato, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, i professionisti/operatori, i soggetti del Terzo Settore, le OOSS, singoli cittadini attraverso incontri locali/tavoli di programmazione orientati allo sviluppo di un welfare partecipativo ed inclusivo.

In particolare per la definizione del Piano di zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018-2020 si è adottato un percorso di programmazione partecipata connotato da una "dimensione marco", si è infatti ritenuto di procedere, inizialmente, ad una ridefinizione generale dei problemi e dei destinatari ed a un ripensamento dell'intero processo di programmazione zonale di ambito sociale e socio – sanitario.

Sono stati individuati quattro ambiti tematici (Famiglie / Salute / Momenti difficili / Servizi) da affrontare con l'ottica della trasversalità, con l'obiettivo di affrontare dimensioni nuove e trasversali del disagio sociale che riguardano vaste fasce di età e gruppi sociali.

**Tutto ciò premesso e considerato, tra le Parti si conviene e si stipula il seguente Accordo di Programma**

**Art. 1**

La premessa è parte integrante del presente Accordo.

**Art. 2 – Finalità**

Con il presente Accordo le Parti approvano il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018 – 2020", comprensivo del Programma attuativo 2018, frutto di un percorso di programmazione partecipata da soggetti pubblici, del privato sociale, dalle OOSS, dai cittadini attivi sul territorio.

**Art. 3 – Piano di zona per la salute e il benessere sociale**

Il "Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020" costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale. Esso rappresenta il punto di snodo e di

---

interconnessione distrettuale con le scelte di intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e di raccordo con altri strumenti di programmazione locale.

Per il triennio 2018-2020 il Piano di zona distrettuale individua le seguenti priorità e scelte strategiche:

- implementazione dell'integrazione, istituzionale – gestionale – professionale, tra i servizi sociali e sanitari, del lavoro oltre che culturali ed educativi del territorio e nello sviluppo della prossimità intesa come nuovo approccio dei servizi, che si caratterizza dall'utilizzo di una metodologia comunitaria (dall'andare verso, essere nei luoghi di vita) trasversale a diverse istituzioni, soggetti e servizi, in particolare attraverso :
  - il potenziamento dell'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno attivando maggiori sinergie tra i vari punti di accesso, in particolare dei servizi sociali e sanitari.
  - lo sviluppo e l'implementazione dell'integrazione gestionale e professionale tra servizi sociali e sanitari da realizzarsi, prioritariamente nell'ambito delle attività della Casa della salute, attraverso il metodo della co - costruzione di un progetto di cura e di vita personalizzato sia per gli adulti ( multiproblematici, disabili, anziani..) che per i bambini e i giovani attraverso lo strumento dell'unità di valutazione multidimensionale tra servizi sociali e sanitari, potenziando in particolare l'integrazione gestionale e professionale a favore di bambini e adolescenti, attraverso lo sviluppo di equipè di territoriali e di secondo livello, che, così come previsto dalla legge regionale n.14/2018 “ “Norme in materia di politiche per le giovani generazioni, garantiscano presa in carico e progettazione individualizzata .
  - il consolidamento dell'utilizzo del budget di salute, quale nuovo strumento di integrazione socio – sanitaria per progetti di cura e di autonomia )
  - l'estensione dell'operatività dell'equipè multiprofessionale ( sociale – sanitaria – del lavoro), attivata con gli Accordi di Programma e i Piani integrati previsti dall'art. 4 della legge regionale n.14/2015, alla valutazione e presa in carico dei nuclei familiari destinatari di misure ( nazionali, regionali, locali ) di contrasto alla povertà
  - lo sviluppo dell'integrazione tra i servizi sociali (SST) e sanitari ( Consultorio Familiare, Servizio di Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Pediatria di comunità ...) con i servizi culturali ed educativi del territorio in particolare per progettualità rivolte ai minori nei primi anni di vita ed a sostegno della genitorialità
- promozione di azioni di promozione della salute e di prevenzione, azioni che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.
- valorizzazione e potenziamento del lavoro con le reti e del lavoro di comunità, attraverso la costruzione di veri e propri “ *patti di collaborazione*” tra soggetti istituzionali, del mondo

imprenditoriale e sindacale e del terzo settore e sviluppo della responsabilità condivisa anche dai e con i cittadini, le famiglie e le associazioni del territorio

- qualificazione dei servizi, quale presupposto per garantire sia lo sviluppo dell'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione.

Riporta le seguenti schede attuative di intervento, frutto della declinazione distrettuale delle schede attuative di intervento regionali di cui alla DGR 1423/2017:

<b>n.</b>	<b>Titolo</b>	<b>Riferimenti schede regionali</b>
1	Case della salute e medicina d'iniziativa	1) <i>Case della salute e medicina d'iniziativa</i>
2	Riorganizzazione della rete ospedaliera	2) Riorganizzazione della rete ospedaliera
3	Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità	3) Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità
4	Budget di salute	4) Budget di salute
5	Riconoscimento del ruolo del care giver	5) Riconoscimento del ruolo del care giver
6	Progetto di vita indipendente e dopo di noi	6) Progetto di vita indipendente e dopo di noi
7	Preso in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete delle cure palliative	7) Preso in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete delle cure palliative
8	Promozione della salute in carcere	8) Promozione della salute in carcere
9	Medicina di genere	9) Medicina di genere
10	Contrasto all'esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva	10) Azioni di contrasto all'esclusione sociale 22) Misure a contrasto della povertà 23) Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili 24) La casa come fattore di inclusione sociale e benessere sociale
11	Equità in tutte le politiche	11) Equità in tutte le politiche
12	Sostegno all'inclusione delle persone straniere e neo - arrivate	12) Sostegno all'inclusione delle persone straniere e neo - arrivate
13	Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.	32) Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
14	Promozione delle pari opportunità e contrasto alla violenza di genere	14) Promozione delle pari opportunità - valorizzazione delle differenze di genere 25) Contrasto alla violenza di genere
15	I primi 1000 giorni di vita e il sostegno alla genitorialità .	15) Potenziamento degli interventi nei primi 1.000 giorni di vita 16 ) Sostegno alla genitorialità
16	Progetto adolescenza	17) Progetto adolescenza
17	Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	18) Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
18	Prevenzione e contrasto al	19) Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

	gioco d'azzardo patologico	
19	Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano	20) Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
20	Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA	21 ) Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA
21	Capirsi fa bene alla salute	27) Capirsi fa bene alla salute
22	Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	28) Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
23	Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed enti del terzo settore	29) Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed enti del terzo settore
24	Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita	31) Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita
25	Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	37) Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
26	Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	33) Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
27	Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	36) Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
28	L'ITC-Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di E-Welfare	35) Tecnologie dell'informazione e della comunicazione
29	Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	38) Nuovo calendario vaccinale
30	Innovazione della rete dei servizi per disabili	/
31	Azioni per l'inclusione dei disabili	/

Individua, nell'ambito della sezione povertà, le seguenti priorità rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, di cui all'articolo 7 comma 1 del Dlgs 147/17, finanziabili attraverso quota del Fondo Povertà:

<b>LIVELLI ESSENZIALI REI</b>	<b>INFORMAZIONE ACCESSO</b>	Consolidamento e sviluppo sportello sociale/ punto di accesso al REI : con funzione di informazione, consulenza, orientamento e assistenza. La complessità dei bisogni degli utenti che tradizionalmente accedono allo sportello sociale, oltre che la richiesta di competenze sempre più trasversali a diversi ambiti d'intervento rendono sempre più necessario prevedere una riorganizzazione/implementazione delle attività.
	<b>VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE</b>	Consolidamento e sviluppo servizio sociale professionale : particolare importanza assume il servizio sociale professionale, al quale compete, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con i soggetti privati attivi sul territorio, la co – costruzione con i beneficiari di un piano di azione concordato che consenta l'avvio di un percorso di capacitazione e uscita dalla povertà.
	<b>PROGETTO PERSONALIZZATO</b>	Consolidamento e sviluppo di tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione : destinatari di tali interventi saranno non solo le persone in condizione di fragilità o vulnerabilità ma anche persone con un punteggio rispetto all'indice di fragilità superiore a 58, o inferiore a 30 ( DGR n.191 del 15.02.2016) e pertanto non rientranti nelle misure messe a disposizione dalla L.14/2015. ( es. persone con disabilità, persone con evidenti fragilità sociali quali: mamme sole con impegni di cura di figli minori in tenera età, persone con scarse risorse personali, disoccupati di lungo periodo etc..) ovvero situazioni per cui, pur rientrando nei valori dell'indice definito dalla legge 14/2015 per l'accesso alle misure, i servizi ritengano più appropriato attivare un percorso di avvicinamento propedeutico poi all'inserimento lavorativo.
		Consolidamento e sviluppo interventi di sostegno socio – educativo domiciliare e territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare : In particolare, nell'ambito della prevenzione delle situazioni di fragilità sociale con bimbi di età compresa tra i 0/3 anni, tra gli interventi previsti per la definizione del progetto personalizzato si prevede l'attivazione, in sinergia con servizi sanitari del territorio, del progetto " <i>home visiting</i> " finalizzato tra l'altro alla promozione delle competenze genitoriali e dei contesti di accadimento, consentendo l'accoglimento, la valutazione e presa in carico di situazione a rischio sociale e l'individuazione del percorso assistenziale integrato specifico.
		Consolidamento dell'assistenza domiciliare socio – assistenziale e servizi di prossimità : approccio multidimensionale della povertà, intesa non solo nella sua dimensione economica, ma anche relazionale ed educativa.
Consolidamento interventi a sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare : approccio multidimensionale della		

	povertà, intesa non solo nella sua dimensione economica, ma anche relazionale ed educativa.
	Consolidamento servizio di mediazione culturale : volto a facilitare la relazione e la comunicazione sia linguistica (interpretariato) che culturale tra gli utenti e il contesto territoriale ( istituzioni, servizi locali, cittadinanza ..) aiutando le diverse parti nel processo di “ traduzione” dei codici culturali e di linguaggio.
	Consolidamento servizio di pronto intervento sociale : in particolare per le situazioni in condizione di grave marginalità estrema

La programmazione attuativa della sezione povertà, comprensiva delle risorse, avverrà attraverso apposita successiva integrazione del presente atto, da approvarsi con le modalità del programma attuativo annuale, in seguito alla definizione delle risorse nazionali e regionali destinate agli ambiti distrettuali.

### Art. 3– Oneri finanziari

Il valore economico del “Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 anno 2018” è stimato per l’anno 2018 in euro **19.815.106,14**, ripartito come segue nelle specifiche schede attuative d’intervento :

TITOLO	Costo totale
1. Case della salute e Medicina d’iniziativa	€ 362.482,00
2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata	€ 0,00
3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	€ 0,00
4. Budget di salute	€ 170.471,26
5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	€ 1.219.526,00
6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	€ 127.137,65
7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	€ 0,00
8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	€ 17.142,86
9. Medicina di genere	€ 0,00
10. Contrasto dell’esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva	€ 1.278.041,32
11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti	€ 0,00
12. Sostegno all’inclusione delle persone straniere neo-arrivate	€ 120.682,28
13. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.	€ 0,00
14. Promozione delle pari opportunità e contrasto alla violenza di genere	€ 269.378,00
15. Interventi nei primi 1000 giorni di vita e a sostegno alla genitorialità	€ 4.687.009,20
16. Progetto adolescenza	€ 318.480,65
17. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	€ 0,00



18. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico	€ 21.123,75
19. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano	€ 119.500,00
20. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	€ 3.860.851,00
21. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	€ 0,00
22. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	€ 10.509,00
23. Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico e terzo settore	€ 42.760,00
24. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	€ 0,00
25. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	€ 1.006.417,00
26. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	€ 0,00
27. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	€ 613.771,54
28. L'ITC-Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di E-Welfare	€ 0,00
29. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	€ 0,00
30. Piano attività per la non autosufficienza-programma disabili	€ 3.172.301,64
31. Azioni per l'inclusione scolastica dei disabili	€ 2.397.521,00

L'ammontare complessivo per Enti/fonti finanziamento è il seguente :

<b>QUADRO FINANZIARIO COMPLESSIVO</b>	
<b>RISORSE</b>	<b>PREVENTIVO DI SPESA</b>
FONDO SOCIALE LOCALE - RISORSE REGIONALI	292.815,64
FONDO SOCIALE LOCALE - RISORSE STATALI	325.900,07
CENTRI PER LE FAMIGLIE	5.416,39
CARCERE	12.000,00
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	986.938,30
FONDI FSE PON INCLUSIONE - AVVISO 3	58.702,00
FONDI FSE POR - LR 14/2015	316.921,00
PROGRAMMA "DOPO DI NOI"	114.646,00
FRNA	6.379.032,00
FNNA	312.000,00

AUSL	21.123,75
ALTRI FONDI REGIONALI	205.840,59
ALTRI FONDI STATALI/PUBBLICI	95.653,54
ALTRI SOGGETTI PRIVATI – Comune di Castelfranco	300.000,00
ALTRI SOGGETTI PRIVATI – Unione	300.000,00
UNIONE COMUNI DEL SORBARA	4.752.635,10
COMUNE DI BASTIGLIA	438.812,16
COMUNE DI BOMPORTO	956.109,89
COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA	2.115.514,00
COMUNE DI NONANTOLA	1.088.724,33
COMUNE DI RAVARINO	412.331,38
COMUNE DI SAN CESARIO SUL PANARO	323.990,00
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>19.815.106,14</b>

Si rimanda ai successivi Programmi attuativi annuali la definizione delle risorse economiche relativa alle singole annualità.

Le Parti convengono, altresì, che potranno essere apportate eventuali modifiche agli impegni finanziari inizialmente assunti, previa intesa all'interno degli organismi di *governance* di distretto fra tutti i soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma, a condizione che tali modifiche non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione degli interventi previsti.

#### **Art. 4 – Impegni delle parti**

Le Amministrazioni aderenti al presente accordo si impegnano a collaborare per il conseguimento degli obiettivi previsti nel “Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018-2020” e per la realizzazione degli interventi previsti nei Programmi attuativi annuali successivi.

Le parti si impegnano ad approvare i programmi attuativi annuali previa valutazione condivisa, in seno al Comitato di distretto/Giunta dell’Unione, al fine di garantire omogeneità a livello distrettuale ed assicurare l’opportuno confronto con il privato sociale del territorio, le OOSS, e/o altri soggetti individuati .

Le parti si impegnano altresì al monitoraggio e alla valutazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale triennale e dei Programmi attuativi annuali.

---

**Art. 5 – Durata**

Il presente Accordo di programma ha durata triennale a decorrere dalla data di sottoscrizione e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo.

**Art. 6 – Pubblicazione**

Entro i termini concordati, L'Unione Comuni del Sorbara trasmetterà alla Regione Emilia Romagna, secondo le modalità indicate, il presente Accordo di programma per l'approvazione del "Piano per la salute e il benessere sociale 2018-2020" e per la pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

**Ente**

Unione Comuni del Sorbara

Ausl di Modena

## 1.FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

### 1.1.QUADRO SOCIO – DEMOGRAFICO\*

La **popolazione** del Distretto di Castelfranco Emilia è di **76.041** abitanti e corrisponde al 10.7% di quella provinciale, che invece è pari a 702.949 abitanti. La popolazione residente al 01/01/2018 è suddivisa in 37.796 maschi e 38.245 femmine. Il rapporto di mascolinità corrisponde quindi a 98.8 ed è 6.3 punti più alto rispetto al distretto di Modena che corrisponde a 92.

L'età media della popolazione residente (maschile e femminile) nel distretto è di 43.5, leggermente più bassa del distretto di Modena che è pari a 45.8.

La densità abitativa della popolazione residente nel distretto corrisponde a 289 ed è più alta rispetto alla Provincia di Modena che è pari a 262.

La popolazione della Regione è in crescita e grazie all'immigrazione e a un parziale recupero della natalità. Continua l'incremento nel tempo sia dell'aspettativa di vita alla nascita, sia del numero di anni mediamente vissuti in buona salute.

#### ***Cosa sta cambiando***

- Aumenta la speranza di vita negli uomini e ciò riduce la storica differenza con le donne, che rimangono comunque più longeve. A favore di queste ultime si registra un aumento dell'**aspettativa di vita in "in buona salute"** in cui invece sono tradizionalmente avvantaggiati gli uomini.
- La **mortalità infantile** (tasso di mortalità nel primo anno di vita) si colloca su valori inferiori a quelli nazionali (che sono già molto bassi) nei bambini e moderatamente superiori nelle bambine, a causa di una crescita registrata nel 2011.
- La **percentuale di popolazione minorenni** nella Regione si attesta al **16%** del totale, con un **costante aumento** negli ultimi anni. Nell'ultimo quinquennio (2009-2014), l'incremento dei minorenni (+6,6%) è stato oltre 2,5 volte la crescita (+2,6%) della popolazione complessiva.
- Nella regione Emilia Romagna l'**aumento dei bambini** e dei ragazzi nel periodo considerato è, però, **decrescente** nel tempo: fino al 2010 si è mantenuto al di sopra delle 16.500 unità, per poi calare progressivamente fino a 1.000 tra 2013 e 2014.
- Il numero delle nascite nel Distretto di Castelfranco Emilia nel 2017 è di 700 su 5921 nati nella provincia di Modena. Il calo del **numero di nascite** riguarda principalmente, dal 2009, le donne italiane, verosimilmente a causa di una riduzione proporzionale delle donne in età fertile, per innalzamento dell'età della popolazione femminile, e/o a un rinvio (o rinuncia) ad avere un figlio. Dal 2010 si osserva peraltro anche un ridimensionamento della crescita di nati da donne straniere. Tali andamenti possono essere legati anche ad un effetto della crisi economica.

La proiezione delle famiglie unipersonali nella provincia di Modena al 2035 è di 120.788, in aumento di 30.151 unità rispetto al 2015.

L'**indice di vecchiaia** della Regione Emilia-Romagna si è lievemente ridotto dal 2002 al 2013, grazie all'incremento dell'immigrazione e alla risalita della natalità (almeno fino al 2009). L'Indice di vecchiaia della popolazione anziana del distretto di Castelfranco Emilia nel 2017 è pari a 125, e risulta inferiore a quello provinciale pari a 158.7 (Data ultimo aggiornamento: 31/05/2012, Fonte: Regione Emilia Romagna). L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione con 65 anni e oltre e 100 giovani in età inferiore a 15 anni. I valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molti giovani.

\*La struttura dimensionale dell'Unione non è sufficiente a fornire previsioni dettagliate a livello di distretto. Infatti nelle articolazioni dei dati riportati è naturalmente presente una certa variabilità dei tassi specifici. Per questo ci si è limitati, in molti casi, a riportare giudizi sulle tendenze in atto. La seconda segnalazione alla lettura dei dati è il riferimento all'anno: alcuni dati sono del 2017 altri dell'ultimo censimento (2011) altri ancora si riferiscono a successive rilevazioni. La crisi del 2008 ha modificato alcune tendenze ma, complessivamente, il trend che si presenta sostanzialmente rispecchia la condizione attuale.

- **L'indice totale di dipendenza** del distretto di Castelfranco Emilia è di 54.4 persone dipendenti (0-14 anni e oltre 64 anni) su 100 persone attive. L'indice del distretto risulta inferiore rispetto a quello provinciale pari a 57.8 (Data ultimo aggiornamento: 31/05/2012, Fonte: Regione Emilia Romagna).
- **L'Indice di struttura della popolazione attiva** della provincia di Modena è di 142.4. Questo dato indica il rapporto tra persone fra 40-64 anni e 100 persone fra 15-19 anni. L'indice inferiore a 100 indica una popolazione in cui la fascia di età lavorativa è giovane (Data ultimo aggiornamento: 31/05/2012, Fonte: Regione Emilia Romagna).
- **L'Indice di deprivazione** è una misura della deprivazione materiale e sociale. E' composto dalla somma di cinque **indicatori** di svantaggio:
  - popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare (mancato raggiungimento obbligo scolastico);
  - popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;
  - abitazioni occupate in affitto;
  - famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi; densità abitativa (numero di occupanti per 100 m<sup>2</sup> nelle abitazioni).

L'indice di deprivazione del distretto è pari a -1.19 e normalmente ha come riferimento 0 (Data ultimo aggiornamento: 31/05/2012, Fonte: Regione Emilia Romagna).

- Il **saldo migratorio estero** nella Regione (differenza tra immigrati da altri paesi ed emigrati all'estero) è costantemente in attivo: dai primi anni 2000 è aumentato fino al 2008 (dove ha raggiunto le 50.000 unità) per poi scendere progressivamente (inferiore a 25.000 nel 2012 e a 20.000 nel 2013). Sebbene il saldo sia ancora attivo, dal 2008 si sono avute meno iscrizioni e sono aumentate le cancellazioni da/per l'estero (1.984 nel 2008 e 3.807 nel 2012). Questo significa che ci sono meno persone che immigrano e più persone che emigrano.
- La dinamica migratoria della popolazione è misurata attraverso i trasferimenti di residenza ed esprime la variazione della popolazione di un dato territorio dovuta alla combinazione di immigrazione ed emigrazione. I trasferimenti vengono rilevati attraverso le iscrizioni e cancellazioni registrate presso le anagrafi comunali. I movimenti migratori comportano un aumento della popolazione quando il tasso di crescita migratorio è positivo cioè le immigrazioni (iscrizioni anagrafiche) in un dato territorio superano le emigrazioni (cancellazioni dall'anagrafe). Il **Tasso di crescita Migratorio** è il Rapporto tra il saldo migratorio dell'anno (differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza) e l'ammontare medio della popolazione residente per 1.000.

Il **Tasso di emigrazione** del distretto di Castelfranco Emilia è pari a **39.81** ed è più alto di 7 punti % rispetto alla provincia di Modena che invece ha un tasso di emigrazione pari a 32.77. Il flusso di emigrazione della popolazione del distretto alla fine del 2017 (Fonte ISTAT) riguarda 2895 unità ed è rivolto nella misura del 7,33% (212) verso l'estero e per il 79,07% (2289) verso altri comuni italiani. Il flusso di immigrazione invece interessa 3305 unità e deriva per il 17,67% (584) dall'estero e per il 77,43% (2559) da altri comuni italiani.

Il **Tasso di immigrazione** del distretto di Castelfranco Emilia è pari a **40.56** ed è più alto di 6.8 punti % rispetto alla provincia di Modena che invece ha un tasso di immigrazione pari a 33.78.

Il **Tasso migratorio estero** provinciale è pari 2.59.

La dinamica naturale della popolazione esprime la variazione potenziale dovuta alla combinazione delle dinamiche dei nati e dei decessi. La variazione è positiva e la popolazione in aumento quando il tasso di crescita naturale è positivo cioè il numero di nati supera il numero di decessi. Il **Tasso di crescita Naturale** viene definito, con riferimento ad un determinato anno, come rapporto tra il saldo naturale (differenza fra

---

nati vivi e morti) e la popolazione media di quell'anno, per mille individui. Dal 2008 al 2012 nella Regione il **saldo naturale** (differenza tra nati e deceduti) è rimasto sostanzialmente negativo: un lieve incremento dal 2003 al 2010 è stato infatti seguito da un calo.

- I **bambini** e ragazzi **stranieri** nella Regione Emilia-Romagna sono **123.704**, pari al **17,4%** di tutti i minorenni. Delle 44.376 presenze complessive di bambini e ragazzi registrate in più negli ultimi cinque anni, 26.473 sono attribuibili alla componente straniera.
- La **percentuale di stranieri** è costantemente cresciuta, fino a superare il 12% della popolazione generale, ed è molto variabile per provincia, con valori che vanno da 8,4% a Ferrara fino a 14,4% a Piacenza.
- In Emilia-Romagna, al contrario di ciò che accade in altre regioni d'Europa, le **cittadinanze** degli immigrati sono molto variegate, tanto che la somma degli abitanti delle prime 5 comunità più numerose supera di poco il 50% del totale degli immigrati.

Nel distretto di Castelfranco Emilia i cittadini stranieri residenti (maschile e femminile) sono **8.884**, e sono suddivisi in 4187 maschie e 4697 femmine. Le nazionalità più numerose sono Albania, India, Marocco, Romania, Tunisia.

La **popolazione straniera** residente nel distretto di Castelfranco Emilia, al 31/05/2012 (Fonte: Regione Emilia Romagna), è di 8.619 abitanti e rappresenta il 11.4% della popolazione totale (75.627 abitanti). La popolazione straniera residente nella provincia di Modena è di 90.916 abitanti e rappresenta il 12.9% della popolazione totale (702.949 abitanti).

## 1.2. QUADRO SOCIO – ECONOMICO

- Le **imprese** sul territorio del distretto sono 4804.
- Il **tasso di occupazione** della provincia nel 2016 è di 68.8% ovvero 1.8 punti in meno rispetto al 2008 che invece riportava il 70.6%
- Il **tasso di disoccupazione** nel 2016 è pari al 6.6% a esattamente il doppio rispetto al 2008 che invece riportava il 3.3%

Da "Analisi delle condizioni socio-economiche e salute in Emilia-Romagna attraverso l'uso integrato dei dati" relativa all'analisi pubblicata dalla Regione a Maggio 2018 è possibile porre una lente di ingrandimento sul contesto socio-economico nel contesto regionale.

In tempo di crisi i vari aspetti del contesto socio-economico sono prevedibilmente destinati a un peggioramento, particolarmente per ciò che riguarda gli aspetti congiunturali (PIL) *pro capite*, disoccupazione, deprivazione grave). Gli aspetti più "strutturali" della popolazione seguono invece percorsi differenti: il livello di istruzione conseguita in età adulta in Emilia-Romagna è infatti aumentato e si attesta su livelli nettamente superiori a quelli italiani. I punti elencati di seguito si riferiscono al 2012 e in confronto con il 2007, o a periodi differenti.

Migliora il livello di istruzione, sia per la diminuzione della quota di popolazione meno istruita, che per l'aumento di quella ad alto livello di istruzione (andamento storico che interessa perlomeno gli anni 2000).

- Nella popolazione adulta, in particolare nella fascia di età 30-34 anni, la **percentuale di laureati**, nel 2012, si mantiene superiore alla media italiana ed è maggiore tra le donne (35,5%), che hanno superato gli uomini fin dall'inizio degli anni 2000.
- Nell'aumento del livello d'istruzione è evidente l'effetto della coorte di nascita, nel 2012 essendo i laureati il 28,6% tra i giovani adulti di 30-34 anni e il 17,9% tra gli adulti di 25-64 anni.
- Il **reddito familiare medio** nel 2012 rimane ad un livello tra i più alti in Italia e, tenendo conto della dinamica inflazionistica, si può considerare stabile in confronto con il 2007.

- La **disuguaglianza nei redditi** (concentrazione del reddito) è non trascurabile, ma è lievemente calata dal 2007 al 2010, mentre in Italia si è registrato un ulteriore aumento, dove già nel 2007 era più alta di quella dell'Emilia-Romagna.
- Per la **spesa sostenuta dalle famiglie**, aggiornata con l'indice dei prezzi al 2012, si registra una contrazione dell'8,4%, dovuta principalmente ai consumi non alimentari. Il calo è inferiore a quello registrato in Italia (-13%).
- Le **famiglie in condizioni di povertà relativa** (che sostengono una spesa "equivalente" per consumi inferiore alla spesa media mensile nazionale) paiono aumentare, ma non in modo statisticamente significativo, come invece avviene in Italia.
- Rispetto all'**indice sintetico di deprivazione** (presenza di almeno 3 di 9 sintomi di deprivazione, come l'impossibilità di far fronte a spese improvvise) si registra un peggioramento, ancor maggiore se viene considerata la **deprivazione materiale grave** (4 su 9 sintomi).
- L'intervento della crisi ha avuto un effetto ancora maggiore sui livelli del **tasso di disoccupazione**, che è sensibilmente cresciuto dalla fine del 2008. Il **tasso di disoccupazione giovanile** (15-29 anni) ha subito una crescita più rapida e un peggioramento relativo più intenso di quanto osservato in Italia (dove l'incremento, sempre rispetto al 2008, è dell'ordine del 66%).
- Gli **occupati con contratto atipico** rimangono stabili rispetto al 2008 e continuano a rappresentare il 2% del totale della popolazione occupata.
- Altro indicatore in peggioramento rispetto al 2008, più accentuato in Emilia-Romagna (+66%) che in Italia (+21,1%), è il **numero di giovani non più inseriti in un percorso scolastico/ formativo né impegnati in attività lavorativa (NEET)**, che risulta più alto tra le donne.

### 1.3.LE FAMIGLIE\*

#### Composizione famiglie

Per famiglia, in conformità al regolamento anagrafico, si intende un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune. Una famiglia può essere costituita da una persona sola. A ciascuna famiglia corrisponde una scheda familiare che identifica l'insieme delle schede individuali intestate ai singoli componenti della famiglia.

Il numero totale delle famiglie presenti nella provincia di Modena è 84.107 mentre nel Distretto di Castelfranco Emilia è di 31.230.

#### Famiglie per numero di componenti (da 1 a 6+)

Distribuzione del numero di famiglie residenti in un dato territorio in base al numero di persone iscritte nella scheda familiare. La popolazione residente si divide tra coloro che sono membri di una famiglia - popolazione residente in famiglia - e coloro che sono membri di una convivenza, intendendo per quest'ultima un insieme di persone normalmente coabitanti per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena e simili aventi dimora abituale nello stesso comune.

Il Numero di famiglie presenti nel territorio di Modena è 301.205 mentre nel Distretto di Castelfranco Emilia è di 31.230. Il Numero di residenti in famiglia a Modena è 699.680.

Il Numero di residenti in convivenza a Modena è 3269.

\*Data ultimo aggiornamento: 31/05/2012

Fonte: Regione Emilia Romagna

#### Famiglie con o senza Anziani (65 + anni) per numero componenti

Distribuzione del numero di famiglie residenti in un dato territorio in base al numero di persone iscritte nella scheda familiare e alla presenza di persone con 65 anni o più. Permette di identificare le famiglie composte da sole persone ultra 65enni. valori assoluti dal 1.1.2015

---

Il numero degli Anziani che vivono da soli nella provincia di Modena è di 19.841 mentre nel distretto di Castelfranco Emilia è 5.674.

#### **Famiglie per presenza di stranieri e numero componenti**

Distribuzione del numero di famiglie residenti in un dato territorio in base al numero di persone iscritte nella scheda familiare e alla presenza di persone con cittadinanza non italiana. Permette di identificare la relazione tra presenza di stranieri e numerosità della famiglia.

Il numero delle famiglie con componenti tutti stranieri a Modena è di 10374 Modena mentre nel Distretto di Castelfranco Emilia è 2482.

#### **Famiglie per componenti stranieri e numero di componenti minorenni**

Distribuzione del numero di famiglie residenti in un dato territorio in base al numero di persone iscritte nella scheda familiare e alla presenza di cittadini non italiani e minori. Permette di identificare la relazione tra presenza di stranieri e minori nelle famiglie.

Il numero delle famiglie con almeno un minore straniero è 10393 nella provincia di Modena mentre nel distretto di Castelfranco Emilia è 4773.

#### **Famiglie unipersonali**

La proiezione delle famiglie unipersonali nella provincia di Modena al 2035 è di 120.788, in aumento di 30.151 unità rispetto al 2015. Anche il nostro Territorio non si discosta.

### **1.4.IL TERZO SETTORE**

Lo sviluppo di un Welfare pubblico, territoriale e comunitario, obiettivo strategico del nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale, inteso come costruzione collettiva in cui ognuno è chiamato a fare la propria parte, assegna un importante ruolo al mondo del volontariato e dell'associazionismo, i quali sono sempre più chiamati a partecipare, in una logica di sussidiarietà, alla gestione ed erogazione di interventi e servizi.

Di seguito la fotografia delle realtà associative presenti sui singoli Enti e la descrizione delle principali azioni volte ad incentivare e promuovere tali realtà e sostenere le loro progettualità.

Comune di Bastiglia : Il Comune promuove e sostiene l'attività del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale, espresso in forma singola e associata, riconoscendone l'alto valore sociale nell'ambito del più ampio principio costituzionale della sussidiarietà orizzontale come indicato dall'art. 118 della Costituzione della Repubblica Italiana.

Nell'ambito dell'Organizzazione degli uffici il Comune di Bastiglia ha istituito il Servizio Cultura che tra le diverse attività ha l'obiettivo di favorire rapporti permanenti di collaborazione e forme di co-progettazione tra l'Amministrazione e le diverse rappresentazioni del volontariato e dell'associazionismo, assicurando la libera partecipazione all'elaborazione dei programmi, dei piani e dei progetti, alla definizione delle scelte e allo svolgimento delle attività dell'Ente, nei diversi campi di interesse (educativo, culturale, sociale, sportivo e tempo libero, impegno civile, tutela dell'ambiente, promozione del tessuto economico e attività di promozione della città, pari opportunità).

In particolare, l'Amministrazione comunale sostiene la realtà del Terzo Settore attraverso:

- la stipula di convenzioni per la realizzazione di attività e progetti;
- l'assegnazione di beni strumentali mobili e immobili;
- l'erogazione di contributi volti a supportare le associazioni e le organizzazioni di volontariato nel perseguimento delle loro finalità istituzionali e statutarie.

Tra gli obiettivi dell'Amministrazione comunale compaiono l'istituzione del Registro comunale delle Libere forme associative nel quale dovranno essere iscritte le organizzazioni e le associazioni che, hanno sede nel territorio comunale o vi operano in modo continuativo allo scopo di promuovere la cittadinanza attiva e la coesione sociale, riconoscendo il valore delle forme associative.

Al fine di favorire la collaborazione e il coordinamento delle attività del volontariato e della promozione sociale, il Comune di Bastiglia incontra periodicamente i referenti delle Associazioni presenti sul territorio al fine di individuarne i bisogni e sostenere la promozione e la realizzazione di interventi nei diversi settori d'interesse.



---

Attualmente risultano presenti sul territorio comunale:

- n. 4 Associazioni con sede sul territorio comunale di cui:
  - n. 2 dedicate ad attività sportive e tempo libero;
  - n. 2 operanti in materie sociali, socio-sanitarie e assistenziali;
- n. 5 Associazioni iscritte nei Registri Regionali operanti in modo continuativo sul territorio comunale ma senza una sede, di cui:
  - n. 1 competente in materia culturale, ricreativa, di impegno civile e pari opportunità;
  - n.2 dedicate alla ricerca storica e alla divulgazione e alla promozione del territorio;
  - n. 1 operante in materia ambientale, di impegno civile e sicurezza;
  - n. 1 dedicata ad attività sportive e tempo libero.

Comune di Bomporto : il Comune incentiva le associazioni di volontariato sia attraverso bandi ad esse dedicate, sia attraverso la loro valorizzazione anche mettendo a disposizione propri strumenti comunicativi come il sito comunale.

Sono 30 le associazioni che operano sul territorio comunale, suddivise nei settori della promozione sociale, culturale e sportiva. Esse rappresentano una parte essenziale della comunità locale: ai servizi resi a favore dei cittadini in collaborazione con l'Amministrazione comunale, vanno aggiunte le numerose opportunità di aggregazione e di socialità che esse creano in vari momenti dell'anno.

Per sostenere ed incentivare il mondo del Terzo Settore, il comune ha provveduto a :

- istituire apposito "Albo comunale delle Forme Associative", dove trovano riscontro le Associazioni operanti sul territorio comunale, suddivise in 3 settori specifici, ed in particolare :
  - 11 nel settore culturale,
  - 9 nel settore sociale
  - 10 nel settore sportivo)
- istituire un apposito bando annuale, che mira alla valutazione e successiva concessione di contributi rispetto ai progetti presentati dalle Associazioni di Volontariato locali;
- istituire un apposito bando per la concessione temporanea di sale pubbliche al mondo associativo, nonché il conferimento in gestione di alcuni impianti sportivi, privi di rilevanza economica;
- stabilire forme di co-progettazione, tese a completare e sostenere l'ambito dell'intervento pubblico con idonei progetti provenienti dagli Enti del Terzo Settore.
- ideare, organizzare e mantenere il sito "Bomporto Volontariato" (<https://volontariato.comune.bomporto.mo.it>), che raccoglie informazioni utili sulle Associazioni operanti a Bomporto, sulle loro attività statutarie e sulle iniziative da loro organizzate in forma autonoma o secondo il principio della rete.

Comune di Castelfranco Emilia : il Comune, nell'ambito dell'Organizzazione degli uffici, ha istituito il Servizio Associazionismo, Sport, volontariato e Coordinamento eventi che tra le diverse attività ha l'obiettivo di favorire rapporti permanenti di collaborazione e forme di co-progettazione tra l'Amministrazione e le diverse rappresentazioni del volontariato e dell'associazionismo, assicurando la libera partecipazione all'elaborazione dei programmi, dei piani e dei progetti, alla definizione delle scelte e allo svolgimento delle attività dell'Ente, nei diversi campi di interesse (educativo, culturale, sociale, sportivo e tempo libero, impegno civile, tutela dell'ambiente, promozione del tessuto economico e attività di promozione della città, pari opportunità).

In particolare, l'Amministrazione comunale sostiene la realtà del Terzo Settore attraverso:

- la stipula di convenzioni per la realizzazione di attività e progetti;
- l'assegnazione di beni strumentali mobili e immobili;
- l'erogazione di contributi volti a supportare le associazioni e le organizzazioni di volontariato nel perseguimento delle loro finalità istituzionali e statutarie.

---

In questa attività, interlocutore privilegiato dell'Amministrazione comunale è la Consulta del volontariato, organo di rappresentanza e di coordinamento del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale in genere: la Consulta favorisce la collaborazione e il coordinamento delle attività del volontariato e della promozione sociale; a essa compete, in sinergia con il Comune, l'individuazione dei bisogni, la promozione e la realizzazione di interventi nei diversi settori d'interesse.

Il Comune di Castelfranco Emilia ha inoltre istituito il Registro Comunale delle Libere Forme associative, ove sono iscritte le organizzazioni e le associazioni che, hanno sede nel territorio comunale o vi operano in modo continuativo allo scopo di promuovere la cittadinanza attiva e la coesione sociale, riconoscendo il valore delle forme associative.

Il Registro è suddiviso nelle seguenti sezioni tematiche:

- a) sociali, socio-sanitarie, assistenziali, politiche giovanili, cooperazione internazionale, solidarietà, pace;
- b) tecnici, ambientali, protezione civile;
- c) culturali e pari opportunità;
- d) sportive e tempo libero;
- e) scolastiche, educative, formative;
- f) impegno civile e sicurezza;
- g) promozione del tessuto economico.

Attualmente risultano:

n.45 Associazioni iscritte negli albi regione E.R.. operanti nel territorio comunale così ripartite nelle sezioni tematiche:

- n. 19 sociali, socio-sanitarie, assistenziali, politiche giovanili, cooperazione internazionale, solidarietà, pace;
- n. 3 tecnici, ambientali, protezione civile;
- n. 13 culturali e pari opportunità;
- n. 8 sportive e tempo libero;
- n. 2 impegno civile e sicurezza;

n. 25 libere forme associative operanti in ambito comunale così ripartite nelle sezioni tematiche:

- n. 2 sociali, socio-sanitarie, assistenziali, politiche giovanili, cooperazione internazionale, solidarietà, pace;
- n. 11 culturali e pari opportunità;
- n. 11 sportive e tempo libero;
- n. 1 impegno civile e sicurezza

Comune di Nonantola : Il Comune valorizza e promuove le libere forme associative e di cooperazione riconoscendone l'alto valore sociale. Contestualmente promuove e sostiene le attività tese all'espletamento d'interessi a valenza collettiva promosse da associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, delle associazioni sportive e dilettantistiche e delle Onlus ai sensi dell'ordinamento italiano.

Il Comune di Nonantola, tramite l'Ufficio Archivi, Musei, Turismo e Volontariato, mira a favorire rapporti di collaborazione permanenti e di co – progettazione con le diverse espressioni del Volontariato e dell'Associazionismo nel rispetto delle reciproche competenze ed autonomie e secondo il principio della sussidiarietà.

È pertanto assicurata al Volontariato e all'Associazionismo la partecipazione all'elaborazione di programmi, alla definizione delle scelte ed allo svolgimento delle attività dell'Ente.

In particolare, l'Amministrazione Comunale sostiene la realtà del Terzo Settore attraverso:

- la concessione di patrocini onerosi e non, a manifestazioni ed eventi organizzati dalle associazioni e delle organizzazioni di volontariato nei rispettivi ambiti e assegnando beni strumentali mobili e immobili di proprietà comunale ;
- la stipula di convenzioni e altre forme di accordo per la realizzazione di attività e progetti;

- 
- l'erogazione di contributi volti a supportare le associazioni e le organizzazioni di volontariato nel perseguimento delle loro finalità istituzionali e statutarie
  - l'erogazione di servizi a supporto di iniziative.

È istituito presso il Comune di Nonantola, referente l'Ufficio Archivi, Musei, Turismo e Volontariato, il Registro Comunale delle Libere Forme Associative, dove sono iscritte le organizzazioni e le associazioni che hanno sede nel territorio comunale, composto da cinque sezioni:

- associazioni di volontariato;
- associazioni di promozione sociale;
- onlus ai sensi del DLGS 460/97;
- associazioni sportive dilettantistiche ai sensi della normativa nazionale;
- volontari singoli disponibili sul territorio.

Le forme e le sezioni verranno aggiornate sulla base della applicazione in corso del nuovo Codice del Terzo settore.

Interlocutore privilegiato dell'Amministrazione Comunale è la Consulta del Volontariato e Associazionismo, organo di massima rappresentanza delle forme di volontariato, dei volontari in genere e delle associazioni di promozione sociale: la Consulta si prefigge la promozione e il sostegno del volontariato favorendo lo sviluppo di relazioni continuative tra le istituzioni pubbliche, le varie associazioni senza scopo di lucro e i volontari singoli. Favorisce, inoltre, la lettura puntuale dello stato del territorio e della comunità in tutte le sue variabili per informare e sensibilizzare sia la Pubblica Amministrazione che i cittadini. Promuove ed attua forme di collaborazione che si trasformano in iniziative comuni culturali, turistiche e sociali (in particolare iniziative che valorizzino il patrimonio storico – artistico, promuovano la tutela dell'ambiente, della cultura e delle tradizioni locali, favoriscano integrazione sociale, la solidarietà e i diritti civili) delle diverse associazioni, che mantengano sempre e comunque la propria autonomia progettuale e di realizzazione di iniziative.

Attualmente risultano 86 associazioni iscritte nel Registro Comunale delle Libere Forme Associative operanti nel territorio così ripartite nelle sezioni tematiche:

- n. 17 associazioni di volontariato;
- n.37 associazioni di promozione sociale e culturale;
- n. 12 ONLUS;
- n. 14 associazioni sportive;
- n. 3 associazioni di promozione del territorio;
- n. 3 associazioni di progetti specifici;
- n. 72 volontari singoli.

Comune di Ravarino : il Comune valorizza, sostiene e incentiva le associazioni di volontariato e di promozione sociale sul territorio, riconoscendone l'importante valore nell'ambito del principio costituzionale della sussidiarietà orizzontale.

Relativamente all'organizzazione degli uffici, l'Ufficio Cultura – Area Servizi alla Persona, tra le varie e diverse attività, ha l'obiettivo di favorire rapporti di collaborazione e forme di co-progettazione tra il Comune e le diverse rappresentazioni del volontariato e dell'associazionismo, assicurando la libera partecipazione all'elaborazione dei programmi, dei piani e dei progetti, nei diversi campi di interesse.

Sono in totale 21 le associazioni che operano sul territorio di Ravarino, suddivise nei diversi settori culturale e sportivo-ricreativo.

In particolare il Comune di Ravarino sostiene la realtà del Terzo Settore attraverso:

- la stipula di convenzioni per la realizzazione di attività e progetti;
- l'assegnazione di beni strumentali mobili e immobili;
- l'erogazione di contributi volti a supportare le associazioni e le organizzazioni di volontariato nel perseguimento delle loro finalità istituzionali e statutarie.

Il Comune, al fine proprio di sostenere e incentivare le realtà del Terzo Settore, sta provvedendo ad aggiornare l'apposito "Albo comunale delle Forme Associative" nel quale saranno iscritte le organizzazioni e le associazioni che hanno sede nel territorio comunale, o vi operano in modo continuativo, allo scopo di promuovere la cittadinanza attiva e la coesione sociale.

---

Le associazioni sono in particolare attualmente così raggruppate:

- 5 nel settore sportivo e ricreativo,
- 9 nel settore culturale
- 7 nel settore socio-sanitario

L'Ente favorisce inoltre il mondo associativo attraverso il conferimento in gestione degli impianti sportivi comunali, privi di rilevanza economica, e a mezzo di forme di co-progettazione, tese a completare e sostenere l'ambito dell'intervento pubblico con idonei progetti provenienti dagli Enti del Terzo Settore.

Il Comune di San Cesario s/P promuove e sostiene l'attività del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale, tra queste assumono un ruolo fondamentale per la comunità ivi residente:

- Centro socio-aggregativo i saggi
- CEAS (Il Centro di Educazione all'Ambiente e alla Sostenibilità della Valle del Panaro)
- Registro del Volontario singolo.

Il Centro socio aggregativo I Saggi è il frutto di un progetto, elaborato dall'amministrazione comunale di San Cesario in collaborazione con il Distretto socio sanitario di Castelfranco Emilia, che si fonda su alcuni principi e valori in linea con le caratteristiche del territorio in cui è collocato. Si inserisce a pieno titolo nell'anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni, e trova coerenza con le recenti normative regionali, volte ad incentivare una comunità e un sistema di welfare partecipato.

Il Centro vuole caratterizzarsi per l'accoglienza di alcune proposte di attività culturali, ricreative, di animazione e di confronto. Al suo interno coabitano più soggetti tra cui la comunità degli anziani (giovani e grandi anziani), il volontariato sociale e culturale, le famiglie, la cittadinanza ed il sistema dei servizi socio-sanitari.

Gli obiettivi che il Centro intende raggiungere sono:

- creare uno spazio di incontro per gli anziani (e non solo), confortevole e stimolante
- mantenere il livello di autonomia e delle qualità della vita delle persone anziane attraverso attività e laboratori promossi da volontari adeguatamente formati
- supportare concretamente le famiglie nel processo di cambiamento legato all'invecchiamento;
- creare uno spazio accogliente per favorire momenti di confronto fra famigliari coinvolti nella gestione/cura di anziani

Alcune delle attività e i laboratori che il Centro offre sono:

- lavorare in compagnia (creazione di bamboline di pezza, piccole composizioni di erbe e fiori, lavoro a maglia e uncinetto, pasta e sale, fiori di carta, ecc.)
- la palestra della memoria (attività di allenamento alla memoria attraverso giochi ed esercizi). Gestito da volontari
- confrontiamoci con il dialetto: conversazioni, proverbi e detti di una volta...
- incontri di cultura, informazione e salute
- attività aggregative con grandi anziani e/o con lieve non autosufficienza

Registro del volontario singolo : L'Amministrazione comunale di San Cesario sul Panaro nell'ottica di garantire, nell'ambito del proprio territorio, lo svolgimento di attività solidaristiche integrative e non sostitutive dei servizi di propria competenza, ha approvato con deliberazione di consiglio comunale n. 2 del 08/02/2018 il regolamento concernente le modalità di attivazione di rapporti di collaborazione tra l'Amministrazione comunale ed i volontari singoli.

## 1.5.LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE E LA PREVENZIONE

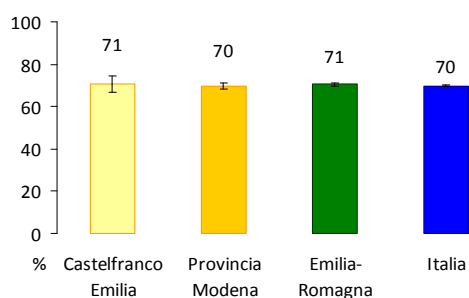
### LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA

#### La salute percepita

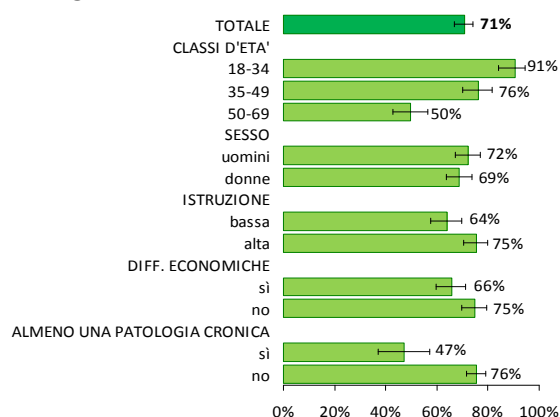
Secondo la sorveglianza PASSI 2012-2017, nel distretto di Castelfranco Emilia il 23% delle persone intervistate di 18-69 anni ha riferito di stare molto bene e il 48% bene. Il 27% sta discretamente mentre il 2% male e lo 0,2% molto male. La percentuale di persone che percepiscono la propria salute come molto buona (23%) è leggermente più alta di quella registrata a livello provinciale (19%) e regionale (18%), ma non in modo significativo sul piano statistico.

Riferiscono di stare bene o molto bene, in percentuale maggiore le persone con 18-34 anni (91%), quelle con un alto livello d'istruzione (75%), senza difficoltà economiche (75%) e senza alcuna patologia cronica (76%).

Salute percepita bene o molto bene (%)  
Sorveglianza PASSI 2012-2017



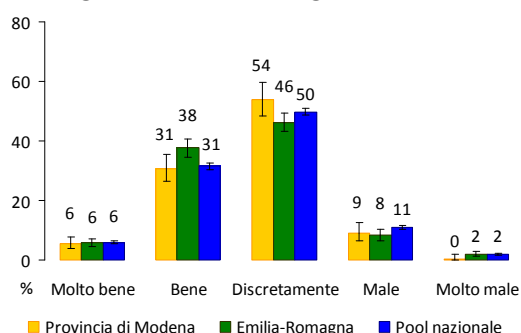
Salute percepita bene o molto bene  
per caratteristiche socio-demografiche (%)  
Sorveglianza PASSI 2012-2017



Secondo i dati PASSI d'Argento 2016-2017 in provincia di Modena il 6% delle persone ultra 64enni ha riferito di stare molto bene e il 31% bene. Oltre la metà (54%) sta discretamente mentre il 9% male e lo 0,4% molto male. A livello regionale e nazionale si registrano percentuali simili.

In provincia di Modena il 13% degli ultra 64enni intervistati ha riferito di stare meglio rispetto l'anno precedente, il 59% allo stesso modo e il 28% peggio; questi valori sono simili a quelli registrati a livello nazionale e regionale. Il 15% ha riportato di essere molto soddisfatto della vita condotta e il 65% abbastanza mentre il 17% ha dichiarato di esserlo poco e il 3% per niente. La percentuale di chi è soddisfatto (80%) è leggermente inferiore rispetto a quella regionale (82%) e leggermente superiore a quella nazionale (78%).

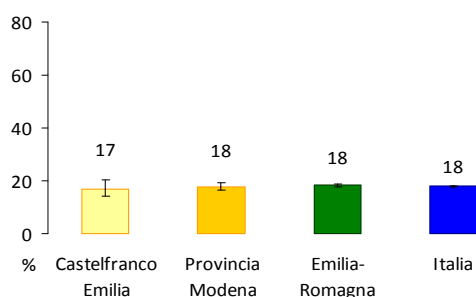
*Stato di salute percepito (%)*  
Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017



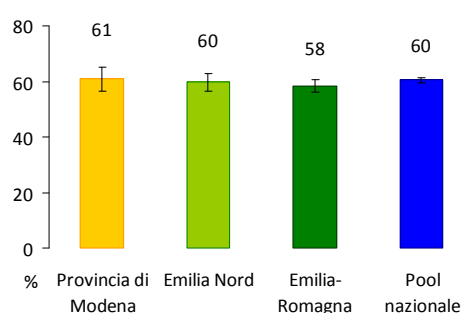
Nel distretto di Castelfranco Emilia il 17% delle persone con 18-69 anni ha riferito di soffrire di almeno una patologia cronica, percentuale simile a quella provinciale e regionale. In particolare nel distretto il 5,8% ha dichiarato di avere una patologia cardiocerebrovascolare, il 6,3% una patologia respiratoria e il 4,4% una diagnosi di tumore.

Secondo i dati della sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017, in provincia di Modena il 61% degli intervistati ultra 64enni ha riportato di soffrire di almeno una patologia cronica. In particolare nel distretto il 26% ha dichiarato di avere una patologia cardiaca cronica, il 11% una cerebrovascolare il 13% una patologia respiratoria e il 19% una diagnosi di tumore.

*Presenza di patologie croniche nelle persone con 18-69 anni (%)*  
Sorveglianza PASSI 2012-2017



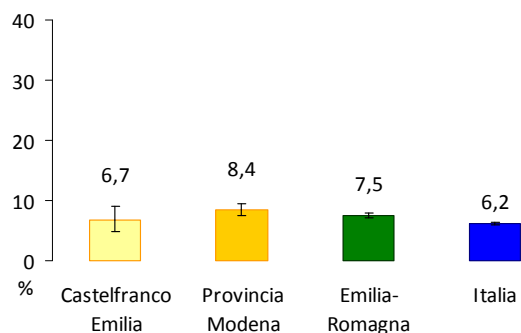
*Presenza di patologie croniche nelle persone ultra 64enni (%)*  
Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017



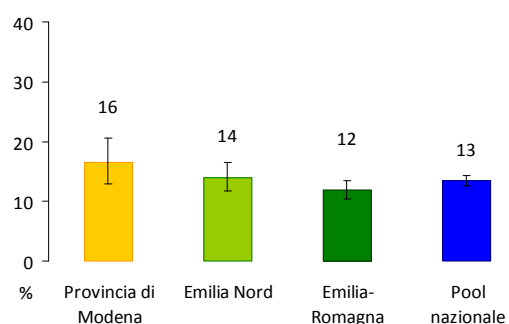
Nel distretto di Castelfranco Emilia il 6,7% delle persone con 18-69 anni ha riferito sintomi di depressione; questo valore risulta leggermente inferiore a quello provinciale e regionale, differenza non significativa sul piano statistico. Nel distretto la prevalenza di sintomi depressivi è maggiore tra le persone con patologie croniche (17,5%), quelle con difficoltà economiche (9,7%), le donne (8,1%) e i 50-69enni (8,7%).

Secondo i dati PASSI d'Argento 2016-2017 in provincia di Modena il 16% ha riportato sintomi di depressione, percentuale simile a quella regionale e leggermente inferiore a quella nazionale.

*Sintomi di depressione  
nelle persone con 18-69 anni (%)  
Sorveglianza PASSI 2012-2017*



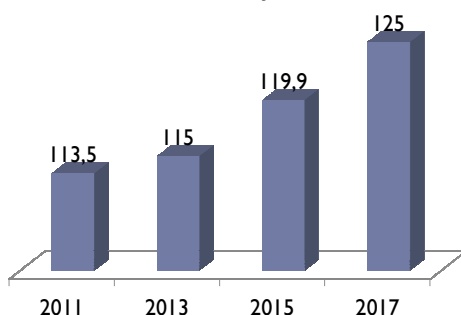
*Sintomi di depressione  
nelle persone ultra 64enni (%)  
Sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017*



### La fragilità e la disabilità degli anziani

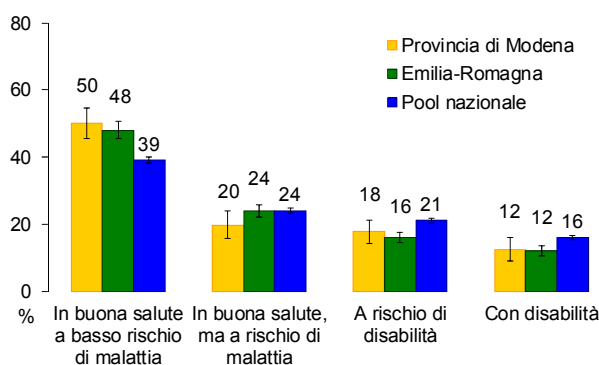
Una delle sfide più importanti per la società per i prossimi decenni sarà il forte carico socio-assistenziale dovuto all'invecchiamento della popolazione. Anche il Distretto di Castelfranco Emilia, come la provincia e il resto della regione, ha visto un forte aumento della popolazione ultra 64enne che può essere sintetizzato con l'indice di invecchiamento.

*Indice di vecchiaia, 2011-2017  
Distretto di Castelfranco Emilia*



Questo comporta un progressivo aumento della popolazione con fragilità e disabilità. Secondo i dati dell'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 in provincia di Modena la metà (50%) delle persone ultra 64enni è in buona salute e a basso rischio di malattia, pari a una stima di circa 7.400 persone nel distretto, un quarto (20%) è in buona salute, ma a rischio di malattia e fragilità (circa 2.900 persone), un sesto (18%) è a rischio di disabilità (circa 2.700 persone stimate), il 12% presenta qualche forma di disabilità, pari a una stima di 1.800 persone.

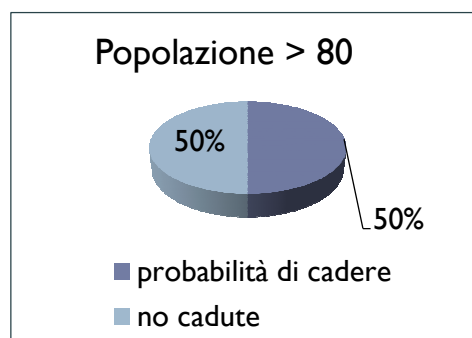
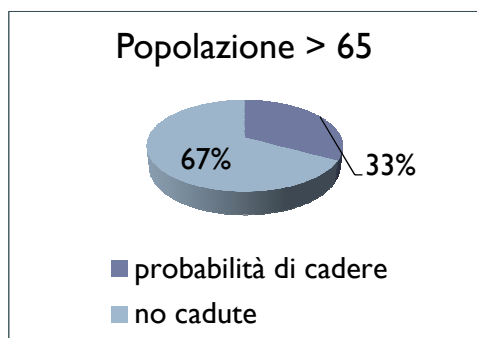
*Sottogruppi di popolazione (%)  
PASSI d'Argento 2012-13*



PASSI d'Argento ci informa anche in provincia di Modena il 13% della popolazione ultra 64enne è a rischio di esclusione sociale. Si stima così che in provincia circa 20.500 ultra 64enni (2.000 nel Distretto) non abbiano partecipato nell'ultimo anno a incontri collettivi, né frequentato altre persone o telefonato a qualcuno per chiacchierare.

Le persone che invecchiano, soprattutto quando svolgono poca attività fisica, si espongono anche al rischio di cadute; la paura di cadere però tende a essere uno dei fattori che limita le attività della vita quotidiana e la motricità delle persone anziane.

Gli anziani che cadono ripetutamente vedono diminuire le capacità nelle attività di vita quotidiana e la qualità di vita. Sono ad alto rischio di ricovero ospedaliero, di disabilità e morte. Nell'anno 2017 nel Distretto di Castelfranco si sono fratturate 120 persone, di cui 103 con più di 75 anni.



Secondo la sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017 in provincia di Modena il 36% ha paura di cadere, percentuale vicina a quella regionale (33%) e leggermente inferiore a quella nazionale (40%).

Anche le demenze costituiscono un problema di salute pubblica sempre più rilevante in relazione all'invecchiamento della popolazione costituendo, infatti, una delle principali cause di disabilità nella popolazione generale con un considerevole impatto socio-sanitario.

Nel Distretto di Castelfranco la letteratura indica come dato di prevalenza 1061 persone con demenza.

Ad oggi 955 sono prese in carico dai servizi, 346 sono in assistenza domiciliare.

Per questi motivi le politiche di contrasto all'esclusione sociale, di promozione e facilitazione dell'attività motoria e di valorizzazione dell'anziano risorsa dovrebbero essere una priorità per tutte le comunità locali. Infatti gli anziani sempre più non devono essere considerati un carico socio-assistenziale ma anche un prezioso capitale sociale.

Secondo la sorveglianza PASSI d'Argento 2016-2017, in provincia di Modena circa un quarto (27%) degli ultra 64enni intervistati, pari a una stima di oltre 42 mila persone in provincia (4.000 nel Distretto), rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività. Il 12% accudisce o aiuta spesso conviventi, il 12% si occupa di non conviventi e il 7% svolge attività di volontariato a favore della collettività.

### **Morbosità e mortalità**

Il Registro provinciale delle Cause di Morte indica che nel distretto di Castelfranco Emilia nel quinquennio 2012-2016 i decessi sono stati mediamente 646 all'anno; l'analisi dei tassi standardizzati, che correggono per la diversa composizione per età e genere della popolazione, mostra nel distretto valori leggermente inferiori rispetto a quelli provinciali sia per gli uomini che per le donne.

Nel distretto di Castelfranco Emilia, così come in provincia di Modena e nella regione Emilia-Romagna, le principali cause di morte nel quinquennio 2012-2016 sono state: le malattie cardiovascolari (225 decessi medi annui, pari al 35% dei decessi totali), i tumori (193, pari al 30%), le patologie dell'apparato respiratorio (48, pari al 7%) e i disturbi psichici (34, pari al 5%), categoria che contiene una buona parte delle demenze e delle altre malattie degenerative senili.

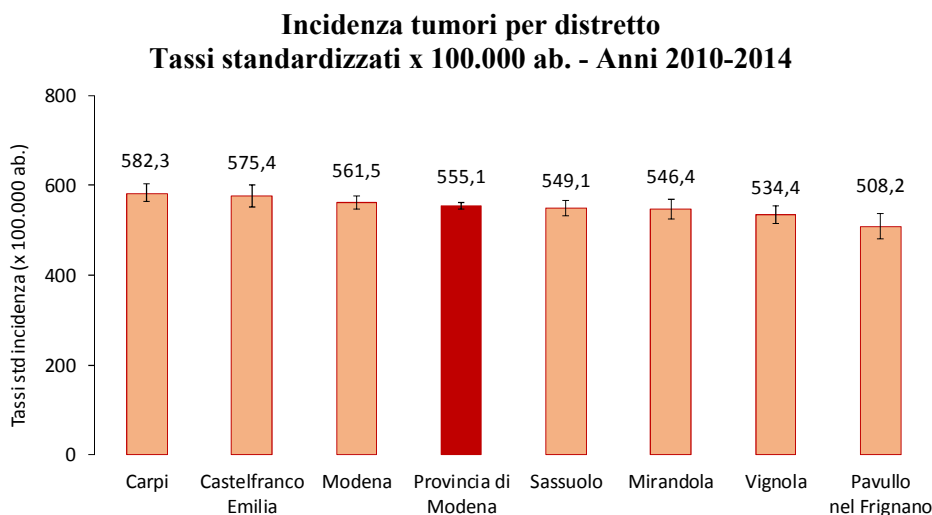
Nel distretto di Castelfranco Emilia, nel periodo 2012-2016, sono decedute di tumore maligno mediamente all'anno 193 persone; i tassi distrettuali standardizzati per neoplasia sono leggermente inferiori a quelli provinciali divisa in entrambi i generi.

Più in dettaglio negli uomini le sedi a più alta mortalità sono nell'ordine polmone (25 casi medi annui), colon-retto (11), tessuto linfoematopoietico (11), fegato (10); nelle donne invece sono polmone (13),

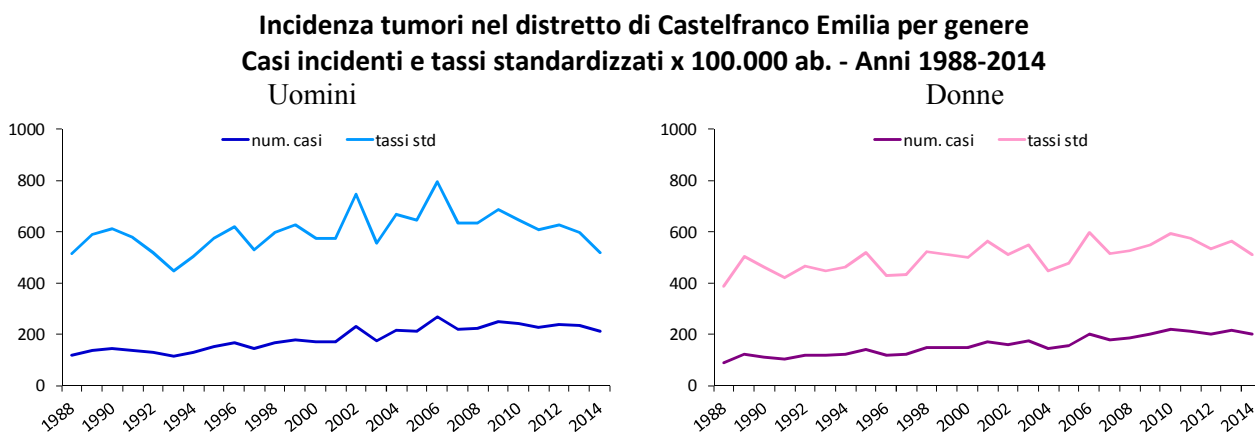


mammella (9), colon-retto (9), tessuto linfoematopoietico (8), pancreas (8).

Secondo i dati del Registro Tumori provinciale nel periodo 2010-2014 si sono ammalate di tumore maligno mediamente 439 persone all'anno. Il distretto di Castelfranco Emilia mostra un valore del tasso standardizzato (575,4) superiore a quello provinciale (555,1), differenza però non significativa sul piano statistico.



I dati del Registro Tumori indicano un aumento dal 1988 del numero di nuovi casi (incidenza) sia per gli uomini sia per le donne, meno spiccato nell'ultimo periodo. L'analisi dei tassi standardizzati mostra un incremento nel lungo periodo e un arresto di tale andamento negli ultimi anni che dovrà essere confermato nel prossimo futuro.



Nel periodo 2010-2014 il tumore più frequente tra gli uomini è stato quello alla prostata (45 casi medi annui, la cui alta incidenza, come noto, è dovuta anche all'elevato ricorso, a volte inappropriato, dell'esame ematochimico del PSA), seguito da quello al polmone (29), colon-retto (28), vescica (28), tessuto linfoematopoietico (22); nelle donne le sedi più frequenti sono state: mammella (68), colon-retto (21), tessuto linfoematopoietico (17), tiroide (16), polmone (16).

L'aumento dell'incidenza registrato e della sopravvivenza comporta il progressivo aumento di persone che hanno una neoplasia (prevalenza) o che ne sono guarite.

## 1.6 SPORTELLI SOCIALI: L'OFFERTA DEI SERVIZI

I servizi hanno garantito la presenza di luoghi e persone dedicate all'ascolto di tutti i cittadini, in particolare per chi esprime un problema o un disagio, svolgendo una funzione di informazione, orientamento, consulenza. Lo sportello sociale ha operato secondo un approccio multiculturale e sviluppato al proprio interno le competenze necessarie ad offrire accoglienza e servizi ad una società plurale; tali attività costituiscono, ai sensi dell'art.6 della legge regionale n.2/2003 un "livello essenziale delle prestazioni sociali".

In particolare lo sportello sociale, dislocato presso ciascuna sede comunale, garantisce:

- informazione e orientamento ai cittadini sul sistema di offerte dei servizi pubblici e/o del privato sociale operanti nel territorio e sul ventaglio delle opportunità concretamente attivabili;

**Tabella 1 – Accesso agli Sportelli Sociali anno 2017 - confronto anni precedenti**

COMUNE	2014	2015	2016	2017
Castelfranco Emilia	5370	4864	6354	6201
San Cesario s/P	823	875	875	832
Unione dei Comuni del Sorbara (Bastiglia, Bomporto, Nonantola, Ravarino)	8913	11921	7586	7726*
<b>TOTALE</b>	<b>15106</b>	<b>17660</b>	<b>14772</b>	<b>14980</b>

\* di cui punto informativo stranieri n. 1646

Come si evince dalla tabella 1, il numero degli accessi agli sportelli sociali nel Distretto di Castelfranco Emilia ha avuto un forte incremento nel 2015, incremento che non è rimasto costante negli anni successivi.

### Il Servizio Sociale Professionale Territoriale (SST)

Il servizio sociale professionale, in linea con gli attuali orientamenti del welfare comunitario, attua una organizzazione del lavoro basata su un approccio per macro-problematicità, garantendo altresì nel servizio sociale professionale la presenza di operatori in grado di gestire percorsi specialistici, in particolare sono presenti assistenti sociali a cui compete lo svolgimento della funzione di tutela dei minori, anche mediante la collaborazione con l'autorità giudiziaria competente, prevista dall'art.15 lettera a) della l.r 2/2003 e smi.

Il Servizio Sociale Professionale territoriale è finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a rimuovere e/o ridurre situazioni problematiche o di bisogno sociale dei cittadini. Il SST offre percorsi di accesso appropriato al sistema dei servizi di welfare in stretto collegamento con gli altri attori, istituzionali e non, del territorio che intercettano i bisogni e le domande dei cittadini. Attraverso i processi valutativi (mono e multi-professionali) il SST accompagna la persona o la famiglia nel tradurre la propria domanda, individuare i bisogni e le risorse disponibili, sviluppare una progettazione adeguata a far fronte alle sue esigenze mediante la condivisione degli obiettivi di intervento con la rete familiare e sociale e l'attivazione di interventi pubblici e privati disponibili nel territorio, sviluppati anche in collaborazione con l'Ausl del territorio.

**Tabella 2- Utenti in carico al servizio sociale professionale anno 2017 - confronto anni precedenti**

COMUNE	2014	2015	2016	2017
Castelfranco Emilia	1708	1664	1493	1503

San Cesario s/P	361	359	320	284
Unione dei Comuni del Sorbara (Bastiglia, Bomporto, Nonantola, Ravarino)	1728	1635	1263	1455
<b>Distretto di Castelfranco Emilia</b>	<b>3797</b>	<b>3658</b>	<b>3076</b>	<b>3.242</b>

**Tabella 3- Utenti divisi per classi di età in carico al servizio sociale professionale anno 2017 - confronto anni precedenti**

COMUNI	2015			2016			2017		
	MINORI 0-17	ADULTI 18-64	ANZIANI oltre 65	MINORI 0-17	ADULTI 18-64	ANZIANI oltre 65	MINORI 0-17	ADULTI 18-64	ANZIANI oltre 65
Castelfranco Emilia	202	949	513	27	1024	442	70	993	440
San Cesario s/P	162	105	92	157	83	80	123	78	83
Unione dei Comuni del Sorbara (Bastiglia, Bomporto, Nonantola, Ravarino)	593	501	541	423	390	450	484	504	467
<b>TOTALE</b>	<b>957</b>	<b>1555</b>	<b>1146</b>	<b>607</b>	<b>1497</b>	<b>972</b>	<b>677</b>	<b>1575</b>	<b>990</b>
	<b>3658</b>			<b>3076</b>			<b>3.242</b>		

Il principale intervento messo in campo dai Servizi Sociali è rappresentato dalle offerte di tipo economico che si rappresentano di seguito:

**Tabella 4 – Le offerte di tipo economico nel 2017**

COMUNE	N. nuclei	Importo
Castelfranco Emilia	610	226.501,98 €
San Cesario s/P	55	39.378,86 €
Nonantola	37	21.043,13 €
Bastiglia	66	47.964,63 €
Bomporto	152	75.426,71 €
Ravarino	45	29.703,37 €
Unione dei Comuni del Sorbara (Bastiglia, Bomporto, Nonantola, Ravarino)	300	174.137,84 €
<b>TOTALE</b>	<b>965</b>	<b>440.018,68 €</b>

#### SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE: AMBITO TUTELA MINORI

La funzione di tutela dei minori prevede in particolare :

- la presa in carico di segnalazioni di pregiudizio, maltrattamento, abuso a carico di minori;

- la gestione di provvedimenti sostitutivi o limitativi della potestà genitoriale con conseguenti responsabilità giuridiche in base a decreti emanati a tal fine dall’Autorità Giudiziaria;
- lo svolgimento di indagini psico-sociali per la Procura presso il tribunale per i minorenni o dalla magistratura competente, svolgendo anche i compiti di vigilanza e di redazione delle relazioni;
- l’elaborazione (insieme agli altri soggetti interessati, in particolare con l’Azienda USL competente) del progetto quadro sul minore e sulla sua famiglia che, anche in attuazione delle previsioni del provvedimento del Tribunale per i minorenni, stabilisce gli obiettivi generali da raggiungere, i tempi della presa in carico, la definizione dei ruoli, delle responsabilità e delle relazioni dei vari soggetti coinvolti (il bambino o ragazzo, la famiglia d’origine, gli adulti o le comunità accoglienti);
- l’attuazione di un percorso strutturato di conoscenza e valutazione della disponibilità per l’affidamento familiare e per la gestione di comunità familiari e casa-famiglia;
- l’assistenza dei minori in carico in strutture residenziali e semiresidenziali a gestione convenzionate o comunque autorizzate al funzionamento;
- l’ammissione di donne o uomini, con figli, in grave situazione di disagio presso strutture residenziali;
- la gestione degli affidamenti assistenziali e giudiziari;
- attività di sensibilizzazione, informazione, preparazione alle coppie che dichiarano la propria disponibilità all’adozione, nonché sostegno psicologico e sociale alla famiglia e al bambino nel periodo successivo all’adozione.

**Tabella 5- Utenti in carico al servizio sociale professionale nell'area minori**

COMUNE	2014	2015	2016	2017
Castelfranco Emilia	234	258	232	208
San Cesario s/P	22	20	7	14
Nonantola	59	79	75	69
Bastiglia	21	21	26	20
Bomporto	46	66	52	48
Ravarino	24	37	30	26
Altri Comuni	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>406</b>	<b>481</b>	<b>422</b>	<b>385</b>

**Tabella 6- Affidi familiari anno 2017 a confronto con anni precedenti**

COMUNE	2014	2015	2016	2017
Castelfranco Emilia	13	14	7	6
San Cesario s/P	0	0	2	2
Nonantola	3	4	5	6
Bastiglia	1	1	1	1
Bomporto	1	2	3	3

Ravarino	0	1	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

**Tabella 7- Numero utenti minori inseriti in comunità anno 2017 e confronto con anni precedenti**

COMUNE	2014	2015	2016	2017
Castelfranco Emilia	15	15	11	19
San Cesario s/P	NP	NP	NP	3
Nonantola	6	7	6	3
Bastiglia	3	4	3	1
Bomporto	1	1	4	3
Ravarino	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>29</b>

### 1.7.AZIONI A SOSTEGNO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La rete dei servizi per la non autosufficienza è stata oggetto di ridefinizione nel corso degli ultimi anni sia rispetto ai modelli gestionali che alla tipologia di persone cui si rivolge, ridefinizione resasi necessaria per rispondere con sempre maggiore appropriatezza all'evolversi dei bisogni presenti e al cambiamento del tessuto sociale nel quale sia i bisogni che la rete dei servizi preposti si inseriscono.

### 1.8 ANZIANI

Si è consolidata l'attività a sostegno della popolazione anziana e con gravi disabilità del Distretto n. 7 favorendo, in particolare quegli interventi e progetti assistenziali tesi a realizzare interventi di tutela e presa in carico delle situazioni di disagio e di fragilità sociale, con la creazione di percorsi assistenziali e di valutazione volte a sostenere l'utente nel proprio ambiente di vita ma anche avvalendosi della rete integrata dei servizi socio-assistenziali, compresi quelli residenziali e semiresidenziali.

In questo ambito, vengono attivati progetti personalizzati e temporanei di supporto e tutoring alle famiglie al fine di facilitare il rientro al domicilio, dopo un ricovero ospedaliero.

Le Dimissioni protette rappresentano un servizio qualificato su tutto il territorio distrettuale garantito dal Punto Unico di Accesso socio-sanitario. Nella pluralità di offerte residenziali, sono stati garantiti posti di tipo temporaneo per rispondere alle richieste di sollievo avanzate dai familiari degli assistiti, rafforzando in questo modo sostegno alla domiciliarità.

L'analisi pluriennale degli esiti delle valutazioni che ogni anno vengono effettuate sembra confermare come l'ingresso in struttura avvenga sempre di più in concomitanza con significativi peggioramenti di salute e di autonomia, tali da rendere difficile il mantenimento al domicilio.

### 1.9 DISABILI

Il Distretto di Castelfranco Emilia ha creato una diversificata rete di interventi e strutture rivolte alle persone con disabilità e alle loro famiglie, intervenendo per analizzare e rispondere ai bisogni presenti, promuovere l'integrazione sociale, sostenere il lavoro di cura delle famiglie e la possibilità di permanenza al proprio domicilio e nel proprio contesto sociale delle persone con disabilità.

Il sostegno alla domiciliarità è uno degli obiettivi prioritari delle amministrazioni del Distretto, obiettivo perseguito attraverso una serie di strutture ed interventi finalizzati al mantenimento/potenziamento delle capacità delle persone con disabilità e al sostegno del lavoro di cura del contesto familiare.

Rientrano in tali interventi, le strutture diurne (Centri Diurni e Laboratori Protetti/socio-occupazionali), interventi quali l'assistenza domiciliare e attività quali quelle svolte dall'educativa territoriale e anche

contributi economici quali l'assegno di cura (anche quello relativo alle gravissime disabilità acquisite) che viene erogato a fronte di uno specifico Progetto Assistenziale Individualizzato del servizio sociale che parte dal riconoscimento della situazione di gravità della persona con disabilità e tiene conto delle sue risorse e della tenuta del contesto familiare in relazione alle caratteristiche e alle esigenze di accudimento.

Per quanto concerne la risposta di tipo residenziale, a fronte di una organizzazione relativa alle esigenze di residenzialità delle persone con gravissima disabilità acquisita (GRACER) realizzata soprattutto attraverso la RSA di Castelfranco Emilia, la risposta alle esigenze delle persone con diversi livelli di disabilità viene erogata soprattutto attraverso strutture extra distrettuali.

Rispetto alla domanda o alla opportunità di accesso alle strutture e servizi della rete distrettuale non emergono attualmente problemi di liste d'attesa e di domande non accolte.

Tabella 9 - INTERVENTI PER ANZIANI									
Assistenza residenziale CRA	Assistenza semi-residenziale CD	Sostegno progetti assistenziali individuali c/o strutture residenziali non convenzionate (punto 5 dgr n. 1378/99)		Interventi rivolti a gruppi di Caregiver familiari di persone anziane					
n. Posti letto servizi accreditati (e convenzionati residui) finanziati con FRNA al 31/12/17	n. Posti servizi accreditati (e convenzionati residui) finanziati con FRNA al 31/12/17	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nell'anno 2017	N° giornate annue di effettivo utilizzo dei posti nell'anno 2017	N° Utenti totali che hanno usufruito del seguente servizio/intervento nell'anno 2017			N° iniziative attive nel 2017: per i caffè inserire i punti fisici attivi (e non il n° di incontri); per le iniziative informative o formative il n° eventi (ad es. un corso è 1 evento, anche se la frequenza prevede 3 incontri); per i gruppi qui è necessario mettere il n° di gruppi e non il numero di persone o numero di volte che i gruppi si sono riuniti.		
				iniziative di informazione, formazione (educazione care-givers) e altri interventi	Gruppi di sostegno/ auto-aiuto	Caffè Alzheimer	iniziative di informazione, formazione (educazione care-givers) e altri interventi	Gruppi di sostegno/ auto-aiuto	Caffè Alzheimer
177	50	0	0	265	50	22	8	2	9

Tabella 10 - INTERVENTI PER DISABILI														
Centri socio-riabilitativi residenziali accreditati		Accoglienza temporanea per l'autonomia personale o il sollievo dei caregiver (Dgr 1230/08)		Strutture residenziali di livello medio (comunità alloggio, gruppi appartamento, residenze protette)			Inserimenti in altre strutture residenziali (ad es. strutture fuori regione, strutture residenziali per anziani...) <u>DIVERSE dai CSRR e dalle altre residenze per disabili di livello medio.</u>		centri socio-riabilitativi diurni accreditati		centri socio-occupazionali/ laboratori protetti		Attività rivolta ai gruppi disabili (formazione, informazione, educazione, ecc.) come al punto 2.3 Dgr 1230/08	
N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nel 2017	N° giornate effettivo utilizzo nell'anno 2017	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nel 2017	N° giornate effettivo utilizzo nell'anno 2017	N° posti utilizzati al 31/12/16	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nel 2017	N° giornate effettivo utilizzo nell'anno 2017	N° utenti totali inseriti Nell'anno	N° giornate totali	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nel 2017	N° giornate effettivo utilizzo nell'anno 2017	N° posti utilizzati al 31/12/17	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nel 2017	N° giornate effettivo utilizzo nell'anno 2017	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nell'anno 2017
6	2.037	0	0	15	15	5.026	0	0	28	5.521	TOT 48	TOT 47	10.691	0

Tabella 11 - ASSISTENZA DOMICILIARE, SERVIZI ACCESSORI e DIMISSIONI PROTETTE (anziani e disabili)												
Assistenza domiciliare socio-assistenziale anziani (solo qualla accreditata)			Assistenza domiciliare con finalità socio -educativa disabili (solo qualla accreditata)			Assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziale disabili (solo qualla accreditata)			Assistenza domiciliare		Servizi accessori a sostegno del progetto individualizzato di vita	
N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nell'anno 2017	N° ore anno 2017 erogate		N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nell'anno 2017	N° ore anno 2017 erogate		N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nell'anno 2017	N° ore anno 2017 erogate		Programma di Dimissioni protette		N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento	
	Interventi SOSTENUTI CON IL FRNA	Interventi di Assistenza a domiciliari e NON SOSTENUTI CON IL FRNA		Interventi SOSTENUTI CON IL FRNA	Interventi NON SOSTENUTI CON IL FRNA		Interventi SOSTENUTI CON IL FRNA	Interventi NON SOSTENUTI CON IL FRNA	N° ore anno 2017 erogate	N° Utenti totali che hanno usufruito del servizio/intervento nell'anno 2017	Anziani	Disabili
162	23.116	2.775	19	2.189	0	12	0	1.030	610	398	92	36

Tabella 12 - Sostegno alla Domiciliarità	
DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA	N. UTENTI 2017
Accoglienza temporanea di sollievo DGR 1206/07	64
Strutture Semi - Residenziali per anziani (Centri Diurni)	103

Tabella 13 - Assegni di cura	
ASSEGNI DI CURA	2017
N. Assegni di cura in corso d'anno	165
N. Assegni di cura cessati in corso d'anno	57
N. Assegni di cura attivati in corso d'anno	38
Contributo € 160,00	82+9 disabili
N. Assegni di cura GRACER (GDA+GDA SLA)	12

Tabella 14 - Attività rivolta ai gruppi*	
Caffè Alzheimer	2017
N. utenti	22

\*attività di intrattenimento e di esercizio per la memoria e di aggregazione.

### 1.10 AZIONI A SOSTEGNO DELLE POLITICHE ABITATIVE

Il territorio regionale si caratterizza per una elevata presenza di famiglie che ha la proprietà della casa, il che corrisponde, in molti casi, ad un ingente ricorso al credito per l'acquisto e all'indebitamento. Sono in costante aumento però, i cittadini che hanno difficoltà di accesso all'abitazione e che non sono nella condizione di acquistare un alloggio o che pagano canoni di affitto troppo elevati.

Le richieste ai Comuni di contributi per l'affitto, da parte dei cittadini in difficoltà, sono alte, mentre le risposte dei Servizi vengono giudicate soddisfacenti solo in pochi territori. A tal fine è in corso un'attività di promozione di politiche degli affitti a canone concordato ed è stato varato un progetto "Alloggi in garanzia" e "Affitto casa garantito".

La domanda di "casa" è trasversale alla popolazione, ma è diffuso che alcuni target maggiormente fragili tendono ad assorbire in maniera significativa un'offerta di per sé non sufficiente, fra questi: famiglie numerose (il più delle volte famiglie immigrate) e famiglie uni personali (quindi anziani).

La situazione delle graduatorie per l'assegnazione di alloggi ERP pare testimoniare la necessità di investimenti nell'edilizia pubblica in quanto è oggettiva la richiesta di sostegno dei cittadini rispetto all'abitazione, ma allo stesso tempo aumentano anche le situazioni spia di un potenziale disagio per chi la casa ce l'ha, come ad esempio famiglie di giovani coppie, anziani e immigrati. Negli anni passati il numero di assegnazioni di alloggi popolari era molto più elevato in quanto le persone miglioravano la propria situazione economica e abbandonavano l'alloggio; negli ultimi anni invece il numero di assegnazioni si è abbassato drasticamente a causa della situazione di crisi in cui versano i cittadini e le assegnazioni sono il più delle volte limitate e condizionate dal decesso delle persone anziane.

Tabella 15 - Alloggi e domande E.R.P. - Dati al 31/12/2017

Comune	N. alloggi	N. domanda presentate
Castelfranco Emilia	237	207
Bastiglia	23	30
Bomporto	68	45
Nonantola	74	127
Ravarino	54	32
San Cesario s/P	5	8

Tabella 16 - Canone medio E.R.P. - Anno 2017

Canone medio E.R.P.	€ 149,45
Canone medio Alloggi Residenziali Sociali	€ 209,68

## 2. MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE E ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AMBITO DISTRETTUALE

### 2.1 SERVIZIO SOCIALE E SOCIO – SANITARIO

I Comuni di Castelfranco Emilia e San Cesario, rispettivamente con deliberazioni consiliari n. 69 del 12.09.2017 e n. 47 del 11.09.2017, hanno disposto il trasferimento all'Unione Comuni del Sorbara, delle funzioni relative ai servizi sociali e socio-sanitari, avendo i restanti Comuni di Bastiglia, Bomporto, Nonantola e Ravarino già provveduto a detto trasferimento nell'anno 2011.



---

L'esercizio unificato delle funzioni ricomprende tutti i compiti, gli interventi e le attività che la legislazione nazionale e regionale e la programmazione regionale e distrettuale assegnano a questo ambito funzionale dei Comuni, in particolare sono state oggetto di trasferimento le seguenti funzioni :

- Programmazione, regolazione e committenza, ivi incluso l'accREDITamento di strutture e servizi sociali e socio-sanitari
- Servizio sociale territoriale : comprendente sportelli sociali per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari
- Erogazione delle prestazioni sociali previste dalla legislazione nazionale e regionale e dalla programmazione regionale e distrettuale
- Sviluppo di politiche comunitarie e familiari, incluse le attività del centro per le famiglie e la mediazione familiare e interventi per la promozione sociale
- Realizzazione di programmi di informazione e di prevenzione dei rischi sociali
- Vigilanza su strutture e servizi sociali e socio-sanitari
- Progettazione e sperimentazione di nuovi servizi
- Sviluppo e gestione del Sistema informativo sociale
- Sviluppo di Sistemi di gestione della qualità dell'organizzazione e delle prestazioni
- Formazione, aggiornamento e addestramento del personale
- Ricerca sociale e rendicontazione sociale
- Interventi per favorire la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria
- Interventi integrati con i servizi educativi e con i servizi per l'impiego;
- Azioni e programmi a contrasto della violenza di genere.

Al fine di garantire completezza ed organicità degli interventi al servizio sociale e socio – sanitario dell'Unione sono altresì state delegate le funzioni inerenti :

- le politiche abitative
- le politiche giovanili

Con il trasferimento all'Unione delle funzioni inerenti i servizi sociali e socio – sanitari si è compiuta, così come previsto dalla L.R. 21/2012, la coincidenza dell'Ambito territoriale ottimale con il Distretto sanitario, nonché individuato il Distretto come nodo della governance locale e luogo della programmazione integrata, della sperimentazione di nuove configurazioni organizzative dei servizi nonché luogo di valorizzazione delle variabilità e delle differenze.

Il Comitato di Distretto, definito dalle Leggi Regionali n.19/94 e n. 29/04, svolge pertanto il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali e, a seguito del trasferimento delle funzioni, coincide con la Giunta dell'Unione; al Comitato di Distretto partecipa il Direttore del Distretto per concertare gli indirizzi in ambito sociosanitario e sanitario territoriale.

L'Unione per esercitare le competenze, le funzioni e svolgere le attività conferite si è dotata di un unico Servizio sociale e socio-sanitario, inserito all'interno dell'Area Servizi alla persona dell'Unione stessa.

Al fine di salvaguardare le specificità territoriali dei servizi, pur rispettando l'unitarietà delle attività di programmazione – pianificazione - controllo - committenza, l'ambito funzionale è stato articolato in due Poli tecnici:

- Polo tecnico 1 preposto alla erogazione dei servizi alla utenza stanziata nei Comuni di Castelfranco Emilia e San Cesario sul Panaro
- Polo tecnico 2 preposto alla erogazione dei servizi alla utenza stanziata nei Comuni di Bastiglia, Bomporto, Nonantola e Ravarino

L'articolazione dell'ambito funzionale in due poli tecnici, mira a favorire, così come previsto dalla DGR 1012/2014 “ Linee guida per il riordino del Servizio Sociale Territoriale”, l'erogazione di attività rivolte ai cittadini maggiormente ancorate alle specificità territoriali, favorendo in tal modo la prossimità al territorio e l'integrazione del servizio sociale territoriale con i diversi attori locali.

Presso ognuno dei Comuni facenti parte dell'Unione è presente lo **sportello sociale** a cui spetta il compito di :

- Informare i cittadini sul sistema di offerta dei servizi pubblici e/o del privato sociale operanti nel territorio
- Orientare in modo personalizzato le persone rispetto al ventaglio delle risorse presenti nel territorio
- Accompagnare il cittadino all'avvio del percorso valutativo
- Supportare il cittadino nell'iter di richiesta amministrativa

Lo sportello sociale di Bomporto e Castelfranco è dislocato all'interno della casa della salute al fine di meglio garantire in modo coordinato la funzione di accesso all'assistenza socio - assistenziale, socio – sanitaria e sanitaria e di valutazione del bisogno.

Presso ogni dislocazione territoriale dello sportello sociale è altresì attivo un **punto per l'accesso al REI/RES** (così come previsto dal D.Lgs 147/2017 “ Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà) non si è ritenuto infatti possibile distinguere l'area della cosiddetta “povertà” da tutta l'offerta dei servizi sociali, consapevoli che il consolidamento della rete dei servizi territoriali è elemento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di contrasto alla povertà ed inclusione sociale.

Lo sportello sociale dei Comuni di Bastiglia, Bomporto, Nonantola e Ravarino svolge anche le funzioni di sportello informativo stranieri, con competenze relative a :

- prenotazione on – line, per appuntamenti informativi per consegna documenti Questura/ Commissariato, appuntamenti per il ritiro di permessi di soggiorno, appuntamenti con la Prefettura per le richieste di rilascio primo permesso di soggiorno ...
- consegna modulistica relativa a : visti d'ingresso , richiesta cittadinanza...
- informazioni: modalità di rilascio permessi di soggiorno, permesse CE, flussi d'ingresso ....

mentre i Comuni di Castelfranco Emilia e san Cesario s/P svolgono le medesime competenze con sportelli informativi specialistici.

Presso ogni Polo tecnico opera il **servizio sociale professionale**, la cui organizzazione del lavoro, in linea con gli attuali orientamenti del welfare comunitario, è basata su un approccio per macroprogettualità; presso ciascun polo tecnico sono altresì presenti operatori dedicati all'ambito specialistico della tutela minori.

Nel corso di vigenza del presente Piano di zona triennale si intende individuare processi operativi che favoriscano lo sviluppo di una maggiore interazione tra gli operatori dedicati alle attività di sportello sociale, oltre che degli altri punti di accesso sia sociali che sanitari del territorio ( punto unico di accesso socio – sanitario, sportello informativo del Centro per le famiglie, Casa della salute, Centro per l'impiego ..) al fine di rendere maggiormente flessibili e tempestivi i processi di accoglienza e orientamento dei cittadini, oltre che di completare l'omogenizzazione delle procedure e degli atti regolamentari.

Il Servizio Sociale territoriale dell'Unione, costituito da sportello sociale e servizio sociale professionale, rappresenta lo snodo più vicino alle comunità locali e deve riuscire a sviluppare/implementare la capacità di relazionarsi, collaborare e co-costruire con i cittadini e con la comunità di cui fa parte.

Nell'ambito delle competenze attribuite ai **Responsabili dei due poli tecnici** compete in particolare supportare il processo di analisi del territorio e di definizione di scelte di programmatiche unitarie; l'unitarietà dell'azione programmatica e di governance organizzativa – gestionale dell'Unione è assicurata dall'**Ufficio di Piano**, compreso nell'organizzazione dell'Unione ( composto dai Responsabili dei due poli tecnici) ed integrato con l'AUSL.

## 2.2. CASA DELLA SALUTE

Nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera, territoriale e socio – sanitaria, a partire dall'anno 2013, si è avviato nell'ambito distrettuale il percorso di sviluppo delle Case della Salute.

Allo stato attuale sono presenti due Case della Salute con due distinti livelli di complessità :

- Casa della Salute a media/alta complessità assistenziale ( Hub) situata a Castelfranco

- 
- Casa della Salute a bassa complessità assistenziale ( Spoke) situata a Bomporto

Le Case della Salute sono articolate, così come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 2128/2016 contenente indicazioni per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa, nelle seguenti sei aree d'intervento :

- Prevenzione e promozione della salute
- Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni
- Popolazione con bisogni occasionali – episodici
- Cronicità
- Non autosufficienza
- Rete cure palliative

all'interno di ciascuna area le diverse attività sono organizzate per percorsi, programmi, progetti secondo uno stile di lavoro in equipe multi professionale e interdisciplinare.

Al fine di consentire una più efficace integrazione delle diverse competenze professionali e tecniche presenti nel servizio, è stato individuato, così come previsto dalle indicazioni regionali, un apposito "Board" gestionale – organizzativo, quale organismo formale e sostanziale di partecipazione alle decisioni da parte dei principali attori afferenti alla Casa della Salute stessa.

La gestione delle Case della Salute è assegnata al Dipartimento di Cure Primarie, che ha affidato la responsabilità organizzativa ad un infermiere con comprovate competenze gestionali - organizzative. Tra le funzioni del Responsabile Organizzativo vi è anche quella di coordinare il board gestionale.

Con Decisione 947 del 23.5.2018 del Direttore del Distretto è stato istituito un board direttivo unico della Casa della Salute di Castelfranco E. e Bomporto integrando le figure professionali previste dalla DGR 2128/2016 con altri professionisti che rappresentano le attività, i servizi e gli Enti presenti nel territorio distrettuale e finalizzati alla risposta dei bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione, e più precisamente :

- Responsabile organizzativo delle Case della Salute
- Direttore del Distretto
- Direttore DAST o suo delegato
- Coordinatori NCP
- Servizio Sociale Territoriale
- Referente area benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni
- Referente Area prevenzione e presa in carico della cronicità
- Referente area Non Autosufficienza
- Referente area cure palliative
- Referente Ospedale di Comunità (Coordinatore e Responsabile Clinico)
- Responsabile Amministrativo
- Referente distrettuale direzione socio-sanitaria
- Referente Salute Mentale
- Referente NPIA
- Referente Fisioterapia
- Referente Salute Donna
- Rappresentante della comunità (volontario con formazione Community Lab)
- Rappresentante delle associazioni (Presidente CCM)
- Altro ( a seconda dell'argomento trattato)

Il board unico distrettuale ha come principale finalità la programmazione e verifica dei progetti integrati che si sviluppano nelle Case della Salute del Distretto.

Nel corso del triennio di vigenza del presenza piano si intende implementare l'integrazione tra le Case della Salute e i diversi nodi della rete dei servizi territoriali al fine di garantire la continuità assistenziale nonché promuovere, anche con l'utilizzo di strumenti innovativi ( percorso community lab ) la piena partecipazione della comunità ( pazienti, caregiver, associazioni, organizzazioni di volontariato ...) all'interno del struttura. Le Case della Salute devono infatti sempre più diventare parte integrante dell'identità della comunità,

---

connotarsi quale luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse del territorio, luogo in cui si possa sviluppare empowerment.

**2.3 Punto Unico di Accesso Socio – Sanitario ( PUASS )** : presso la casa della salute di Castelfranco Emilia è presente un punto di accesso integrato rivolto a tutti i cittadini residenti nell'Unione.

Il PUASS è una modalità organizzativa, rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie e socio – sanitarie.

Ha lo scopo di garantire accessibilità, appropriatezza ed equità di risposta nell'utilizzo dei servizi sanitari e socio – sanitari promuovendo prioritariamente la domiciliarità e garantendo la continuità tra i diversi interventi di cura e assistenza.

**Le funzioni del PUASS sono le seguenti**

- organizzazione della valutazione multidimensionale nelle sue diverse forme;
- valutazione della condizione di non autosufficienza per accedere ai servizi socio-sanitari attraverso l'attivazione della valutazione multidimensionale;
- pianificazione delle dimissioni protette;
- attivazione e gestione dei progetti temporanei e garanzia di continuità nella presa in carico nel passaggio ai servizi territoriali;
- facilitazione dell'integrazione tra i diversi professionisti che lavorano nei servizi territoriali, ospedalieri e del servizio sociale;
- coordinamento operativo di particolari percorsi o protocolli come quelli della Protesica o gestione di eventuali visite specialistiche domiciliari;
- gestione dell'accesso, delle liste di attesa e delle graduatorie uniche per accedere ai servizi della rete socio-sanitaria integrata e all'Ospedale di Comunità(OsCo);
- valutazione di avvio e monitoraggio dei progetti sostenuti da assegni di cura;
- promozione della formazione multiprofessionale;
- gestione e attivazione NED per Case Residenza per Anziani;
- attivazione consulenze specialistiche a domicilio;
- attivazione percorso riabilitativo a domicilio;
- informazione al cittadino sui servizi socio-sanitari territoriali.

In merito alla funzione specifica di gestione dell'accesso ai servizi socio-sanitari e di valutazione multidimensionale, al PUASS compete quanto segue:

- Accoglienza della domanda: accoglie tutte le segnalazioni provenienti dai servizi della rete o dagli utenti per le quali sia necessaria una valutazione integrata e svolge una prima indagine conoscitiva dei bisogni sociali e sanitari della persona, indagine che avviene con una raccolta di informazioni attraverso l'integrazione con lo sportello sociale, Medici di Medicina Generale (MMG), presidi e servizi territoriali e ospedalieri.
- Valutazione multidimensionale della domanda attraverso l'attivazione di una équipe multi professionale e multidisciplinare di primo e/o di secondo livello (UVM) nelle quali si definiscono presa in carico, valutazione della condizione di non autosufficienza, predisposizione di un piano di intervento con accesso ai servizi socio-sanitari e sanitari.

Per svolgere queste funzioni le **équipe di primo e secondo livello** devono essere dotate dei necessari strumenti di conoscenza dei servizi disponibili sul territorio e delle risorse attivabili, devono, inoltre, essere in grado di valutare le ricadute organizzative gestionali di quanto viene proposto all'utente, verificando costantemente le risorse assegnate rispetto ai programmi autorizzati.

Le équipe assicurano il controllo e la valutazione degli interventi e un costante rapporto di collaborazione con i soggetti gestori dei servizi e degli interventi.

UVM (Unità di Valutazione Multi-professionale) di 1° livello : rappresenta uno strumento snello, un filtro in grado di attivare i servizi più appropriati e rispondenti ai bisogni della persona. L'UVM 1° livello è composta da un Assistente Sociale e da un infermiere del PUASS; è chiamata ad effettuare una valutazione dei casi su segnalazione del Servizio Sociale territoriale o dei servizi sanitari territoriali.

---

L'infermiera e l'assistente sociale, considerata la situazione, le risorse della famiglia e della rete sociale, sentito il MMG, valutano il bisogno del cittadino e definiscono il progetto individuale, prevedendo, quando opportuno l'accesso ai servizi socio-sanitari della rete.

Questi professionisti sono abilitati alla compilazione dell'indice BINA e alla valutazione della condizione di non autosufficienza.

UVM 2° livello territoriale e ospedaliera : viene attivata nei casi di maggiore complessità e prevede la presenza, oltre che dell'assistente sociale e dell'infermiera, di altri professionisti quali il geriatra, il neurologo, lo psichiatra, il palliativista/inter pares, il fisioterapista, il fisiatra, ecc.

Effettua una valutazione più approfondita per casi complessi che richiedono:

- l'interazione di più servizi e interventi (come ad es. pazienti con comorbidità, importanti bisogni sanitari, presenza di doppia diagnosi, multiproblematicità del nucleo familiare, etc...);
- la garanzia della continuità della presa in carico nei passaggi tra servizi di diversa competenza, anche legata all'età, a cambiamenti della situazione personale e familiare, all'avvio o conclusione di percorsi terapeutici e/o riabilitativi;
- l'attivazione di risorse straordinarie rispetto a quanto previsto.

Le figure professionali che operano per lo svolgimento delle funzioni del PUASS sono:

- responsabile
- infermiere coordinatore
- infermieri dedicati in numero adeguato rispetto all'attività da svolgere
- assistenti sociali territoriali delle quali una con funzioni dedicate in via esclusiva alla gestione delle attività del PUASS
- personale amministrativo con monte ore adeguato all'attività da svolgere
- altre figure professionali, quali OSS, Educatore Professionale, specialisti clinici, fisioterapisti..

Le competenze e abilità di chi opera al PUASS, in particolare dell'infermiere, devono essere competenze di case management e in particolare relazionali/comunicative, di coordinamento, relative a conoscenza della rete, conoscenze dei sistemi di valutazione e di utilizzo dei sistemi informatici.

In particolare alle diverse figure professionali attengono i seguenti compiti/funzioni/responsabilità :

- Responsabile organizzativo :
  - e' responsabile della traduzione operativa delle linee programmatiche elaborate in sede di Comitato di Distretto;
  - è' responsabile e cura il monitoraggio del budget e degli obiettivi assegnati sia in ambito socio-sanitario che sanitario;
  - è' responsabile del flusso dei dati di attività del PUASS, della loro analisi e dell'assolvimento del debito informativo nel rispetto delle modalità definite in ambito distrettuale;
  - è responsabile della corretta tenuta della documentazione socio-sanitaria relativa all'attività del PUASS;
  - ha la responsabilità di garantire il buon funzionamento del PUASS garantendo anche azioni in ambito formativo ed organizzativo funzionali al perseguimento degli obiettivi del Servizio;
  - garantisce che gli operatori del PUASS rispettino procedure/regolamenti/protocolli organizzativi di ambito distrettuale;
  - Risponde in caso di contestazioni ai reclamanti;
- Responsabile clinico :
  - è responsabile della valutazione sulla documentazione clinica per definire il progetto/percorso più appropriato
  - mantiene in modo diretto o attraverso i propri collaboratori adeguate e funzionali relazioni con tutti i servizi e gli operatori sociali e sanitari coinvolti al fine di garantire una corretta analisi dei bisogni e continuità di cure;
  - garantisce adeguate e funzionali relazioni con tutti i servizi e gli operatori sociali e sanitari coinvolti al fine di garantire una corretta analisi dei bisogni e continuità di cure;
  - partecipa alla condivisione del progetto assistenziale con utenti/familiari nei casi più
- Infermiere :

- 
- svolge funzioni di case -management a partire dalla segnalazione del bisogno fino all' esito della valutazione;
  - raccoglie tutte le informazioni utili per approfondimento della segnalazione;
  - garantisce le integrazioni delle interfacce tra i diversi setting assistenziali che partecipano al percorso di cura garantendone la continuità(dimissione protetta);
  - partecipa alla valutazione multidimensionale di 1° e 2° livello;
  - collabora con gli operatori coinvolti nella valutazione multidimensionale;
  - conosce e compila gli strumenti idonei per elaborare un progetto personalizzato;
  - conosce le caratteristiche dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio;
  - conosce le tecniche base della comunicazione e relazione con gli utenti;
  - collabora alla tenuta della documentazione clinica.
  - Assistente Sociale Territoriale con funzioni dedicate
    - coordina la traduzione operativa delle linee programmatiche/obiettivi assegnati dal Responsabile del PUASS per la parte di competenza;
    - assegna e coordina i compiti relativi alla corretta tenuta del flusso dei dati sull'attività sociale/socio-sanitaria del PUASS e ne risponde al Responsabile;
    - verifica la corretta tenuta della documentazione sociale e socio-sanitaria relativa all'attività del PUASS e ne risponde al Responsabile;
    - partecipa a tavoli e gruppi di lavoro finalizzati alla redazione di documenti, protocolli, procedure/istruzioni operative inerenti all'attività del PUASS;
    - è responsabile del supporto alle Assistenti Sociali territoriali attraverso momenti di confronto, formazione sul campo, sulle situazioni problematiche, di verifica e rivalutazione periodica dell'attività delle criticità emerse e attraverso la condivisione di nuove procedure/progetti;
    - partecipa all'elaborazione, attuazione, verifica in termini tecnico-professionali, in ambito distrettuale, dei percorsi di miglioramento delle attività svolte dal PUASS;
    - mantiene, per la parte di competenza e in modo diretto, adeguate e funzionali relazioni con gli operatori sociali e sanitari coinvolti al fine di garantire una corretta analisi dei bisogni e continuità di cure;
    - mantiene aggiornata la disponibilità di posti nei servizi socio – sanitari residenziali e semiresidenziali e gestisce, quando presenti, liste di attesa o graduatoria unica relativa agli ingressi.
  - Assistenti Sociali Territoriali :
    - forniscono informazioni sulle risorse e servizi esistenti e accessibili sul territorio;
    - svolgono attività di accoglienza e analisi della domanda, valutano la situazione anche in collaborazione con altri operatori sociali o sanitari coinvolti, orientano la domanda dopo la fase di accoglienza;
    - interagiscono con i familiari/care giver e si raccordano con le altre assistenti sociali del territorio;
    - si attivano, in base all'organizzazione distrettuale, per agire sulla qualità degli ambienti domestici;
    - partecipano alla valutazione multidimensionale e garantiscono, assieme agli altri operatori la continuità di cure nel passaggio ospedale-territorio per la parte di competenza o con funzioni di case manager quando opportuno e stabilito in sede di valutazione;
    - seguono il percorso dalla segnalazione all'esito della valutazione e gestiscono il programma informatizzato per la parte di competenza.
  - Personale amministrativo : si tratta di figure di supporto al Responsabile del PUASS e al Coordinatore Infermieristico con compiti di:
    - Back office : elaborazione provvedimenti amministrativi; funzioni amministrative di segreteria,
    - Front office : filtro e prima informazione nei confronti dei cittadini/reparti ospedalieri/ strutture protette.

---

Nei contesti organizzativi rappresentati dalle Case della salute e dall'evoluzione strategia del PUASS assume un ruolo specifico la figura professionale dell'Assistente Sociale, quale figura strategica per garantire l'integrazione socio-sanitaria, partecipando alle attività di valutazione multidimensionale e di formulazione del piano personalizzato di assistenza. Nell'ambito dei percorsi già avviati si intende proseguire nella individuazione del PUASS quale punto organizzativo della valutazione multiprofessionale nell'ambito della non auto-sufficienza/casi complessi, attraverso lo sviluppo di nuove modalità operative e di strumenti/procedure di valutazione condivisi tra tutti i professionisti dell'area socio-sanitaria.

## **2.4 AZIENDA PUBBLICA DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

In attuazione della Legge regionale n. 12/2013, l'Unione si avvarrà per la gestione pubblica dei servizi sociali dell'ASP distrettuale "Delia Repetto"; l'erogazione dei servizi da parte dell'Azienda servizi alla Persona, per il particolare inquadramento giuridico che l'ordinamento le riserva e che la rende un soggetto in grado di operare con la necessaria flessibilità organizzativa e funzionale, si presenta come un'opportunità di vantaggioso cambiamento per il territorio distrettuale.

Così come previsto dalla normativa regionale sul riordino delle forme pubbliche di gestione dei servizi sociali e socio – sanitari, l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona è infatti lo strumento per tendere al superamento della frammentazione esistente nella gestione dei servizi, al fine di garantire maggiore adeguatezza gestionale e sostenibilità, qualità ed integrazione dei servizi, oltre che assicurare razionalizzazione amministrativa.

Poiché attualmente l'ASP è deputata alla gestione del Centro diurno e della Casa Residenza, un investimento in termini di conferimento di compiti e attività richiede una necessaria rivisitazione della forma organizzativa.

Al fine di rendere l'Azienda equiparabile in termini di costi e livelli prestazionali alle altre Aziende pubbliche presenti sul territorio regionale e provinciale e di creare i presupposti perché possa conseguire una maggiore efficienza ed economicità, migliorando, relativamente ai servizi oggetto di accreditamento, i rapporti costi sostenuti/costi standard regionali, nell'ambito di vigenza del Piano si prevede di procedere con l'affidamento della gestione dei seguenti ulteriori servizi :

- Sub-committenza dei servizi socio-sanitari accreditati a soggetti privati
- Servizi per anziani e disabili non accreditati
- Servizio per l'inserimento lavorativo
- Servizi per stranieri

Nel periodo di validità del presente Piano di Zona si procederà allo sviluppo dello Studio di Fattibilità attraverso cui individuare tempi, fasi e modalità progressive di conferimento all'ASP, che rappresenta l'unica forma pubblica di gestione dell'ambito distrettuale, dei servizi sopracitati o di altri interventi/servizi che si riterrà di conferire.

Alla fase di individuazione dei servizi la cui gestione dovrà confluire nell'ASP distrettuale corrisponderà una fase in cui definire la riorganizzazione del servizio sociale e socio – sanitario dell'Unione nel rispetto della separazione tra le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica della rete dei servizi da porre in capo al soggetto istituzionale ( unione) dalle attività di gestione ed erogazione ( affidate ai soggetti erogatori pubblici e privati).

## **3.SCELTE STRATEGICHE E PRIORITA'**

Lo sviluppo dell'Unione inteso anche quale luogo di sperimentazione di nuove configurazioni organizzative dei servizi, ha evidenziato, come emerso anche nel corso del processo per la definizione del presente Piano di zona triennale ( vedi capitolo 5 - PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO), la necessità di adeguarsi alla complessità contemporanea con la consapevolezza che l'organizzazione dei servizi per target ( minori, adolescenti, disabili, anziani ...) non appare più funzionale a rispondere a problematiche sempre più intrecciate tra loro e non facilmente categorizzabili in precise etichette e dove non è più sufficiente aspettare che siano gli utenti a bussare alla porta dei servizi, quando il loro problema si è fatto insostenibile

---

o cronicizzato, ma è necessario andare verso la nuova vulnerabilità sociale e generare nuove risorse per essere in grado di intervenire già dalle fasi iniziali del disagio.

In linea con gli indirizzi del Piano Sociale e Sanitario regionale, si intende proseguire nell'azione di implementazione **dell'integrazione, istituzionale – gestionale – professionale**, tra i servizi sociali e sanitari, del lavoro oltre che culturali ed educativi del territorio e nello sviluppo della prossimità intesa come nuovo approccio dei servizi, che si caratterizza dall'utilizzo di una metodologia comunitaria (dall'andare verso, essere nei luoghi di vita) trasversale a diverse istituzioni, soggetti e servizi.

In particolare nell'ambito dell'**integrazione** si intende :

- potenziare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno attivando maggiori sinergie tra i vari punti di accesso, in particolare dei servizi sociali e sanitari.
- proseguire nello sviluppo ed implementazione dell'integrazione gestionale e professionale tra servizi sociali e sanitari da realizzarsi, prioritariamente nell'ambito delle attività della Casa della salute, attraverso il metodo della co - costruzione di un progetto di cura e di vita personalizzato sia per gli adulti ( multiproblematici, disabili, anziani..) che per i bambini e i giovani attraverso lo strumento dell'unità di valutazione multidimensionale tra servizi sociali e sanitari, potenziando in particolare l'integrazione gestionale e professionale a favore di bambini e adolescenti, attraverso lo sviluppo di equipè di territoriali e di secondo livello, che, così come previsto dalla legge regionale n.14/2018 “ Norme in materia di politiche per le giovani generazioni, garantiscano presa in carico e progettazione individualizzata .
- proseguire nel consolidamento dell'utilizzo del budget di salute, quale nuovo strumento di integrazione socio – sanitaria per progetti di cura e di autonomia; il modello budget di salute, rappresenta infatti il passaggio culturale da un approccio basato sulla erogazione di prestazioni, alla costruzione di un progetto insieme alla persona e alla famiglia, di un progetto personalizzato che parta dai bisogni, dalle risorse e dai desideri della persona stessa e che preveda la presenza di vari interventi afferenti alle diverse aree che costituiscono i principali determinati sociali di salute (abitare, formazione- lavoro, socialità)
- estendere l'operatività dell'equipè multiprofessionale ( sociale – sanitaria – del lavoro) attivata con gli Accordi di Programma e i Piani integrati previsti dall'art. 4 della legge regionale n.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” alla valutazione e presa in carico dei nuclei familiari destinatari di misure ( nazionali, regionali, locali ) di contrasto alla povertà ( vedi cap. 4 – Sezione povertà)
- sviluppare l'integrazione tra i servizi sociali (SST) e sanitari ( Consultorio Familiare, Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Pediatria di comunità ...) con i servizi culturali ed educativi del territorio in particolare per progettualità rivolte ai minori nei primi anni di vita ed a sostegno della genitorialità; anche sperimentando azioni centrate sui primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie che vedano una collaborazione tra servizi educativi ( nidi, coordinamenti pedagogici..) servizi sanitari e servizi sociali. ( vedi scheda n. 15 I primi 1000 giorni di vita e il sostegno alla genitorialità ).

L'integrazione delle politiche è strategica in una visione secondo cui la salute ed il benessere dei cittadini sono il risultato dell'azione dell'intera comunità; trasversale alle diverse schede d'intervento che compongono il Piano vi è la promozione di **azioni di promozione della salute e di prevenzione**, azioni che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

Nel corso del triennio si opererà per diffondere sani stili di vita e coesione sociale, per attuare, anche attraverso il percorso del community lab , azioni per il benessere nella prima infanzia, dei giovani e degli anziani, per la parità tra i generi e per la costruzione di competenze individuali e comunitarie che promuovono salute, che garantiscano attenzione ai gruppi fragili e che aumentino il senso di appartenenza alla comunità locale.

Particolare attenzione sarà altresì posta al fine di valorizzare e potenziare **il lavoro con le reti ed il lavoro di comunità**, promuovendo la costruzione di veri e propri “ *patti di collaborazione*” tra soggetti istituzionali, del mondo imprenditoriale e sindacale e del terzo settore, in cui ciascun soggetto, a partire dal proprio mandato, potrà dare il proprio contributo al benessere dell'intera comunità.



---

Aziende e sindacati saranno altresì chiamati ad ampliare il loro raggio di azione per condividere una nuova responsabilità sociale allargata all'intero nucleo familiare e, di conseguenza, al sistema di servizi del territorio in cui operano. Un allargamento alla comunità locale che presuppone una stretta collaborazione con le amministrazioni pubbliche e con gli altri stakeholder che a vario titolo operano a livello locale, attraverso un modello di secondo welfare che favorisca sussidiarietà e compartecipazione.

Lo sviluppo di una modalità di presa in carico dei bisogni proattiva e capacitante sarà realizzabile attraverso lo sviluppo della **responsabilità condivisa** anche dai e con i cittadini, le famiglie e le associazioni del territorio, nonché attraverso la possibilità di integrare l'organizzazione dei servizi (risorse umane ed economiche) con le risorse informali, chiamate a diventare parte del processo assistenziale.

In particolare nel corso del triennio si opererà in via prioritaria, anche attraverso il Centro Servizi per il Volontariato (CSV), coinvolgendo gli enti del Terzo settore in azioni volte a contrastare condizioni di fragilità e di svantaggio della persona e del suo nucleo familiare, collaborando in una logica di sussidiarietà con i servizi pubblici (sociali, sanitari, del lavoro, educativi) nell'azione di contrasto alla povertà (materiale, relazionale, educativa) e di sostegno all'inclusione attiva dell'intero nucleo familiare oltre che nella promozione di interventi/servizi innovativi rivolti alle giovani generazioni.

Si opererà inoltre

Dal punto di vista metodologico, si intende attivare e facilitare, anche attraverso il percorso del community lab (vedi cap.5 – PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO) un coinvolgimento sempre più ampio e qualificato dei numerosi attori del terzo settore attivi nel territorio, affinché costituiscano, attraverso una forte regia del sistema pubblico, un importante elemento di innovazione e qualificazione del sistema territoriale.

Operativamente si intende altresì promuovere e consolidare le esperienze di partecipazione sia in ambito socio – sanitario che culturale, educativo, sportivo ecc.. determinando, anche attraverso il loro coinvolgimento nella elaborazione della programmazione locale, i presupposti per procedimenti amministrativi volti alla costruzione di rapporti di collaborazione e di co-progettazione .

Investire nell'innovazione, nel lavoro di comunità e di rete e nell'integrazione tra operatori di aree diverse presuppone un significativo investimento in termini di tempo e risorse umane, particolare attenzione sarà pertanto posta, nel periodo di vigenza del presente piano, a sostenere con formazione e accompagnamento la diffusione, in particolare tra gli operatori dell'ambito sociale e sanitario, del metodo del lavoro di comunità.

Gli operatori dei servizi, sia di area sociale che sanitaria, devono poter essere in grado di dedicare parte del loro lavoro alla cura delle relazioni con la comunità; essi devono conoscere la comunità all'interno della quale operano, devono essere capaci di attivare collaborazioni e sviluppare metodologie partecipative e di coinvolgimento del territorio.

La **qualificazione dei servizi** rappresenta quindi un presupposto per garantire sia lo sviluppo dell'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione, funzione questa che deve necessariamente rimanere in capo ai soggetti pubblici (Unione/AUSL), presidiata da operatori formati e a conoscenza del sistema generale dei servizi ed in grado di attivare le risorse del territorio presso cui operano.

Infine l'importante ruolo di rappresentanza sociale svolto dalle **organizzazioni sindacali**, le quali, al pari degli altri attori pubblici e privati, sono chiamati nella co – costruzione del nuovo welfare e nella progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali .

Il Percorso di elaborazione partecipata del presente piano di zona ha visto infatti un importante ruolo svolto dalle organizzazioni sindacali, ruolo che si intende confermare e sviluppare anche nella successiva fase di progettazione/realizzazione, dove i vari attori coinvolti ( terzo settore, cittadini, OOSS...) saranno chiamati a progettare concretamente interventi innovativi .

Nella predisposizione ed elaborazione del presente documento e delle schede attuative in esso contenute si è altresì preso a riferimento il documento presentato dalle OOSS provinciali alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Modena del 20.04.2018 e successivamente approfondito ed integrato dal tavolo ristretto tecnico/politico del 7.06.2018 che ha condiviso l'importanza di dividerne i punti che lo compongono che di seguito integralmente si riportano:

- 
1. La Casa della Salute si qualifica per essere non solo un luogo ma un nuovo modo di lavorare che permetta di assumere il modello della sanità d'iniziativa. E' 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. In Provincia ad oggi sono attive 11 Case della Salute così collocate: tre nel Distretto di Mirandola, una nel Distretto di Carpi, due nel Distretto di Castelfranco Emilia, due nel Distretto di Pavullo, due nel Distretto di Vignola ed una nel Distretto di Sassuolo. E' necessario svilupparne ulteriormente la presenza sul territorio provinciale, promuovendo Case della Salute a media/alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto a quelle a bassa complessità (Spoke), puntando a realizzare, entro la vigenza triennale del PdZ, almeno quelle già programmate: Mirandola, Carpi, Modena Nord ed Estense, Formigine e Sassuolo e rendere operative e in programmazione le altre case della salute in fase di valutazione: S.Felice, Soliera e Modena Sud. Si ritiene fondamentale l'integrazione dei MMG/PLS all'interno delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali delle CdS.
  2. L'implementazione degli OsCo, quale struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici specialisti. Questa struttura intermedia è molto importante, in quanto rafforzando la presa in carico, rappresenta il supporto al *continuum* assistenziale fra Ospedali, OsCo, CRA e domicilio . Attualmente sono presenti un OsCo nel distretto di Pavullo e uno nel distretto di Castelfranco.
  3. Proseguimento nella tempestiva presa in carico, nei percorsi assistenziali, dei cd "grandi anziani", prevedendo una facilitazione all'accesso dei PS tesa alla riduzione dei tempi di attesa.
  4. Nelle more dell'approfondimento attualmente in corso della Regione Emilia Romagna porre particolare attenzione a quella parte della filiera assistenziale caratterizzata da interventi innovativi a bassa e media intensità, con particolare riguardo alle esperienze delle case famiglia. Aumentare le risorse destinate all'adattamento dell'ambiente domestico (es ascensori), all'eliminazione delle barriere architettoniche e alle problematiche relative alla sicurezza stradale e personale, in particolare delle persone più fragili provvedendo a diffonderne l'informazione.
  5. Rafforzamento dell'integrazione tra rete ospedaliera e territoriale attraverso un'azione di potenziamento dei PUASS e del percorso delle Dimissioni protette valorizzando ed efficientando le diverse competenze professionali coinvolte.
  6. Rafforzamento dei nodi della rete locale di cure palliative anche attraverso l'attivazione di hospice territoriali a partire dalla programmazione esistente che ne prevede tre, uno per ogni macro area della provincia ( nord, centro e sud)
  7. Sostegno alle famiglie nella sfida alla non autosufficienza anche attraverso il potenziamento della domiciliarità attuata mediante il rafforzamento dell'integrazione tra attività sanitarie e socio sanitarie e assistenziali, attraverso la co-costruzione di interventi innovativi a bassa e media intensità con la redazione di Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).
  8. Informazione, orientamento e presa in carico dei famigliari e dei caregiver che si trovano a dover sostenere un impegno di assistenza e cura di un familiare rispetto alla rete dei servizi sanitari e socio sanitari presenti sul territorio.
  9. Stimolare la formazione degli operatori sanitari in tema di violenza di genere, attraverso l'implementazione su tutto il territorio provinciale delle azioni previste nel piano contro la violenza di genere regionale di cui alla deliberazione dell'assemblea legislativa n. 69/2016.
  10. Promozione e coordinamento da parte degli EELL di iniziative di welfare di Comunità a sostegno dei bisogni vecchi e nuovi della popolazione. Sui "nuovi" bisogni e dipendenze particolare attenzione sarà posta al tema della ludopatia e del consumo di alcol e fumo e comunque in genere nei confronti dei fattori di rischio.
  11. Proseguimento e rafforzamento dell'azione di contrasto alle povertà attraverso l'integrazione dei vari strumenti di legge (L.R. 14/15 e REI ReS) in collaborazione e sinergia con le parti sociali e con il Terzo Settore
  12. Analisi, sviluppo e potenziamento delle esperienze di Rete di Welfare contrattuale aziendale territoriale promosso dal Comune di Modena al fine di rafforzare le potenzialità del welfare integrativo come

strumento di supporto ai bisogni e al benessere delle lavoratrici e lavoratori, all'interno di un coordinamento dell'Ente pubblico.

13. Attivazione delle azioni a favore di: progetto di vita, vita indipendente, "Dopo di Noi" per disabili adulti senza il supporto familiare, attraverso la sperimentazione di nuove forme di abitare sociale con il contributo importante di enti ed associazioni afferenti al terzo settore.

14. Promuovere la diffusione della figura dell'amministratore di sostegno in ambito familiare, sostenendo le famiglie in difficoltà anche attraverso l'estensione dei protocolli col tribunale per il miglioramento dell'accessibilità

15. Valutazione di uno studio di fattibilità per la sottoscrizione di un protocollo tra Farmacie, Ausl EE.LL e Terzo settore per la consegna dei farmaci a domicilio destinati alle persone anziane ed in difficoltà.

#### 4.SCHEDE D'INTERVENTO

Delle 39 schede approvate dalla DGR 1423/2017 recante " Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017 – 2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di Zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale " **n.34 schede hanno una declinazione distrettuale**, mentre n. 5 regionale ( scheda 13: Fondi integrativi extra LEA/ scheda 26: Empowerment e partecipazione di comunità /scheda 30: Aggiornamento di strumenti e procedure socio – sanitarie/ scheda 34: Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali /scheda 39: Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella regione )

Tra le n.34 schede a declinazione distrettuale, n. 12, considerato il carattere di elevata integrazione socio – sanitaria e la necessità di omogeneità all'interno di ciascuna AUSL, richiedono un coordinamento (declinazione aziendale) da parte di ciascuna Azienda Sanitaria di appartenenza.

Oltre alle 12 schede per cui è richiesta una declinazione aziendale, l'AUSL di Modena ha individuato ulteriori 8 schede da realizzarsi ( limitatamente alle azioni di ambito sanitario) in modo omogeneo e coordinato.

Le 20 schede a declinazione aziendale sono le seguenti:

1. scheda 1) Case della salute e medicina d'iniziativa
2. scheda 2) Riorganizzazione della rete ospedaliera
3. scheda 3) Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità
4. scheda 4) Budget di salute
5. scheda 5) Riconoscimento del ruolo del care giver
6. scheda 7) Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete delle cure palliative
7. scheda 8) Promozione della salute in carcere
8. scheda 9) Medicina di genere
9. scheda 11) Equità in tutte le politiche
10. scheda 15) Potenziamento degli interventi nei primi 1.000 giorni di vita
11. scheda 18) Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
12. scheda 19) Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
13. scheda 20) Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
14. scheda 25) Contrasto alla violenza di genere
15. scheda 27) Capirsi fa bene alla salute
16. scheda 31) Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita
17. scheda 32) Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
18. scheda 33) Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
19. scheda 35) Tecnologie dell'informazione e della comunicazione
20. scheda 38) Nuovo calendario vaccinale

Gli obiettivi e le azioni delle n.34 schede regionali a declinazione distrettuale possono essere ricompresi e accorpatisi in schede d'intervento più ampie, che includano più schede attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale, il Presente di Zona per la salute e il benessere presenta la seguente declinazione :

n.	Titolo	Riferimenti schede regionali
----	--------	------------------------------

1	Case della salute e medicina d'iniziativa	1) <i>Case della salute e medicina d'iniziativa</i>
2	Riorganizzazione della rete ospedaliera	2) Riorganizzazione della rete ospedaliera
3	Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità	3) Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità
4	Budget di salute	4) Budget di salute
5	Riconoscimento del ruolo del care giver	5) Riconoscimento del ruolo del care giver
6	Progetto di vita indipendente e dopo di noi	6) Progetto di vita indipendente e dopo di noi
7	Preso in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete delle cure palliative	7) Preso in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della rete delle cure palliative
8	Promozione della salute in carcere	8) Promozione della salute in carcere
9	Medicina di genere	9) Medicina di genere
10	Contrasto all'esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva	10) Azioni di contrasto all'esclusione sociale 22) Misure a contrasto della povertà 23) Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili 24) La casa come fattore di inclusione sociale e benessere sociale
11	Equità in tutte le politiche	11) Equità in tutte le politiche
12	Sostegno all'inclusione delle persone straniere e neo – arrivate	12) Sostegno all'inclusione delle persone straniere e neo – arrivate
13	Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.	32) Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
14	Promozione delle pari opportunità e contrasto alla violenza di genere	14) Promozione delle pari opportunità – valorizzazione delle differenze di genere 25) Contrasto alla violenza di genere
15	I primi 1000 giorni di vita e il sostegno alla genitorialità .	15) Potenziamento degli interventi nei primi 1.000 giorni di vita 16 ) Sostegno alla genitorialità
16	Progetto adolescenza	17) Progetto adolescenza
17	Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	18) Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
18	Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico	19) Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
19	Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano	20) Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
20	Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA	21 ) Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA
21	Capirsi fa bene alla salute	27) Capirsi fa bene alla salute
22	Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	28) Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
23	Partecipazione civica e	29) Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed

	collaborazione tra sistema pubblico ed enti del terzo settore	enti del terzo settore
24	Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita	31) Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita
25	Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	37) Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
26	Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	33) Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
27	Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali – SST	36) Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST
28	L'ITC-Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di E-Welfare	35) Tecnologie dell'informazione e della comunicazione
29	Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	38) Nuovo calendario vaccinale

In considerazione delle scelte strategiche e priorità del presente Piano di Zona distrettuale si è altresì definito la predisposizione delle seguenti ulteriori schede d'intervento, i cui obiettivi ed azioni non sono contenuti nel Piano Sociale e Sanitario Regionale:

n.	Titolo	Riferimenti schede regionali
30	Innovazione della rete dei servizi per disabili	/
31	Azioni per l'inclusione dei disabili	/

## 5. LISTA INDICATORI A MISURAZIONE DISTRETTUALE

Gli indicatori previsti per ciascuna scheda d'intervento, la cui misurazione è di competenza dell'Unione nell'ambito dell'attività di valutazione e monitoraggio del piano, sono i seguenti :

Codice Scheda regionale	Indicatore	Indicatori presenti in DGR 1423/2017	Descrizione
1	Case della salute e medicina d'iniziativa	evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione

			degli interventi
3	<b>Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità</b>	evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	numero iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio
		evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	tipologia dei percorsi attivati
4	<b>Budget di salute</b>	risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali
		(in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili
5	<b>Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari</b>	Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver / portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver
		Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	numero progetti e iniziative per benessere e salute caregiver

5	<b>Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari</b>	Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	numero iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver
		Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	numero iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver
6	<b>Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi</b>	N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017
10	<b>Contrasto dell'esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva</b>	N. persone senza dimora prese in carico	N° persone senza dimora prese in carico
		N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo/ numero di progetti individuali/ familiari realizzati	N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo/ numero di progetti individuali/ familiari realizzati
		N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	numero pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015
12	<b>Sostegno a inclusione delle persone straniere neo-Arrivate</b>	N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale
	<b>Interventi nei Primi 1000 giorni e a sostegno alla genitorialità</b>	sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS

15		N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi
		N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	numero donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)
15	<b>Interventi nei Primi 1000 giorni e a sostegno alla genitorialità</b>	Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni
16	<b>Progetto Adolescenza</b>	Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)
		Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"
		N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	numero punti di accesso dedicati agli adolescenti
17	<b>Promozione della Salute sessuale e riproduttività in età fertile e prevenzione della sterilità</b>	realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	numero progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)
		Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	Apertura di uno spazio giovani per distretto



20	Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	progetti innovativi di rete domiciliare	N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia
21	Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy )	N. aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente
		N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	numero professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari
		N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	numero amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi
		N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	numero eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari
21	Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy )	N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari
		N. aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture
21	Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy )	N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione

22	<b>Valorizzazione delle conoscenze esperienziali dell'aiuto tra pari</b>	N. centri d'incontro demenze sul territorio distrettuale	N. centri d'incontro sul territorio demenze distrettuale
		N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte	N. posti disponibili nei centri d'incontro
		realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	numero eventi formativi per volontari ed utenti
		mappatura aziendale tipologie di auto mutuo aiuto	mappatura aziendale tipologie di auto mutuo aiuto
23	<b>Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico e terzo settore</b>	rappresentanza di cittadini stranieri	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali
		Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale/ patti di collaborazione con enti del Terzo settore	sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna
24	<b>Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/e professionisti</b>	evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS
26	<b>Miglioramento dell'Accesso e dei percorsi in emergenza-urgenza</b>	Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso) N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER	numero iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)

		Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER	Specificare le tematiche: Implementazione dei protocollo provinciali esistenti su Violenza ed Abuso
--	--	--	--

## 6 SEZIONE POVERTA'

### 6.1. Definizione di priorità rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà .

#### Premessa

Il territorio dell'Unione, pur non essendo contraddistinto da un elevato numero di persone in condizione di grave marginalità (per cui la mancanza di una abitazione e una di una rete relazione costituiscono i principali fattori che determinano la loro condizione) è caratterizzato da un numero abbastanza elevato di nuclei in carico al Servizio Sociale Territoriale, che presentano una situazione di grave deprivazione materiale, la cui condizione economica non gli consente cioè di far fronte ad una serie di bisogni essenziali (es. riscaldare l'abitazione, far fronte a spese impreviste, garantire il pagamento di bollette, affitto ...), la maggior di tali persone presentano anche una dimensione di fragilità e vulnerabilità, condizione questa caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti alla dimensione lavorativa e sociale o sanitaria; il disagio economico rappresenta spesso infatti causa o conseguenza di una situazione di fragilità.

La povertà rappresenta un fenomeno multidimensionale che non può essere ridotto alla sua componente strettamente **economica**, accanto alla povertà più evidente quella di tipo materiale, spesso coesistono altre forme di povertà, la **povertà educativa**, ovvero la privazione, per i bambini e gli adolescenti, della opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare le proprie capacità e aspirazioni, e la povertà relazionale. L'indebolito del tessuto sociale che era fatto di comunità che convivevano attraverso le loro forme di aggregazione e solidarietà, ha prodotto infatti separazione e individualismo determinando una forma di **povertà di tipo relazionale e culturale**, non si tratta soltanto della solitudine degli anziani, ma anche del giovane che si rinchioda in se stesso, dell'adulto che non riuscendo a ritrovare il lavoro si vergogna, si sente fallito e desiste, dell'immigrato che non riesce a inserirsi ...

L'aspetto multidimensionale della povertà è assunto come fondamento anche dal IV Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva ( D.P.R. del 31.08.2016) che presupponendo l'attivazione ed il mantenimento della dimensione di integrazione tra operatori sociali, sanitari ed educativi per favorire una dimensione multidisciplinare degli interventi, si articola in quattro distinte aree di intervento :

- linee di azione a contrasto della povertà dei bambini e delle famiglie;
- servizi socio educativi per la prima infanzia e qualità del sistema scolastico;
- strategie e interventi per l'integrazione scolastica e sociale;
- sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza.

**multidisciplinarietà degli interventi a contrasto della povertà** previsti altresì dallo stesso D.Lgs n.147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale a contrasto della povertà" in cui si prevede la predisposizione, da parte di una equipè multi professionale, di un progetto a supporto dell'intero nucleo familiare, prevedendo quali livelli essenziali delle prestazioni nella lotta alla povertà, i seguenti servizi e interventi :

- segretariato sociale ( inclusi i servizi per l'informazione e l'accesso al REI)
- servizio sociale professionale
- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e riabilitazione
- sostegno socio – educativo domiciliare o territoriale ( incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare)

- assistenza domiciliare socio – assistenziale e servizi di prossimità
- sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare
- servizio di mediazione culturale
- servizio di pronto intervento sociale

prevedendo altresì l'obbligatorietà di attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qualvolta si presenti una situazione di bisogno complesso e nel nucleo sia presente un minore nella fascia di età 0/3 anni .

Analogamente alla misura nazionale la Regione Emilia Romagna con la legge n.24/2016 "Misure a contrasto alla povertà e sostegno al reddito" recentemente integrata e modificata con la legge n.7/2018 ha previsto l'erogazione di un beneficio economico "*...nell'ambito di un progetto personalizzato, di attivazione sociale e di inserimento lavorativo, finalizzato a superare le condizioni di difficoltà del richiedente e del relativo nucleo familiare..*"

Il trasferimento all'Unione anche delle funzioni inerenti le politiche abitative garantisce completezza ed organicità degli interventi proposti, nell'ottica del coordinamento dei servizi territoriali previsti dalle disposizioni normative nazionali e regionali in materia di contrasto alla povertà.

Obiettivi prioritari nell'azione di contrasto alla povertà, che troveranno compimento nel rafforzamento degli interventi e servizi previsti dal sopracitato art. 7 del D.lgs 147/2017, sono pertanto :

- lo sviluppo di un'offerta integrata di interventi e servizi;
- la costruzione ed il consolidamenti delle reti, finalizzata a valorizzare le buone prassi esistenti ed a evitare la duplicazione degli interventi, valorizzando tutti quegli strumenti ( patti territoriali, co-progettazioni..) che facilitano la comunicazione tra sistemi;
- la promozione e lo sviluppo di un approccio multidimensionale all'inclusione sociale attiva, al fine di integrare le politiche sociali con altre tipologie di interventi che concorrono a determinare un ruolo attivo per le fasce di popolazione maggiormente a rischio povertà o in situazioni di difficoltà e a rischio di esclusione sociale;
- La promozione e lo sviluppo di interventi di presa in carico multi-disciplinare dell'intero nucleo familiare, da realizzarsi anche attraverso la promozione di interventi di sostegno socio – educativo domiciliare o territoriale e alla genitorialità e di maggiore coinvolgimento dell'utenza nei progetti di presa in carico (progetto PIPPI, Reddito di Inclusione Attiva...);
- l'incremento delle competenze degli operatori ( sociale, sanitario, del lavoro) relativamente alla capacità di condividere linguaggi e di costruire alleanze territoriali anche con partner non convenzionali per il sistema pubblico ( imprese economiche e realtà del volontariato e dell'associazionismo).

#### Interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà e relativi rafforzamenti

Il **Piano regionale per la lotta alla povertà 2018 – 2020**, previsto dall'art. 14 del sopracitato D.lgs 147/2017 quale "*.. strumento di programmazione dei servizi necessari per l'attuazione a livelle regionale del Rei, come livello essenziale delle prestazioni..*" ed approvato con deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 6491 del 6.06.2018, demanda ogni ambito territoriale alla individuazione degli specifici rafforzamenti su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, rafforzamenti che saranno co – finanziati con la quota del fondo nazionale povertà allo stato attuale in fase di assegnazione.

Premesso che il servizio socio – sanitario dell'Unione garantisce, in forma diretta o tramite convenzioni/contratti di appalto, la realizzazione dei servizi e degli interventi previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs n.147/2017, si indicano di seguito gli interventi/servizi che si intende consolidare e rafforzare attraverso la quota di Fondo povertà anno 2018, rinviando al successivo **Piano Attuativo Povertà** la quantificazione del relativo co-finanziamento per ciascuna azione.

<b>LIVELLI ESSENZIALI</b>	<b>INFORMAZIONE ACCESSO</b>	Consolidamento e sviluppo sportello sociale/ punto di accesso al REI : con funzione di informazione, consulenza, orientamento e assistenza. La complessità dei bisogni degli utenti che tradizionalmente accedono allo sportello sociale, oltre che la richiesta di competenze sempre più trasversali a diversi ambiti
-------------------------------	-----------------------------	--

		d'intervento rendono sempre più necessario prevedere una riorganizzazione/implementazione delle attività.
	<b>VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE</b>	Consolidamento e sviluppo servizio sociale professionale : particolare importanza assume il servizio sociale professionale, al quale compete, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con i soggetti privati attivi sul territorio, la co – costruzione con i beneficiari di un piano di azione concordato che consenta l'avvio di un percorso di capacitazione e uscita dalla povertà.
	<b>PROGETTO PERSONALIZZATO</b>	Consolidamento e sviluppo di tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione : destinatari di tali interventi saranno non solo le persone in condizione di fragilità o vulnerabilità ma anche persone con un punteggio rispetto all'indice di fragilità superiore a 58, o inferiore a 30 ( DGR n.191 del 15.02.2016) e pertanto non rientranti nelle misure messe a disposizione dalla L.14/2015. ( es. persone con disabilità, persone con evidenti fragilità sociali quali: mamme sole con impegni di cura di figli minori in tenera età, persone con scarse risorse personali, disoccupati di lungo periodo etc..) ovvero situazioni per cui, pur rientrando nei valori dell'indice definito dalla legge 14/2015 per l'accesso alle misure, i servizi ritengano più appropriato attivare un percorso di avvicinamento propedeutico poi all'inserimento lavorativo.
		Consolidamento e sviluppo interventi di sostegno socio – educativo domiciliare e territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare : In particolare, nell'ambito della prevenzione delle situazioni di fragilità sociale con bimbi di età compresa tra i 0/3 anni, tra gli interventi previsti per la definizione del progetto personalizzato si prevede l'attivazione, in sinergia con servizi sanitari del territorio, del progetto "home visiting" finalizzato tra l'altro alla promozione delle competenze genitoriali e dei contesti di accadimento, consentendo l'accoglimento, la valutazione e presa in carico di situazione a rischio sociale e l'individuazione del percorso assistenziale integrato specifico.
		Consolidamento dell'assistenza domiciliare socio – assistenziale e servizi di prossimità : approccio multidimensionale della povertà, intesa non solo nella sua dimensione economica, ma anche relazionale ed educativa.
		Consolidamento interventi a sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare : approccio multidimensionale della povertà, intesa non solo nella sua dimensione economica, ma anche relazionale ed educativa.
		Consolidamento servizio di mediazione culturale : volto a facilitare la relazione e la comunicazione sia linguistica (interpretariato) che culturale tra gli utenti e il contesto territoriale ( istituzioni, servizi locali, cittadinanza ..) aiutando le diverse parti nel processo di " traduzione" dei codici culturali e di

		linguaggio.
		Consolidamento servizio di pronto intervento sociale : in particolare per le situazioni in condizione di grave marginalità estrema

## 6.2. Sintesi delle scelte previste nell'avviso 3 PON FSE inclusione

Nell'anno 2017 nelle more del completamento del trasferimento delle funzioni all'Unione, i Comuni di Castelfranco Emilia, San Cesario s/P e l'Unione Comuni del Sorbara ( Comuni di Bastiglia, Bomporto, Nonantola, Ravarino ) hanno approvato apposita convenzione per l'attuazione di interventi previsti nell'asse 1 del PON "Inclusione" FSE 2014-2020, - Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema - azione 9.1.1 - Supporto alla sperimentazione di una misura nazionale di inclusione attiva che prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari in condizioni di povertà condizionale alla adesione ad un progetto di attivazione sociale e lavorativa"

Il progetto presentato dal Comune di Castelfranco, per l'intero Ambito distrettuale, è stato finanziato per un importo complessivo pari ad € 176.106.00 per la realizzazione di un sistema di interventi e servizi sociali con le seguenti caratteristiche:

- servizi di segretariato sociale per l'accesso;
- servizio sociale professionale per la valutazione multidimensionale dei bisogni del Nucleo e la presa in carico;
- equipe multidisciplinare, con l'individuazione di un responsabile del caso,
- accordi di collaborazione in rete con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riferimento agli enti non profit.
- attuazione della misura del Sostegno all'Inclusione Attiva ( SIA) in tutte le sue fasi e azioni, secondo le modalità indicate nelle linee guida approvate in conferenza unificata in data 11.02.2016, e nello specifico:
  - selezione dei nuclei familiari beneficiari
    - raccolta delle domande dei nuclei familiari richiedenti il beneficio SIA, comunicazione all'INPS delle richieste di beneficio dei nuclei familiari che abbiano dichiarato il possesso dei requisiti;
    - ricevimento dall'INPS dell'elenco dei nuclei che, in esito alle verifiche di competenza, risultano soddisfare i requisiti e per i quali l'INPS dispone il versamento del beneficio a decorrere dal bimestre successivo a quello della richiesta;
    - gestione eventuali richieste di riesame dei nuclei che non risultano soddisfare i requisiti;
    - comunicazione all'INPS generalità nuclei esclusi dal beneficio o ammessi con proprio provvedimento
    - effettuazione a campione di verifiche ex post sul possesso dei requisiti tenuto conto delle verifiche già effettuate dall'INPS;
    - revoca beneficio in caso di venir meno delle condizioni del bisogno che lo hanno motivato, in caso di mancata sottoscrizione del progetto personalizzato o di reiterato comportamenti inconciliabili con gli obiettivi del progetto medesimo.
- Predisposizione di progetti di presa in carico
  - predisposizione del progetto personalizzato di servizio sociale per i nuclei che soddisfano i requisiti secondo il percorso di presa in carico che prevede interventi di segretariato sociale e interventi di sostegno di servizio sociale professionale:
- Monitoraggio e valutazione
  - invio all'INPS delle informazioni sui progetti personalizzati di presa in carico e sulle politiche attivate, dei questionari per la valutazione somministrati ai Nuclei Familiari Beneficiari e di eventuali ulteriori informazioni, finalizzate al monitoraggio e

---

alla valutazione della Sperimentazione.

- invio agli enti finanziatori (in particolare AdG) dei dati di attuazione/alimentazione dei sistemi informativi di monitoraggio dei PO di riferimento.

In particolare tali risorse, finalizzate al sostegno delle funzioni di segretariato sociale (rafforzamento dei servizi di accesso con particolare riferimento alle funzioni di pre-*assessment*) hanno rafforzato l'assetto organizzativo del Servizio Sociale Territoriale, che in un'ottica trasversalità e globalità della presa in carico si è fatto carico di attivare le misure a contrasto alla povertà; non si è ritenuto infatti possibile distinguere l'area della cosiddetta "*povertà*" da tutta l'offerta dei servizi sociali, consapevoli che il consolidamento della rete dei servizi territoriali è elemento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di contrasto alla povertà ed inclusione sociale.

### **6.3. Sintesi del Piano Integrato territoriale**

Con deliberazione del Consiglio dell'Unione n. 9 del 24.05.2018 è stato approvato con Accordo di Programma tra Regione Emilia - Romagna, AUSL e Unione, il **Piano Integrato Territoriale 2018/2020** quale strumento attraverso cui dare attuazione nel territorio all'integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari per la realizzazione dei percorsi integrati a sostegno dell'inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Il piano, in linea con gli obiettivi e le priorità d'intervento previste dalla programmazione regionale ( DGR n.73 del 22.012018) si propone di dare piena attuazione a quanto previsto dalla normativa regionale a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità (L.R.14/2015),assicurando qualità e appropriatezza degli interventi, promuovendo e sostenendo l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro nonché operando per garantire l'accoglienza e la presa in carico delle persone in condizione di fragilità attraverso la valutazione multidimensionale e multi professionale e l'elaborazione di progetto di intervento personalizzato.

In particolare le tipologie d'intervento indicate nel Piano Integrato territoriale da attuare nel triennio 2018/2020 sono le seguenti :

<p><b>Formazione</b></p>	<p>Si intende garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Formazione progettata con riferimento al sistema regionale delle qualifiche</u></li> <li>- Formazione permanente</li> <li>- Indennità di frequenza ai percorsi formativi di cui al sistema regionale delle qualifiche</li> <li>- Certificazione delle competenze- sistema regionale delle qualifiche</li> <li>- Certificazione delle competenze per l'acquisizione di una qualifica- sistema regionale delle qualifiche</li> <li>- Attività a supporto della partecipazione a percorsi formativi</li> </ul>
<p><b>Tirocini</b></p>	<p>Si intende garantire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tirocinio di tipo C</li> <li>- Tirocinio di tipo D</li> <li>- Erogazione dell'indennità di partecipazione ai tirocini</li> <li>- Servizio di formalizzazione degli esiti del tirocinio</li> <li>- Rimborso delle spese di trasporto pubblico</li> <li>- Attività a supporto dei processi di apprendimento nei contesti lavorativi</li> </ul>
<p><b>Supporto al lavoro</b></p>	<p>Si tratta di percorsi orientativi che si articolano essenzialmente in tre fasi:</p> <p><u>1 fase:</u> analisi dei bisogni e formulazione e definizione degli obiettivi da raggiungere;</p> <p><u>2 fase:</u> ricostruzione della storia personale con particolare riferimento all'approfondimento della storia formativa e lavorativa del giovane.</p> <p><u>3 fase:</u> messa a punto di un progetto personale che deve fondarsi sulla valorizzazione delle risorse personali (caratteristiche, competenze, interessi, valori, ecc.) in una prospettiva sia di ricostruzione del pregresso ma anche di valutazione delle risorse di contesto (famigliari, ambientali ecc..) e specificazione del ruolo che possono svolgere a sostegno della specifica problematica/transizione.</p> <p>A sostegno del processo possono essere utilizzati una serie di strumenti. Tra i principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloqui individuali</li> <li>- Laboratori di gruppo</li> <li>- Griglie e schede strutturate.</li> <li>- Questionari e strumenti di analisi validati e standardizzati.</li> </ul> <p>Si intende garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientamento specialistico</li> <li>- Accompagnamento al lavoro</li> <li>- Attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi</li> <li>- Certificazione delle competenze- sistema regionale delle qualifiche</li> <li>- Certificazione delle competenze per l'acquisizione di una qualifica- sistema regionale delle qualifiche</li> </ul>
<p><b>Servizi e interventi di natura sociale</b></p>	<p>Implementazione degli interventi nell'ottica della condivisione di responsabilità di cura attraverso azioni di collaborazione tra servizi e comunità in integrazione con il</p>



	<p>mondo del volontariato al fine di consentire alle persone di vivere in modo meno traumatico l'esperienza di bisogno e di cura con particolare attenzione a conciliare le condizioni ed esigenze ordinarie della vita quotidiana con quelle legate alle responsabilità familiari e di cura.</p> <p>Si intende garantire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi di supporto per reperimento alloggio</li> <li>- Servizi di mediazione familiare</li> <li>- Interventi di sostegno alla genitorialità</li> <li>- Corsi di lingua italiana per immigrati</li> <li>- Servizi di mediazione culturale</li> <li>- Sostegno socio-educativo domiciliare</li> <li>- Assistenza domiciliare socio-assistenziale</li> <li>- Servizi di prossimità</li> <li>- Telesoccorso</li> <li>- Interventi a supporto della domiciliarità</li> <li>- Accompagnamento sociale</li> <li>- Distribuzione beni di prima necessità</li> <li>- Asili nido e servizi integrativi</li> <li>- Servizi estivi e conciliativi</li> <li>- Soluzioni di accoglienza abitativa temporanea</li> </ul>
<p><b>Trasferimenti in denaro</b></p>	<p>A livello territoriale , sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia, si garantiscono interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio. L'integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi e con il terzo settore e la comunità nel suo insieme è la cifra distintiva delle misure di contrasto alla povertà definite a livello nazionale e regionale. La valutazione multidimensionale attraverso le equipe multidisciplinari è lo strumento di attuazione delle misure individuate che dovrebbe consentire di affrontare le situazioni di fragilità e vulnerabilità prevedendo la presa in carico integrata, così come previsto dalla LR. 24/2016, dalla LR. 14/15 nonché dalle linee guida di attuazione del SIA/REI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si intende garantire</li> <li>- Contributi per i servizi alla persona</li> <li>- Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie</li> <li>- Contributi economici per servizi trasporto e mobilità</li> <li>- Contributi economici per servizi scolastici</li> <li>- Contributi economici per alloggio</li> <li>- Contributi economici ad integrazione del reddito familiare</li> </ul>

Nel corso del triennio 2018/2020 si intende pertanto promuovere interventi finalizzati all'acquisizione delle competenze (formazione) e interventi orientativi e di accompagnamento all'inserimento lavorativo finalizzati a

---

favorire l'ingresso e la permanenza nel mondo del lavoro di persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, persone spesso prive di competenze minime e non abituate a sperimentarsi in contesti lavorativi, con l'obiettivo pertanto di proporre interventi personalizzati che implicano l'attivazione di leve differenziate e la facilitazione per la persona nell'accesso al mondo del lavoro.

La priorità di tali tipologia di interventi ( formazione – supporto al lavoro) è confermata nel vigente **programma di attuazione - anno 2018**, approvato, sulla base del piano triennale, dalla Giunta dell' Unione / Comitato di Distretto con deliberazione n.10 del 21.02.2018 in cui il oltre il 50% della quota di Fondo Sociale Europeo assegnata per l'anno in corso è impiegata per la realizzazione di tali interventi, ritenuti fondamentali alla buona riuscita del successivo momento di inserimento lavorativo

Altra tipologia d'intervento prevista dal Piano Integrato Territoriale è costituita dal tirocinio che rappresenta uno degli strumenti che la Regione promuove per supportare l'inserimento lavorativo delle persone fragili e per sostenere le loro scelte professionali.

Tale intervento, compreso tra i livelli essenziali delle prestazioni nella lotta alla povertà, rappresenta una modalità formativa che fa acquisire nuove competenze attraverso la conoscenza diretta del mondo del lavoro.

Ai nuclei destinatari delle azioni di inclusione e sostegno dell'inserimento lavorativo previste dalla legge regionale n.14/2015 sono altresì destinati, se previsti dal progetto personalizzato elaborato da una equipe multidisciplinare, interventi e servizi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio ovvero forme di contribuzione economica ( diretta o indiretta) erogate con risorse proprie dell'Unione o riconosciute da misure nazionali ( REI) e regionali ( RES)

Condizione necessaria per accedere al beneficio economico, anche se erogato con risorse proprie dell'Unione, è l'adesione ad un progetto sottoscritto dal nucleo familiare, la condivisione del progetto presuppone infatti l'accompagnamento ad un processo di cambiamento della vita quotidiana dei nuclei familiari in condizione di fragilità e/o di povertà .

**Protocollo operativo per il coordinamento delle risorse e misure presenti sul territorio distrettuale per il sostegno all'inclusione attraverso il lavoro.**

Al fine di garantire il coordinamento delle risorse (umane ed economiche) presenti sul territorio distrettuale per il sostegno all'inclusione attraverso il lavoro è stato elaborato un apposito protocollo operativo finalizzato a :

- garantire progettazioni individualizzate mirate per tutti i cittadini presi in carico in maniera integrata dai servizi sociali e/o sanitari e/o del lavoro e per i percorsi di rispettiva competenza;
- garantire equità nell'accesso ai servizi e alle misure disponibili;
- monitorare la corretta gestione delle risorse/misure;
- favorire e sostenere l'integrazione tra i servizi sociali, sanitari e del lavoro..
- garantire continuità negli interventi sulla progettazione individualizzata;
- raccogliere dati qualitativi e quantitativi da utilizzare nella programmazione dei servizi.

Nell'ambito di attività del citato protocollo operativo sono coinvolte le seguenti figure professionali:

- Coordinatore operativo
- Operatori di accesso (sociale, sanitario, lavoro)
- Operatori della valutazione integrata (sociale, sanitario, lavoro)
- Responsabili del caso
- Referenti sanitari

Modalità organizzativa : Viene avviato un Tavolo Progettuale Unico (TPU) con funzioni di programmazione e coordinamento delle attività relative all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale attraverso il lavoro presenti sul territorio del Distretto.

Al TPU vengono presentati i progetti individualizzati definiti dai Responsabili dei singoli casi e vengono valutate, per ciascun progetto, le misure di intervento più idonee nell'ambito di quelle disponibili.

In linea di massima, il Responsabile del caso viene individuato nella figura della Assistente Sociale di riferimento territoriale; ha il compito di tenere i contatti con la persona stessa, con il referente individuato dal soggetto attuatore per gli interventi previsti dal progetto personalizzato e con eventuali altri referenti.

---

I servizi sanitari e del lavoro sono parte integrante dell'attività di presa in carico e nella progettazione dell'intervento complessivo.

L'attività del TPU viene gestita dal Coordinatore operativo.

Nel caso di progetti individualizzati potenzialmente rientranti nell'ambito della LR 14/2015, l'attivazione del TPU avverrà prima di quella dell'équipe multiprofessionale; si ritiene comunque opportuno che il Responsabile del caso, assieme ai referenti degli altri servizi coinvolti, faccia già una simulazione della valutazione dell'indice di fragilità (cartaceo) per avere maggiori informazioni e possibilità di valutazione nell'ambito del TPU.

Composizione del TPU:

- Coordinatore operativo di ambito distrettuale
- Referente Centro per l'impiego o collocamento mirato
- Assistente sociale responsabile per ciascun caso presentato
- Referente sanitario di ciascun caso presentato
- Referenti dei gestori di servizi e misure presenti sul territorio

La composizione del TPU verrà definita di volta in volta in base alla programmazione del singolo ordine del giorno. Il Coordinatore operativo (o suo delegato) è sempre presente; gli operatori del Centro per l'Impiego e/o del collocamento mirato sono presenti quando necessario in base ai singoli accordi e all'odg stabilito.

Procedura:

- il Coordinatore operativo definisce un calendario di incontri del TPU.
- 10 giorni prima della data fissata, i Responsabili del caso trasmettono al Coordinatore operativo le schede di accesso (informative) relative agli utenti per i quali presentano la richiesta di valutazione e compilate in collaborazione con i referenti degli altri servizi coinvolti;
- una settimana prima della data fissata, il Coordinatore operativo trasmette agli operatori coinvolti l'ordine del giorno comprensivo dell'elenco nominativo delle persone per le quali si discuteranno i possibili interventi.

Durante la seduta del TPU:

- vengono condivise le singole misure attivabili con ciascun gestore;
- viene condiviso come procedere (compiti, tempi, attivazione della équipe multiprofessionale LR 14/2015 e della valutazione dell'indice di fragilità, etc.);
- vengono discusse, con maggiore approfondimento, eventuali situazioni particolarmente problematiche;
- viene aggiornata la situazione complessiva delle risorse disponibili;
- viene data consulenza agli operatori su eventuali problematiche o su richieste di chiarimenti.

Il Coordinatore operativo redige un verbale dell'incontro che viene letto e firmato al termine della seduta stessa. L'équipe si incontra periodicamente per procedere all'elaborazione del progetto individualizzato per ciascun utente, all'inserimento del progetto sul portale regionale e alla relativa prenotazione delle risorse.

Il Coordinatore convoca l'équipe ed è presente durante l'attività di elaborazione dei progetti.

Monitoraggio: Il Coordinatore operativo procederà alla stesura di report di attività semestrale (attività al 30/06 e al 31/12) indirizzato all'Ufficio di Piano.

Il report dovrà almeno contenere:

- n. progetti individualizzati discussi (di cui n. di nuove presentazioni)
- n. di interventi avviati suddivisi per tipologia
- n. di interventi non portati a termine
- criticità e proposte migliorative

#### **6.4. Informazione sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate e modello di governance realizzato a livello distrettuale.**

Come indicato nella parte recante "Modello di governance locale e assetto organizzativo dell'ambito distrettuale" del presente piano l'Unione è dotata di un unico Servizio sociale e socio-sanitario, inserito

---

all'interno dell'Area Servizi alla persona; al fine di salvaguardare le specificità territoriali dei servizi, favorire la prossimità al territorio e l'integrazione con i diversi attori locali, l'ambito funzionale è articolato in due Poli tecnici:

- Polo tecnico 1 preposto alla erogazione dei servizi alla utenza stanziata nei Comuni di Castelfranco Emilia e San Cesario sul Panaro
- Polo tecnico 2 preposto alla erogazione dei servizi alla utenza stanziata nei Comuni di Bastiglia, Bomporto, Nonantola e Ravarino

Il Servizio Sociale territoriale dell'Unione rappresenta lo snodo più vicino alle comunità locali ed è composto da sportello sociale e servizio sociale professionale

Lo Sportello Sociale, è presente presso ogni sede comunale, ad esso nell'ambito delle funzioni spettanti di segretariato sociale (informazione, accesso, orientamento) sono altresì demandate, in una logica di omogeneità e complementarietà delle azioni a contrasto della povertà, le competenze relative all'accesso al REI/RES ( informazione, consulenza, orientamento, assistenza nella domanda)

**La dotazione minima di punti di accesso e informazione quale livello essenziale fissato dal Piano nazionale povertà ( un punto di accesso per ogni Comune con popolazione inferiore ai 40.000 abitanti ) è pertanto rispettato, tuttavia la complessità dei bisogni degli utenti che tradizionalmente accedono allo sportello sociale associata al continuo necessario aggiornamento che gli operatori devono garantire in particolare relativamente allo svolgimento dell'attività di consulenza – aggiornamento in materia di REI/RES, oltre che la richiesta di competenze sempre più trasversali a diversi ambiti d'intervento rendono sempre più necessario prevedere una riorganizzazione/implementazione delle attività.**

Attualmente gli orari di apertura dello sportello sociale/punto per l'accesso al REI/RES coincidono tendenzialmente con gli orari di apertura al pubblico delle sedi comunali presso cui sono collocati, nel corso di vigenza del presente piano si intende, nell'ambito delle azioni di integrazione/qualificazione dei punti di accesso territoriali, definire tra l'altro una organizzazione degli sportelli sociali maggiormente coerente con le esigenze della popolazione, anche rideterminando gli orari di apertura e la dotazione di personale in modo proporzionale all'effettivo bacino di utenza di riferimento.

Presso ogni Polo tecnico opera inoltre il servizio sociale professionale, a cui, nel rispetto delle specifiche professionalità che lo compongono, compete l'accoglienza delle persone e dei nuclei familiari in condizione di bisogno.

In particolare il servizio sociale professionale valuta e/o partecipa a processi valutativi pluri – professionali, definisce la progettazione, l'accompagnamento e la verifica delle diverse situazioni, l'integrazione con gli altri attori pubblici e privati del territorio e la promozione delle reti sociali.

Il servizio sociale professionale, rappresenta lo snodo centrale per l'attivazione e la realizzazione delle misure di contrasto alla povertà; basate sulla predisposizione, da parte dei servizi sociali, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con i soggetti privati attivi sul territorio, di un progetto personalizzato riguardante l'intero nucleo familiare e contenente specifici impegni individuati sulla base di una valutazione delle problematiche e dei bisogni.

Il progetto/patto con la famiglia costituisce la base dell'azione a contrasto della povertà, progettare significa infatti accompagnare la persona/nucleo familiare verso un processo di cambiamento che parta dall'analisi dei loro bisogni, delle loro risorse/capacità.

**Il Piano nazionale povertà, analogamente a quanto previsto dalle linee guida regionali ( DGR 1012/2014) individua, quale livello essenziale delle prestazioni, la presenza di almeno 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti.**

Presso il servizio sociale professionale dell'Unione operano n. 17 assistenti sociali ( di cui n.13 a tempo indeterminato )

Popolazione residente	n. operatori	Rapporto
75.495	17	1 assistente sociale ogni 4.440 abitanti

La dotazione di assistenti sociali operanti nell'ambito dell'Unione è pertanto in linea con il target fissato a livello regionale ( DGR 1012/2014) e nazionale attraverso il Piano Povertà.

Lo sviluppo di una modalità di presa in carico dei bisogni proattiva e capacitante e di una modalità di lavoro incentrata sulla comunità richiede tuttavia un investimento in termini di tempo e risorse umane.

Gli operatori dei servizi devono poter essere in grado di dedicare parte del loro lavoro alla cura delle relazioni con la comunità; essi devono infatti conoscere la comunità all'interno della quale operano, devono essere capaci di attivare collaborazioni e sviluppare metodologie partecipative e di coinvolgimento del territorio. La qualificazione dei servizi rappresenta quindi un presupposto per garantire lo sviluppo di nuove modalità di intervento e di approccio.

La dotazione di risorse umane operanti presso il Servizio Sociale Territoriale ( sportello sociale/ servizio sociale professionale) e conteggiate per verificare il rispetto dei parametri regionali / nazionali non prevede le figure acquisite attraverso le risorse assegnate all'ambito distrettuale per l'attuazione di interventi previsti nell'asse 1 del PON "Inclusione" FSE 2014-2020, - Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema- azione 9.1.1 - Supporto alla sperimentazione di una misura nazionale di inclusione attiva.

Tali figure, come indicato al precedente comma 4.2 hanno infatti rafforzato l'assetto organizzativo del Servizio Sociale Territoriale, che in un'ottica di trasversalità e globalità della presa in carico si è fatto carico di attivare le misure a contrasto alla povertà, al fine di non distinguere l'area della cosiddetta "povertà" da tutta l'offerta dei servizi sociali.

### **6.5 Modello di governance dell'ambito distrettuale**

A seguito del trasferimento all'Unione delle funzioni inerenti i servizi sociali e socio – sanitari si è realizzata la coincidenza dell'Ambito territoriale ottimale con il Distretto sanitario, il Distretto costituisce pertanto il nodo della governance locale e luogo della programmazione integrata.

Il Comitato di Distretto coincide con la Giunta dell'Unione, l'Ufficio di Piano (composto dai Responsabili dei due poli tecnici oltre che dai professionisti dell'AUSL) è compreso nell'organizzazione stessa dell'Unione.

L'integrazione istituzionale, gestionale e professionale tra servizi sociali e servizi sanitari, obiettivo del precedente Piano Sociale e Sanitario Regionale ( 2008/2010), deve essere estesa anche ai servizi per il lavoro, a partire dalla Legge Regionale n.14/2015 infatti la condizione di fragilità e vulnerabilità delle persone è infatti caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti alla dimensione sociale, sanitaria e lavorativa.

La gestione integrata tra servizi del lavoro, sociali e sanitari, già avviata con il Piano Integrativo Territoriale, costituirà quindi una modalità d'intervento necessaria sia per sostenere le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità che per attuare azioni a contrasto della povertà .

La ridefinizione degli ambiti territoriali di riferimento dei Centri per l'impiego, attuata con DGR 1230/2016, che ha in sostanza fatto coincidere l'ambito di attività dei CPI con gli ambiti distrettuali socio – sanitari, faciliterà l'ampliamento della rete della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale.

Tale integrazione sarà infatti attuata prevedendo la presenza di un referente del Centro per l'Impiego nel Comitato di Distretto (Giunta dell'Unione) oltre che nell'Ufficio di Piano distrettuale, a cui compete in particolare il coordinamento tecnico delle misure programmatiche ed organizzative/gestionali di contrasto alla povertà.

### **6.6. Modello organizzativo per l'attivazione, costituzione e funzionamento dell'equipè multidisciplinare**

Tra le scelte e priorità del presente Piano di zona vi è quella di estendere l'operatività dell'equipè multi professionale ( sociale – sanitaria – del lavoro) attivata con gli Accordi di Programma e i Piani integrati previsti dall'art. 4 della legge regionale n.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” alla valutazione e presa in carico dei nuclei familiari destinatari di misure ( nazionali, regionali, locali ) di contrasto alla povertà.

Sia nei confronti di persone in condizione di fragilità e vulnerabilità che di persone in condizione di povertà occorre infatti sviluppare l’autodeterminazione attraverso azioni innovative ed empowerment, all’equipè competerà infatti acquisire la capacità di :

- leggere i bisogni e le risorse sia personali che dei contesti di vita
- sostenere con strumenti adeguati ( monetari, di accompagnamento ..) la possibilità di uscita dalla fragilità e la capacità autonomizzazione.

Si dovrà pertanto tendere verso una unificazione in capo alla medesima equipè di progettualità più ampie ed articolate, in grado di rispondere quindi ai bisogni complessi e differenziati dei nuclei coinvolti.

In particolare, nel corso dell’anno 2018, si intendono ridefinire le modalità operative di coordinamento delineate per il sostegno all’inclusione attraverso il lavoro, indicate al precedente art.3 della sezione povertà, al fine di realizzare una presa in carico unitaria delle persone in condizione di povertà/fragilità/vulnerabilità.

Nel corso di vigenza del Piano di zona si dovrà inoltre operare inoltre per consolidare e qualificare l’integrazione gestionale e professionale tra servizi sociali, sanitari, del lavoro, sia attraverso momenti formativi/informativi congiunti che attraverso la definizione di prassi/procedure di lavoro integrato.

#### **6.7. Modalità e strumenti per la partecipazione e confronto con i soggetti del terzo settore**

Così come previsto nella sezione - SCELTE STRATEGICHE E PRIORITA’ - del presente piano di zona particolare attenzione sarà posta al fine di valorizzare e potenziare il lavoro con le reti ed il lavoro di comunità, promuovendo la costruzione di veri e propri “ *patti di collaborazione*” tra soggetti istituzionali e del terzo settore; lo sviluppo di una nuova modalità di presa in carico dei bisogni proattiva e capacitante sarà realizzabile infatti attraverso lo sviluppo della responsabilità condivisa anche dai e con i cittadini, le famiglie e le associazioni del territorio, nonché attraverso la possibilità di integrare l’organizzazione dei servizi ( risorse umane ed economiche) con le risorse informali, chiamate a diventare parte del processo assistenziale.

In particolare si intende operare attraverso il coinvolgendo delle organizzazioni di volontariato/ associazioni di promozione sociale attive sul territorio oltre che delle caritas parrocchiali sviluppando, in una logica di sussidiarietà, forme di collaborazione con i servizi pubblici ( sociali, sanitari, del lavoro, educativi ) in azioni di contrasto alla povertà (materiale, relazionale, educativa) e di sostegno all’inclusione attiva dell’intero nucleo familiare .

Tali forme di collaborazione troveranno compimento formale nella elaborazione e condivisione di un apposito accordo tra l’Unione, le organizzazioni del terzo settore ed i sindacati volto a consolidare le reti locali di intervento a contrasto dei fenomeni di emarginazione, esclusione sociale e povertà e rendere maggiormente efficace l’azione dei diversi soggetti che a vario titolo operano sul territorio.

L’obiettivo di stimolare un coinvolgimento sempre più ampio e qualificato dei numerosi attori del terzo settore attivi nel territorio oltre che di promuovere interventi innovativi sarà promosso anche attraverso il percorso del community lab.

Come indicato nella successiva sezione - PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO – del presente documento alla fase di ideazione/attivazione che ha portato alla elaborazione del nuovo Piano di zona triennale succederà infatti una ulteriore fase di progettazione/realizzazione dove i vari attori coinvolti saranno chiamati a risolvere problemi e progettare concretamente interventi innovativi; tra le progettualità da svilupparsi in modo partecipato a partire dal secondo semestre 2018, la cui attuazione potrà trovare compimento nel piano attuativo 2019 e 2020 vi è infatti il “ Contrasto alla povertà materiale, educativa e relazione anche attraverso il coinvolgimento del contesto e della società civile”

**Scheda n.10 - Contrasto dell’esclusione sociale e sostegno all’inclusione attiva** : la scheda di seguito riportata contiene più azioni, riconducibili a diverse schede regionali (n. 10 - Azioni di contrasto all’esclusione sociale, n.22 - Misure a contrasto della povertà, n.23 - Avvicinamento al lavoro per le

persone fragili e vulnerabili, n.24 - La casa come fattore di inclusione sociale e benessere sociale ) ma tra loro spesso complementari e relative a differenti bisogni spesso tutti presenti all'interno del medesimo nucleo familiare.

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;C;D;E;</b>
<b>Descrizione</b>	<p>Il territorio dell'Unione, pur non essendo contraddistinto da un elevato numero di persone in condizione di grave marginalità (per cui la mancanza di una abitazione e una di una rete relazione costituiscono i principali fattori che determinano la loro condizione) è caratterizzato da un numero abbastanza elevato di nuclei in carico al Servizio Sociale Territoriale, che presentano una situazione di grave deprivazione materiale, la cui condizione economica non gli consente cioè di far fronte ad una serie di bisogni essenziali (es. riscaldare l'abitazione, far fronte a spese impreviste, garantire il pagamento di bollette, affitto ...), la maggior di tali persone presentano anche una dimensione di fragilità e vulnerabilità, condizione questa caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti alla dimensione lavorativa e sociale o sanitaria.</p> <p>L'attenzione alla abitazione deve sempre più diventare come aspetto fondamentale del percorso di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie.</p>
<b>Razionale</b>	<p>Il problema dell'impoverimento di una parte della popolazione è spesso conseguenza e causa di stati di fragilità e di esclusione sociale. La povertà rappresenta un fenomeno multidimensionale che non può essere ridotto alla sua componente strettamente economica, accanto alla povertà più evidente quella di tipo materiale, spesso coesistono altre forme di povertà, la povertà educativa, ovvero la privazione, per i bambini e gli adolescenti, della opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare le proprie capacità e aspirazioni, e la povertà relazionale. L'indebolito del tessuto sociale che era fatto di comunità che convivevano attraverso le loro forme di aggregazione e solidarietà, ha prodotto infatti separazione e individualismo determinando una forma di povertà di tipo relazionale e culturale, non si tratta soltanto della solitudine degli anziani, ma anche del giovane che si rinchioda in se stesso, dell'adulto che non riuscendo a ritrovare il lavoro si vergogna, si sente fallito e desiste, dell'immigrato che non riesce a inserirsi ...</p> <p>Anche l'abitazione si connota come " aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sociali fuori da contesti istituzionalizzati.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone in situazione di grave emarginazione, con fragilità "multipla" ( salute, disagio mentale, dipendenza, precarietà della situazione giuridica..)</p> <p>Famiglie in condizione economiche disagiate destinatarie di misure di sostegno al reddito nazionali, regionali, locali.</p> <p>Persone in condizione di fragilità e vulnerabilità</p>

	<p>Nuclei in condizione di disagio abitativo e ovvero i cosiddetti nuclei della "zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>La presente scheda contiene più azioni, riconducibili a diverse schede regionali e destinatari, ma tra loro spesso complementari e relative a differenti bisogni spesso presenti all'interno del medesimo nucleo familiare.</p> <p><b>AZIONI A CONTRASTO DELL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI MARGINALITA' ESTREMA</b></p> <p>Sostegno ai nuclei e persone in difficoltà e individuazione di interventi a favore delle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale, attraverso :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'individuazione dei beneficiari e regolamentazione della cosiddetta " residenza anagrafica fittizia", da considerarsi quale porta di accesso ad ogni altro diritto, servizio e prestazione pubblica;</li> <li>2. l'attivazione di equipè multidisciplinari di supporto e accompagnamento all'empowerment delle persone;</li> <li>3. l'erogazione di servizi di accoglienza a bassa soglia e di pronto intervento sociale;</li> <li>4. la sperimentazione dei modelli di " housing first" e di "co-housing" attraverso l'integrazione tra vari servizi (casa, salute, lavoro..) ed il coinvolgimento del terzo settore;</li> <li>5. la promozione in collaborazione con il terzo settore, anche attraverso l'utilizzo di appositi finanziamenti regionali, di azioni connesse al contrasto alla povertà quali ad esempio scambio, riuso, recupero alimentare, empori solidali...</li> <li>6. la promozione, anche attraverso il terzo settore, delle forme di assistenza sanitaria rivolta a persone in condizione di marginalità estrema;</li> </ol> <p><b>MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTA' - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA</b></p> <p>Supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, migliorando le competenze, potenziando le capacità e rinsaldando i legami sociali, attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la qualificazione della rete degli sportelli sociali (coincidenti con i punti di accesso al REI) presso i quali è offerta informazione, consulenza e orientamento ai nuclei familiari sulla rete integrata degli interventi e dei servizi sociali e socio - sanitari e, qualora ricorrano le condizioni, assistenza nella presentazione della domanda REI/RES e monitoraggio del relativo esito;</li> <li>2. l'analisi preliminare del bisogno del nucleo familiare da parte del servizio sociale professionale, da intendersi quale prima valutazione volta a raccogliere informazioni sul nucleo, sulle sue risorse, su servizi e supporti presenti e sull'eventuale presenza di fattori di vulnerabilità;</li> <li>3. l'eventuale attivazione ( qualora emerga una situazione di bisogno complesso) dell'equipè multidisciplinare (sociale - sanitaria - lavoro) per una valutazione multidimensionale e per la definizione del progetto personalizzato che dovrà essere improntato al principio della condizionalità e contenere indicatori/ tempi di realizzazione/impegni reciproci ...</li> <li>4. l'attivazione dei sostegni individuati, quali livelli essenziali delle prestazioni, nel Piano Nazionale Povertà, quali: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione ( interventi previsti nel Piano Integrativo Territoriale e nel Piano Annuale previsto dall'art. 4 della Legge Regionale n.14/2015 e dalle linee di programmazione regionale approvate con DGR 73/2018);</li> <li>b. sostegno socio - educativo domiciliare e territoriale, da realizzarsi prioritariamente attraverso il supporto del terzo settore, anche attivando forme di supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare e di consulenza per situazioni di sovra - indebitamento;</li> <li>c. assistenza domiciliare socio - assistenziale e servizi di prossimità;</li> </ol> </li> </ol>



d. sostegno genitoriale e servizio di mediazione familiare ( quale livello essenziale delle prestazioni per tutti i nuclei con minori di età 0/3 anni);

e. servizio di mediazione culturale;

f. servizio di pronto intervento sociale.

La messa a regime delle misure nazionali (REI ) e regionali (RES) a contrasto della povertà richiederanno la progressiva complementarietà degli strumenti di sostegno economico ad integrazione del reddito messi in campo dagli Enti Locali in questi anni.

Si opererà, inoltre, per giungere a livello di Unione, ad una progressiva uniformità dei criteri/modalità/soglie di accesso/importi riconosciuti al fine di garantire equità di accesso e trattamento ai nuclei in difficoltà economica residenti nel territorio.

Nelle more del raggiungimento di una uniformità regolamentare si prevede a partire dall'anno 2018 la possibilità di elevare nella misura del 50% la quota di contribuzione massima erogabile, previo progetto del servizio sociale professionale per:

- partecipazione ad attività sportive e/o di qualificazione del tempo libero ( corsi di musica ...);
- inserimento in contesti educativi/socializzanti;
- interventi di supporto al mantenimento/reperimento dell'abitazione;
- interventi di ospitalità a seguito di emergenze abitative/sociali.

Nella realizzazione delle azioni sopracitate si promuoverà nel corso del triennio l'adozione di una metodologia basata sul lavoro di comunità e di costruzione delle reti sociali, in particolare stimolando il coinvolgimento, la partecipazione ed il protagonismo degli attori del territorio, con l'obiettivo di costruire con ciascun soggetto, a partire dal proprio specifico mandato, dei " patti di collaborazione" attraverso cui attuare forme sostegno e accompagnamento a persone in condizione di fragilità e/o povertà.

Tali forme di collaborazione con il terzo settore, già attuate nell'ambito distrettuale, verranno meglio definite e strutturate in una logica di rete, attraverso l'adozione di un apposito protocollo ( sullo schema di quello adottato dalla Regione con DGR 1311/2017) finalizzato a definire obiettivi e impegni comuni, in particolare si prevede la messa in rete di particolari progettazioni finalizzate a:

- favorire il contrasto alla povertà estrema attraverso azioni di scambio, riuso, recupero alimentare, empori solidali...;
- favorire occasioni di socializzazione, incontro, relazione;
- favorire forme di affiancamento leggero, consulenza e accompagnamento (educazione al consumo, gestione budget familiare ...);
- attività di sostegno scolastico (extra scolastico);
- risposte ai bisogni di prima necessità e di pronto intervento .

Tali interventi dovranno essere inseriti nel progetto personalizzato elaborato dal Servizio Sociale professionale o dall'equipè multiprofessionale.

L'aspetto multidimensionale della povertà ( assunto come fondamento anche dal IV Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva ) sarà alla base delle azioni e degli interventi attivati dal Servizio Sociale Territoriale, prevedendo in particolare oltre alle forme di sostegno economico, interventi volti a contrastare la povertà educativa e relazionale, in particolare:

- strategie e interventi per l'integrazione scolastica e sociale;
- sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza;
- interventi /servizi socio - educativi individuali.

**AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI**

Ai sensi dell'art. 4 della legge regionale n.14/2015 è stato approvato il Piano

Integrato Territoriale 2018/2020, quale strumento attraverso cui dare attuazione nel territorio all'integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari per la realizzazione dei percorsi integrati a sostegno dell'inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Il piano, in linea con gli obiettivi e le priorità d'intervento previste dalla programmazione regionale (DGR n.73 del 22.01.2018) si propone di dare piena attuazione a quanto previsto dalla normativa regionale a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità (L.R.14/2015), assicurando qualità e appropriatezza degli interventi, promuovendo e sostenendo l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro nonché operando per garantire l'accoglienza e la presa in carico delle persone in condizione di fragilità attraverso la valutazione multidimensionale e multi professionale e l'elaborazione di progetto di intervento personalizzato.

Il Piano prevede la realizzazione delle seguenti tipologie di interventi:

- formazione;
- tirocini;
- supporto al lavoro;
- servizi ed interventi di natura sociale;
- trasferimenti in denaro.

In particolare si intende promuovere il consolidamento e lo sviluppo di tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione; destinatari di tali interventi saranno non solo le persone in condizione di fragilità o vulnerabilità ma anche persone con un punteggio rispetto all'indice di fragilità superiore a 58, o inferiore a 30 (DGR n.191 del 15.02.2016) e pertanto non rientranti nelle misure messe a disposizione dalla L.14/2015. (es. persone con disabilità, persone con evidenti fragilità sociali quali: mamme sole con impegni di cura di figli minori in tenera età, persone con scarse risorse personali, disoccupati di lungo periodo etc..) ovvero

situazioni per cui, pur rientrando nei valori dell'indice definito dalla legge 14/2015 per l'accesso alle misure, i servizi ritengano più appropriato attivare un percorso di avvicinamento propedeutico poi all'inserimento lavorativo.

L'individuazione della tipologia di interventi da attivare viene definita da una equipè multi professionale e stabilita nel programma personalizzato, elaborato in coerenza con i bisogni, le conoscenze, le competenze e le propensioni delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità. Il programma personalizzato d'interventi viene sottoscritto dalla persona in condizione di fragilità e vulnerabilità, la quale è tenuta a rispettare, nel rispetto del principio di condizionalità, gli impegni presi. Il mancato rispetto degli impegni sottoscritti nel progetto personalizzato determina la decadenza della fruizione dei servizi erogati.

#### LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE SOCIALE

L'abitazione rappresenta un fattore imprescindibile per l'inclusione sociale e complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità.

Obiettivo del triennio è quello di affrontare, anche attraverso ACER, il tema abitativo in maniera organica e strutturale e non solo emergenziale, si opererà pertanto per:

- consolidare l'approccio al patrimonio pubblico, quale servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà (favorendo il turn - over delle famiglie assegnatarie in base alle mutate condizioni economiche) e proseguire, anche attraverso l'istituto della mobilità d'ufficio, alla razionalizzazione dell'uso del patrimonio pubblico;
- incentivare la locazione degli alloggi da parte dei proprietari, offrendo agli stessi forme di tutela in merito ai rischi connessi alla selezione degli affittuari, con particolare riferimento al rischio di morosità ed ai rischi connessi al mancato rilascio dell'alloggio al termine della locazione;

	<p>- consentire ad ampie categorie di cittadini di poter accedere al mercato immobiliare privato attraverso la garanzia del soggetto pubblico nei confronti dei proprietari, eventuali forme di supporto economico ed incoraggiando la stipula di contratti di locazione a canone concordato.</p> <p>In particolare si opererà per consolidare e sviluppare azioni tese al mantenimento/reperimento dell'abitazione, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il consolidamento di iniziative di incontro tra offerta di alloggi in locazione disponibili attraverso apposita collaborazione anche con Acer, dando continuità al progetto Agenzia per la Locazione (Progetto Affitto Casa Garantito);</li> <li>- il consolidamento e lo sviluppo del progetto " Un alloggio in locazione";</li> <li>- la sperimentazione di interventi di co-abitazione (intesa sia come famiglie di ospitanti che come convivenza tra più nuclei): si tratta di proporre forme di coabitazione per coloro che sono soli e che non possono permettersi un'abitazione in autonomia. In tal modo, grazie alla condivisione delle spese ordinarie relative all'alloggio si raggiunge l'obiettivo del mantenimento della casa;</li> <li>- l'individuazione di modalità gestionali di housing sociale per la gestione di posti letto o appartamenti a canone agevolato;</li> <li>- la sperimentazione, in collaborazione con ACER, del progetto di " Portierato sociale".</li> </ul> <p>Proseguire nella erogazione dei contributi a sostegno del pagamento del canone di locazione, depositi .</p> <p>Si opererà inoltre nel coinvolgimento di tutti i soggetti che operano all'interno del territorio ed in particolare il terzo settore al fine di attivare azioni volte al reperimento di alloggi.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sperimentazione dell'utilizzo dello strumento del budget di salute per persone con fragilità multiple, in particolare tale strumento prevede la costruzione di una progettualità condivisa tra servizi sociali e sanitari, terzo settore, rete informale del territorio e la persona beneficiaria dell'intervento.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sanitari, Centro per l'Impiego, terzo settore ACER
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 1 Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 2
<b>Risorse non finanziarie</b>	L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all'Azienda Usl, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07," la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento);

	<p>l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)". Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.</p> <p>Criterio riparto spese:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Area A appalto disabili: 50% FRNA e 50% Comuni (tra i comuni 50% pop. res. 15-64 anni al 31/12/2016 e 50% utenti al 31/12/2018);</li> <li>- Criterio riparto finanziamenti regionali e FCRM pop. res. 15-64 anni al 31/12/2016;</li> <li>- Fondi mobilità riparto pop residente 15/64 anni al 31/12/2016.</li> </ul> <p>Morosità incolpevole si mantiene l'assegnazione a ciascun Comune come disposto dalla Regione.</p>
--	---

## 7. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO

Il percorso di programmazione partecipata che si è adottato per la definizione del Piano di zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018-2010 è connotato da una **"dimensione marco"** : si è infatti ritenuto di procedere, in tale prima fase, ad una ridefinizione generale dei problemi e dei destinatari ed a un ripensamento dell'intero processo di programmazione zonale di ambito sociale e socio – sanitario.

Attraverso tale percorso partecipativo si è altresì mirato alla costruzione di relazioni significative tra gli attori pubblici ed i soggetti privati che a vario titolo operano nel territorio.

L'avvio di tale processo innovativo ha reso necessario un ripensamento delle modalità consuete con cui fino ad ora si erano considerati i problemi, i destinatari, gli attori coinvolgibili ed i settori su cui intervenire.

Il Comitato di distretto ha individuato quattro ambiti tematici da affrontare con l'ottica della trasversalità, con l'obiettivo di affrontare dimensioni nuove e trasversali del disagio sociale che riguardano vaste fasce di età e gruppi sociali, ed in particolare:

- Famiglie
- Salute
- Momenti difficili
- Servizi ( laboratorio dedicato ai soli operatori)

ad ogni ambito è stato associato il termine quotidianità per evocare nei destinatari la vicinanza del percorso alla loro vita di tutti i giorni.

Per ogni tematica sono stati attivati dei laboratori con valenza distrettuale ( due incontri per ciascun oggetto di lavoro); il lavoro dei laboratori è stato coordinato e presidiato da una **cabina di regia ristretta**, composta da amministratori, tecnici dell'ambito sociale e sanitario, alcuni referenti del terzo settore e due cittadini competenti con il ruolo di facilitatori.

In particolare la cabina di regia ha svolto il compito di garantire la regia del processo di programmazione partecipata, di supportare i gruppi di lavoro e di promuovere la buona riuscita degli incontri.

Al lavoro dei quattro tavoli ha partecipato la cabina di regia ristretta più ulteriori figure tecniche ( che svolgeranno la funzione di coordinatori nella fase successiva di lavoro) e rappresentanti di associazioni/organizzazioni attive sul territorio e cittadini.

Nella individuazione degli attori da coinvolgere si è cercato di garantire orizzontalità e di ampliare la partecipazione invitando oltre ai gruppi sociali abituati a riferirsi con le istituzioni e tradizionalmente coinvolti nella elaborazione del piano di zona ( CCM, AUSER, Croce Blu ... ) gruppi più informali ( gruppo mamme, comitati genitori...) oltre che singoli cittadini.

Particolare attenzione è altresì stata posta alla presenza delle **organizzazioni sindacali**, le quali, al pari degli altri attori pubblici e privati, sono chiamati nella co – costruzione del nuovo welfare e nella progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali .

---

L'individuazione degli operatori invitati a partecipare ai tavoli ha mirato a garantire la presenza di operatori afferenti a servizi differenti ( sociale, sanitario, educativo..) e appartenenti a diversi livelli gerarchici interni alle istituzioni, nella consapevolezza della necessità di coinvolgere tutti gli operatori che a vario titolo sono coinvolti nella rete e non solo quelli con ruoli di responsabilità.

Nel corso dei laboratori si è inteso approfondire le tematiche ed allargare il confronto nell'ottica della definizione di un nuovo **welfare di comunità**, che non passa necessariamente dai servizi, ma coinvolge le persone e le mette in relazione tra loro e che mira all'attivazione di gruppi e reti sociali utili al benessere.

Trattandosi di un percorso partecipato volto alla ridefinizione generale dei problemi della comunità e ad un ripensamento dell'intero processo di programmazione zonale, il livello di partecipazione richiesto è stato improntato all'ascolto attivo ed alla raccolta dei bisogni prioritari dei partecipanti. (**comunità indagante**)

Il livello di partecipazione richiesto, così come la finalità del percorso partecipativo, sono stati posti con chiarezza durante l'incontro plenario di presentazione a tutti i soggetti coinvolti nel processo per la realizzazione del nuovo piano di zona, rinviando ad un successivo momento partecipativo la realizzazione di laboratori finalizzati a risolvere problemi e a progettare concretamente. (**partecipazione incrementale**)

Dal punto di vista metodologico, nel corso del primo incontro di ciascun laboratorio, si è operato chiedendo ai partecipanti di spogliarsi del proprio ruolo ( a ciascuno è stato chiesto di presentarsi con il solo nome) e di esplicitare un bisogno/una criticità riscontrata nel corso della vita e di indicare cosa è stato di aiuto per superarlo o cosa avrebbe voluto avere per affrontare il momento di bisogno.

Durante il secondo incontro i partecipanti si sono riappropriati del ruolo esercitato nel territorio ( operatori dei servizi, referenti di organizzazioni/associazioni., cittadini...) e si è riflettuto sulle priorità emerse indicando per ciascun ambito di lavoro le parole chiave che rappresentassero la sintesi delle priorità emerse.

Nei momenti laboratoriali ci si è quindi posto l'obiettivo di sperimentare forme di partecipazione attiva dei cittadini, con l'intento di produrre un'analisi partecipata del contesto locale, evidenziare casi concreti, dare risposta ai bisogni della comunità attraverso il lavoro congiunto degli operatori dei servizi, dei cittadini singoli, delle espressioni delle forme di volontariato che operano sul territorio.

Le priorità ed i bisogni, emersi nei diversi momenti laboratoriali ed evidenziati nel momento di restituzione plenaria del lavoro svolto, sono sintetizzati nelle parole chiave di seguito elencate:

#### **FAMIGLIA E QUOTIDIANITA'**

- Porte aperte ( ascolto, orientamento)
- Conciliazione tempi di vita e di cura
- Luoghi di aggregazione : spazi ..
- Accompagnamento ( sostegno alla genitorialità..)
- Attività di prevenzione ( sani stili di vita) nei luoghi in cui le persone si trovano, vivono ..

#### **SALUTE E QUOTIDIANITA'**

- Informazione ( ascolto, orientamento, linguaggio comune ..)
- Solidarietà
- Spazi di aggregazione ( auto – mutuo aiuto..)
- Investimento sulla salute ( sostegno alla genitorialità, sani stili di vita..)

#### **MOMENTI DIFFICILI E QUOTIDIANITA'**

- Porte aperte : relazione tra servizi e comunità
- Cura dell'ascolto ( servizi e comunità)
- Riconoscimento - aspettative comuni
- Cultura ( linguaggio comune)
- Responsabilità condivisa

Le parole chiave emerse durante il lavoro laboratoriale, evidenziano, in modo sostanzialmente trasversale ai diversi oggetti di lavoro, la necessità di modificare la modalità di lavoro dei servizi ( non viene chiesto più competenza ed efficacia, ma ascolto, vicinanza, personalizzazione.. ) oltre che di operare un ripensamento della sussidiarietà (porte aperte : relazione tra servizi e comunità, responsabilità condivisa ...) , in sintesi gli ambiti su cui viene richiesto priorità d'intervento risultano i seguenti:

**Informazione - Ascolto – Accoglienza**  
**Responsabilità condivisa**

**Auto mutuo aiuto - Spazi comuni**  
**Formazione**  
**Sani stili di vita**

Particolare attenzione nel corso del percorso partecipato di realizzazione del piano è stato dedicato al lavoro con gli operatori, investire nell'innovazione richiede infatti tra l'altro un significativo investimento in termini di risorse umane.

Le priorità ed i bisogni, emersi nei diversi momenti laboratoriali ( che hanno visto la partecipazione di operatori afferenti a diversi servizi ) sono successivamente stati affrontati in un apposito gruppo di lavoro dedicato ai soli operatori chiamati a riflettere sulle sollecitazioni pervenute dal territorio; di seguito alcune delle riflessioni emerse durante gli incontri che evidenziano la volontà di cambiamento presente anche all'interno delle amministrazioni.

*" .. dobbiamo chiederci perché noi ci concentriamo sulla prestazione mentre i cittadini si attendono ascolto, accoglienza..." ;*

*" ..proviamo a condividere con la persona gli obiettivi comuni e non a proporgli un catalogo di interventi e servizi uguali per tutti.." ;*

*".. il problema non è lo spazio fisico, ma lo spazio mentale per accogliere le domande nella loro complessità..." ;*

*".. ricercare la soluzione al problema anche attraverso la rete sociale.."*

Si può dedurre che la difficoltà dei servizi di welfare è dovuta alla trasformazione del loro oggetto di lavoro, se la società cambia tumultuosamente, i servizi occupandosi di problemi che le persone incontrano, sono chiamati a modificare profondamente il loro modo di lavorare (**ascolto, orientamento, riconoscimento, aspettative comuni ..**) ; di contro, cittadini con problematiche sempre più complesse e, a volte, portatori di aspettative tendenzialmente illimitate, diventano maggiormente conflittuali verso i servizi stessi.

Le Istituzioni sono quindi chiamate a ri-progettare insieme ai cittadini ricostruendo un senso condiviso (**Responsabilità condivisa, linguaggio comune..**)

**TERRITORIALITA', DOMICILIARITA' E PROSSIMITA', INTEGRAZIONE, PARTECIPAZIONE E QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI** sono questi gli ambiti trasversali d'azione su cui ci chiedono di investire nel prossimo triennio.

Dal punto di vista metodologico le priorità emerse nel percorso partecipato impronteranno la nuova modalità di approccio (**lavoro di comunità – personalizzazione degli interventi – azioni innovative di empowerment**) dei servizi della rete territoriale e porranno altresì le basi per un ripensamento della sussidiarietà e lo sviluppo di un ruolo nuovo del Terzo settore, chiamato a cogliere in questo nuovo contesto una opportunità di sviluppo e di nuovo protagonismo (**co-progettazione**).

Sono queste infatti metodologicamente le principali linee d'azione che impronteranno il lavoro nel prossimo triennio:

- Non solo pensare insieme, ma fare insieme : la co – progettazione.
- Lavoro di comunità e lavoro di rete, le risorse del territorio per la costruzione del Welfare comunitari.
- Coinvolgimento sempre più ampio e qualificato di tutti gli attori del territorio, l'obiettivo è creare innovazione.
- Rinforzare il sistema organizzativo e professionale : sviluppo dell'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno.

Dal punto di vista dei contenuti le n. 29 schede d'intervento ( a declinazione aziendale e distrettuale) di cui si compone il Piano, conterranno la traduzione in obiettivi ed azioni degli ambiti su cui viene richiesto priorità d'intervento :

<b>INFORMAZIONE, ASCOLTO E ACCOGLIENZA</b>	Dei cittadini : integrazione dei punti di accesso Dei care giver : garantire orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici Contrasto violenza di genere : integrazione dei punti di	Schede n.1,5, 10,12,13, 14,15
--	--	-------------------------------

	<p>accesso</p> <p>Primi 1000 giorni di vita : il consultorio familiare quale luogo dove informare e orientare i genitori in tutte le fasi della crescita dei figli.</p> <p>Famiglie straniere e svantaggiate : individuazione precoce delle situazioni di vulnerabilità.</p> <p>Sostegno alla genitorialità : integrazione dei punti di accesso ( sociale, sanitario, educativo )</p> <p>Progetto adolescenza : attivazione di processi partecipativi che coinvolgano i giovani ( destinatari degli interventi)</p> <p>Azioni a contrasto della povertà : punti per l'accesso al REI : informazione, consulenza, orientamento, assistenza alla domanda ..</p>	
<b>RESPONSABILITA' CONDIVISA</b>	<p>Coinvolgimento utenti e famiglie nei percorsi di cura</p> <p>Riconoscimento del ruolo dei care giver nel Piano Assistenziale Individualizzato</p> <p>Progetto "Dopo di noi" : garantire un progetto di vita adeguato alle persone con disabilità che restano prive del sostegno familiare</p> <p>Promuovere una cultura delle pari opportunità</p> <p>Azioni per l'invecchiamento attivo</p> <p>Azioni a contrasto della povertà : favorire le sinergie tra soggetti pubblici deputati all'applicazione delle misure a contrasto della povertà e tutti i soggetti della società civile.</p>	Schede n.1,4,5, 6, 10,12,13, 14,15,17
<b>AUTO MUTUO AIUTO - SPAZI COMUNI</b>	<p>Sostegno alla genitorialità : sviluppare momenti formali ed informali rivolti ai genitori con figli piccoli/adolescenti , sviluppo del Centro per le famiglie ..</p> <p>Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute : educazione su stili di vita salutari, diffusione di buone pratiche finalizzate all'attivazione di gruppi di anziani ( caffè Alzheimer , alleniamo la memoria ..)</p> <p>Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari : mamme peer, peer educator , gruppi di automutuoaiuto per alcolisti, dipendenti gioco d'azzardo e loro familiari..</p>	Schede n.1,5,10,14, 15, 17,
<b>FORMAZIONE</b>	<p>Integrazione tra servizi ( sociali, sanitari, educativi..)</p> <p>Equipe multiprofessionali</p> <p>Lavoro di comunità</p>	Schede n. 1, 25,27
<b>SANI STILI DI VITA</b>	<p>La casa della salute</p> <p>Medicina di iniziativa</p> <p>Medicina di genere</p> <p>Salute sessuale e riproduttiva</p> <p>Assistenza alla nascita</p>	Schede n.1, 9,18,23,

Alla fase di ideazione/attivazione che ha portato alla elaborazione del nuovo Piano di zona triennale succederà infatti una ulteriore fase di progettazione/realizzazione dove i vari attori coinvolti saranno

---

chiamati a risolvere problemi e progettare concretamente interventi innovativi ( **comunità decisionale sul futuro** ) .

Partendo dai bisogni emersi si individuano infatti le seguenti progettualità da svilupparsi in modo partecipato a partire dal secondo semestre 2018, la cui attuazione potrà trovare compimento nel piano attuativo 2019 e 2020:

- Accompagnamento alla genitorialità : sperimentazione di forme di raccordo e di rete tra servizi pubblici e il territorio .
- Contrasto alla povertà materiale, educativa e relazione anche attraverso il coinvolgimento del contesto e della società civile.
- La prevenzione e la promozione della salute durante tutto l'arco della vita.

Il Percorso di elaborazione partecipata del presente piano di zona ha visto l'importante ruolo svolto dalle organizzazioni sindacali, le quali, al pari degli altri attori pubblici e privati, sono chiamati nella co – costruzione del nuovo welfare e nella progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali .

Ruolo che si intende confermare e sviluppare anche nella successiva fase tesa alla progettazione/realizzazione di interventi e servizi innovativi.

### **8.VALUTAZIONE E MONITORAGGIO**

In considerazione del fatto che il percorso di programmazione partecipata che si è adottato per la definizione del Piano di zona per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 si è posto l'obiettivo di una ridefinizione generale dei problemi e dei destinatari e di un ripensamento dell'intero processo di programmazione zonale di ambito sociale e socio – sanitario, il processo di valutazione e monitoraggio del Piano di zona dovrà principalmente verificare:

- l'adozione di una nuova modalità con cui considerare i problemi ed i destinatari, ovvero la capacità di andare oltre le categorie definite ( target)
- l'avvenuto coinvolgimento di attori non tradizionalmente abituati ad interfacciarsi con le istituzioni e l'avvio di una programmazione di sistema che vede il coinvolgimento di vari servizi.
- la progettazione e realizzazione di servizi innovativi

Il percorso di valutazione e monitoraggio avviato dalla Cabina di Regia dovrà essere svolto in modo partecipato attraverso il coinvolgimento dei vari soggetti ( compresi gli operatori dei servizi) che hanno concorso al processo programmatico ( partecipanti ai laboratori) .

La valutazione deve infatti essere intesa anche come un momento di apprendimento collettivo di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono chiamati alla realizzazione di un welfare pubblico, territoriale e comunitario.

Si prevedono tre distinti livelli di valutazione e monitoraggio :

- del piano : inteso come sistema complessivo e territoriale di interventi e servizi
- delle singole schede progettuali, avendo in particolare a riferimento gli indicatori specifici
- degli obiettivi strategici trasversali a tutte le schede progettuali, quali :
  - sviluppo dell'integrazione ( istituzionale – gestionale – professionale)
  - sviluppo di azioni volte alla prevenzione ed alla promozione della salute
  - promozione del lavoro di comunità
  - sviluppo della responsabilità condivisa
  - qualificazione dei servizi



## 9.PREVENTIVO DI SPESA 2018

TITOLO	Costo totale
1. Case della salute e Medicina d'iniziativa	€ 362.482,00
2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata	€ 0,00
3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	€ 0,00
4. Budget di salute	€ 170.471,26
5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	€ 1.219.526,00
6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	€ 127.137,65
7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	€ 0,00
8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	€ 17.142,86
9. Medicina di genere	€ 0,00
10. Contrasto dell'esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva	€ 1.278.041,32
11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti	€ 0,00
12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	€ 120.682,28
13. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.	€ 0,00
14. Promozione delle pari opportunità e contrasto alla violenza di genere	€ 269.378,00
15. Interventi nei primi 1000 giorni di vita e a sostegno alla genitorialità	€ 4.687.009,20
16. Progetto adolescenza	€ 318.480,65
17. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	€ 0,00
18. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico	€ 21.123,75
19. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano	€ 119.500,00
20. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	€ 3.860.851,00
21. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	€ 0,00
22. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	€ 10.509,00
23. Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico e terzo settore	€ 42.760,00
24. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	€ 0,00

25. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	€ 1.006.417,00
26. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	€ 0,00
27. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	€ 613.771,54
28. L'ITC-Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di E-Welfare	€ 0,00
29. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	€ 0,00
30. Piano attività per la non autosufficienza-programma disabili	€ 3.172.301,64
31. Azioni per l'inclusione scolastica dei disabili	€ 2.397.521,00

A livello regionale, considerate le modalità contabili in uso alle AUSL, di tipo dipartimentale e non distrettuali, non è stato possibile in questa fase iniziale, definire voci di spesa di dettaglio e di valorizzazione prospettica dell'attività aziendale nei distretti. Tuttavia l'Azienda USL compartecipa con risorse afferenti al bilancio sanitario regionale all'implementazione/potenziamento/incremento dei singoli interventi/ azioni e al raggiungimento degli obiettivi specifici previsti nelle singole schede del Piano di Zona di ogni distretto.

La voci a compilazione obbligatoria sia nelle schede intervento, che nel preventivo di spesa complessivo sono i fondi regionali o nazionali la cui quantificazione è nota.

In entrambi gli strumenti (scheda singolo intervento e quadro di insieme) oltre a etichette relative a fondi finalizzati (FSL, FRNA, Dopo di Noi, Legge 14...), si aggiunge la voce afferente all'AUSL-risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per la non autosufficienza riportata anche nell'applicativo FRNA on-line.

<b>QUADRO FINANZIARIO COMPLESSIVO</b>	
<b>RISORSE</b>	<b>PREVENTIVO DI SPESA</b>
FONDO SOCIALE LOCALE - RISORSE REGIONALI	292.815,64
FONDO SOCIALE LOCALE - RISORSE STATALI	325.900,07
CENTRI PER LE FAMIGLIE	5.416,39
CARCERE	12.000,00
COMPARTECIPAZIONE UTENTI	986.938,30
FONDI FSE PON INCLUSIONE - AVVISO 3	58.702,00

FONDI FSE POR - LR 14/2015	316.921,00
PROGRAMMA "DOPO DI NOI"	114.646,00
FRNA	6.379.032,00
FNNA	312.000,00
AUSL	21.123,75
ALTRI FONDI REGIONALI specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	205.840,59
SPECIFICA ALTRI FONDI STATALI/PUBBLICI specificare eventualmente quali altre fonti di finanziamento pubbliche finanziano l'intervento	95.653,54
ALTRI SOGGETTI PRIVATI esclusa contribuzione utenti – UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA	300.000,00
SPECIFICA ALTRI SOGGETTI PRIVATI specificare gli eventuali altri soggetti privati – COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA	300.000,00
Specifica Unione dei Comuni-UNIONE COMUNI DEL SORBARA	4.752.635,10
COMUNE 1 inserire il nome del Comune finanziatore COMUNE DI BASTIGLIA	438.812,16
COMUNE 2 inserire il nome del Comune finanziatore COMUNE DI BOMPORTO	956.109,89
COMUNE 3 COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA	2.115.514,00
COMUNE 4 inserire il nome del Comune finanziatore COMUNE DI NONANTOLA	1.088.724,33
COMUNE 5 inserire il nome del Comune finanziatore COMUNE DI RAVARINO	412.331,38
COMUNE 6 inserire il nome del Comune finanziatore COMUNE DI SAN CESARIO SUL PANARO	323.990,00
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>19.815.106,14</b>

---

**SCHEDE INTERVENTO:**

## 1. Case della salute e Medicina d'iniziativa

Completato

### Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

### Riferimento scheda distrettuale: 1. Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL e UNIONE DEL SORBARA-AUSL di Modena: Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it-UNIONE DEL SORBARA:P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E(MO) P.I.02716680364 PEC:pec@cert.unionedelsorbara.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;D;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>A livello aziendale, in Provincia sono attive 11 Case della Salute così collocate: tre nel Distretto di Mirandola, una nel Distretto di Carpi, due nel Distretto di Castelfranco Emilia, due nel Distretto di Pavullo, due nel Distretto di Vignola ed una nel Distretto di Sassuolo.</p> <p>Altre 6 Case della Salute sono in fase di programmazione (Mirandola, Carpi, Modena Nord ed ESTENSE ,Formigine e Sassuolo) ed altre 3 in fase di valutazione (San Felice, Soliera e Modena Sud).</p> <p>Vengono quindi riportate le funzioni ipotizzate per le Case della Salute attualmente in programmazione nella Provincia di Modena :</p> <p>Distretto di Carpi</p> <p>Nella CDS di Carpi saranno presenti i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenza primaria con i MMG/Medicina di gruppo</li><li>• Ambulatorio della cronicità</li><li>• Centro prelievi ad accesso diretto</li><li>• Ambulatorio infermieristico</li><li>• Continuità assistenziale</li><li>• Consultorio familiare e spazio giovani</li><li>• Sportello socio-sanitario</li><li>• Punto volontariato</li><li>• Cooperativa dei MMG Meditem</li></ul> <p>Distretto di Mirandola</p> <p>Dal progetto sono presenti i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Punto di accoglienza</li><li>• Punto di Primo Intervento</li><li>• Continuità assistenziale</li><li>• Ambulatori infermieristici</li><li>• Servizio infermieristico domiciliare</li><li>• camere ardenti + chiesa</li><li>• Servizio di radiologia</li><li>• Assistenza primaria con i MMG e PLS</li><li>• Specialistica ambulatoriale</li></ul>
--------------------	--

- Sportello Unico
- Punto prelievi
- Sportello volontariato
- Osco
- Servizio di riabilitazione con palestra
- Consultorio familiare
- Pediatria di Comunità
- Neuropsichiatria infantile
- Centro salute mentale
- Psicologia clinica

#### Distretto di Modena

La prima Casa della Salute 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 Casa della Salute in programmazione è la CDS Estense in cui si sono ipotizzati i seguenti servizi:

- Punto di accoglienza,
- Distribuzione stomie
- Punto prelievi
- Centro terapia anticoagulante orale (centro TAO)
- Assistenza primaria con i Medici di Medicina Generale
- Ambulatorio infermieristico

#### Distretto di Sassuolo

Nella Casa della Salute di Sassuolo saranno presenti i seguenti servizi:

- Consultorio familiare
- Pediatria di Comunità
- Dipendenze Patologiche
- Psicologia Clinica
- PUASS
- Assistenza Domiciliare
- Cure Palliative
- Ambulatorio Infermieristico
- Percorsi con MMG (Diabete, Demenze)
- Centro Disturbi Cognitivi e area fragili
- Vaccinazioni Adulti
- Igiene Pubblica
- Attività di promozione della Salute (corsi per fumatori, sani stili di vita, ecc)

La Casa della Salute di Formigine sarà formata da un Polo adulti/cronicità che troverà sede nell'attuale poliambulatorio ed un Polo infanzia e

	<p>adolescenza che troverà sede presso il Centro delle Famiglie Villa Bianchi.  Il polo adulti prevederebbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punto di accoglienza</li> <li>• Sportello unico</li> <li>• Centro Prelievi</li> <li>• Servizio di Continuità Assistenziale</li> <li>• Consultorio familiare</li> <li>• Ambulatori specialistici</li> <li>• Ambulatorio infermieristico per le cronicità</li> </ul> <p>Il polo infanzia troverebbe sede presso Villa Bianchi, dove attualmente è già presente il Centro per le Famiglie. Si prevede la presenza dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza primaria con PLS</li> <li>• Ambulatorio infermieristico</li> <li>• Servizio di Neuropsichiatria Infantile</li> <li>• Pediatria di Comunità</li> <li>• Attività di promozione della salute e prevenzione primaria, sostegno alla genitorialità in collaborazione con reti assistenziali già definite, violenza domestica.</li> </ul> <p>A livello locale, le Case della Salute situate nei Comuni di Castelfranco Emilia e Bomporto garantiscono la risposta ai bisogni espressi dal cittadino, nello svolgersi di un processo unitario, che prende in carico il paziente all'interno di un sistema capace di esaurire le sue esigenze nell'ambito dell'attività ambulatoriale, domiciliare e/o residenziale o di affidarlo a strutture specialistiche. Si tratta di un modello organizzativo che risponde all'idea che il paziente non vada solo curato, perché il sistema è in grado di prendersi cura di lui, conferendo in tal modo una connotazione di natura preventiva e riabilitativa al sistema stesso.</p> <p>All'interno di organizzazioni complesse ad elevata competenza professionale, quali sono le Case della Salute medie/grandi, la forma di coordinamento maggiormente appropriata non può essere di natura gerarchica, ma orientata piuttosto alla definizione di obiettivi e risultati comuni e di regole e procedure condivise. Vengono valorizzati il ruolo dei programmi e dei percorsi di prevenzione e assistenza come strumenti del coordinamento professionale. I percorsi infatti, rappresentano il punto di riferimento sia per quanto riguarda l'attività di coordinamento dei processi che per l'attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti, nella duplice prospettiva del cittadino, dell'organizzazione e dei professionisti.</p>
<p><b>Razionale</b></p>	<p>A livello aziendale, la Casa della Salute non è solo un luogo fisico, ma un nuovo modo di lavorare che permetta di assumere il modello della sanità d'iniziativa.</p> <p>All'interno di queste strutture lavorano in modo integrato diversi professionisti: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, ostetriche e assistenti sociali. La Casa della Salute diventa così 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.</p> <p>Diventa un'opportunità per riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, che contempla</p>

	<p>una modalità di erogazione dell'assistenza alternative al ricovero ordinario, focalizzate sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensate in modo da evitare accessi multipli.</p> <p>A livello locale, il processo di transizione ha portato alla progressiva riconversione dell'Ospedale di Castelfranco Emilia in "Casa della Salute", riferimento per la erogazione di cure primarie, di prestazioni specialistiche di 1° livello e per lo sviluppo di un nuovo modello di cure "long term". Le considerazioni elencate in premessa hanno determinato il graduale superamento della funzione di ricovero per acuti con attribuzione alla struttura del ruolo di presidio territoriale in grado di erogare l'insieme delle cure primarie, attraverso l'apertura di una Casa della Salute di tipologia "grande" secondo i parametri regionali definiti nella DGR 291/2010, garantendo altresì, nell'ambito di una gestione territoriale attività di Ospedale di Comunità e di Hospice. Tale riordino delle funzioni e del ruolo della struttura è finalizzato al miglioramento della appropriatezza del setting di erogazione di prestazioni di base, a larga diffusione e bassa complessità, della prossimità e continuità delle cure, della presa in carico integrata delle patologie croniche, dello sviluppo di programmi di prevenzione.</p> <p>Nel territorio distrettuale è presente la Casa della Salute del Sorbara "Dottor Roberto Bertoli" di tipologia "piccola" inaugurata nel 2013, che ad oggi ha già attivato diverse attività di medicina d'iniziativa.</p> <p>Si viene così a configurare una copertura complessiva della popolazione distrettuale con attività di tipo Hub/Spoke sviluppate nelle due strutture.</p> <p>Oltre alle due Case della Salute ci sono altri punti di erogazione dei servizi distribuiti sul territorio distrettuale che mantengono un forte legame ad integrazione con la comunità locale. Lo sviluppo delle Casa è l'occasione per creare un luogo di coordinamento e sinergia tra i servizi già presenti e le comunità locali e i servizi per acuzie e specialistici presenti nella rete ospedaliera provinciale.</p> <p>L'istituzione di una funzione di Ospedale di Comunità costituisce la modalità tramite la quale garantire la continuità assistenziale attraverso interventi più concentrati sulla stabilizzazione clinica, il nursing e il recupero funzionale, favorire il rientro a domicilio dall'ospedale di persone clinicamente stabilizzate con problemi socio-sanitari complessi o con gravi disabilità, favorire la permanenza a domicilio garantendo tuttavia un ricovero quando vi siano elevati problemi assistenziali in pazienti con problematiche socio-sanitarie complesse o con gravi disabilità non gestibili a domicilio, gestire le riacutizzazioni delle patologie croniche in pazienti in assistenza domiciliare. Questo permette di dare una risposta in un setting assistenziale appropriato a tali problematiche, riducendo la pressione di ricovero nei reparti ospedalieri per acuti e di lungodegenza.</p> <p>L'attivazione di un Hospice territoriale a supporto delle esigenze dell'area centro costituisce il dovuto tributo in termini di offerta di strutture residenziali e di accoglienza per pazienti terminali e delle famiglie per lo svolgimento dei percorsi di cure palliative.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutta la popolazione del distretto.
<b>Azioni previste</b>	<p>A livello aziendale, la strategia di integrazione professionale sta alla base del progetto di sviluppo della Casa della Salute e deve diventare una modalità di lavoro per obiettivi condivisi.</p> <p>Sono stati istituiti gruppi di progetto multiprofessionali che durante il</p>



	<p>triennio implementeranno l'integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo di progettualità specifica di medicina di iniziativa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con CTSS , in coerenza con la DGR 2128/2016.</li> <li>2 - diffondere e implementare nei locali territori i contenuti delle nuove indicazioni regionali, attraverso la realizzazione di un progetto formativo regionale nelle Case della Salute</li> <li>3 - proseguire nell'implementazione dei progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del PRP.</li> <li>4 - promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non afferenti ancora alle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute;</li> <li>5 - individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;</li> <li>6- Realizzazione in tutte le case della salute di servizi ad ampia diffusione utili per tutta la popolazione del bacino di riferimento.</li> </ol> <p>A livello locale si intende promuovere l'integrazione tra i vari punti di accesso alla rete socio-sanitaria e promuovere lo sviluppo e l'implementazione di azioni volte alla promozione della salute e della prevenzione.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>A livello aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la pianificazione delle Case della Salute avviene in condivisione con gli Enti Locali;</li> <li>2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);</li> <li>3. collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico;</li> <li>4. programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.</li> </ol> <p>A livello locale, nella Casa della Salute di Castelfranco Emilia è presente un Punto Unico di Accesso Socio- Sanitario, rivolto a tutti i cittadini residenti nei comuni del distretto. Il PUASS è una modalità organizzativa, rivolta alle persone con un disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali atte a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Ha lo scopo di garantire l'accessibilità e l'appropriatezza ed equità di risposta nell'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari prevalentemente per anziani e pazienti con gravissime disabilità acquisite promuovendo prioritariamente la domiciliarità e garantendo la continuità tra i diversi episodi di cura ed assistenza.</p> <p>Il PUASS si delinea pertanto come una "centrale" con funzioni di:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. organizzazione delle UVM per la gestione delle situazioni complesse;</li> <li>2. pianificazione delle dimissioni protette;</li> <li>3. monitoraggio dei progetti temporanei attivati fino al passaggio ai Servizi territoriali competenti;</li> <li>4. facilitazione dell'integrazione tra i diversi; professionisti che lavorano nei servizi territoriali, ospedalieri e del servizio sociale;</li> <li>5. coordinamento dei diversi percorsi (ingresso ai Nuclei Specialistici,</li> </ol>

	<p>orientamento sui percorsi della Protesica, gestione di eventuali visite specialistiche domiciliari.....);</p> <p>6. garanzia di applicazione uniforme dei criteri di valutazione;</p> <p>7. gestione delle liste di attesa per accedere ai servizi della rete socio-sanitaria integrata.</p> <p>Inoltre come Casa della Salute si è sperimentato la presenza del case-manager infermieristico per l'Ospedale di Comunità all'interno del PUASS. Questo garantisce un unico punto di governo dei servizi territoriali distrettuale ottimizzando le risorse professionali da impiegare e allo stesso tempo migliorando l'offerta per i cittadini residenti. L'intento prossimo è quello di aumentare il target di riferimento gestito dal PUASS inserendo l'organizzazione delle UVM anche per i disabili adulti.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori coinvolti</b></p> <p><b>sociali</b></p>	<p>A livello aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la pianificazione delle Case della Salute avviene in condivisione con gli Enti Locali;</li> <li>2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);</li> <li>3. collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico;</li> <li>4. programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.</li> </ol> <p>Azienda USL/ Unione dei Comuni, Terzo settore.</p> <p>A livello locale, le attività realizzate nella Casa della salute sono articolate in aree integrate di intervento sulla base dei bisogni della popolazione e secondo il paradigma della medicina d'iniziativa :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prevenzione e promozione della salute;</li> <li>2. popolazione con bisogni occasionali-episodici;</li> <li>3. benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e adolescenza;</li> <li>4. prevenzione e presa in carico della cronicità;</li> <li>5. non autosufficienza;</li> <li>6. rete cure palliative.</li> </ol> <p>All'interno di ciascuna area concorrono alla realizzazione, in forma integrata, delle attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. i dipartimenti territoriali (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche);</li> <li>2. la medicina convenzionata (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali);</li> <li>3. i dipartimenti ospedalieri;</li> <li>4. il servizio sociale territoriale;</li> <li>5. la comunità e le associazioni di cittadini.</li> </ol> <p>All'interno di ciascuna area le diverse attività sono organizzate per percorsi, programmi, progetti secondo uno stile di lavoro in équipe multiprofessionale e interdisciplinare.</p> <p>La classificazione per aree integrate di intervento rappresenta la modalità di coordinamento del lavoro nelle Case della Salute medie/grandi. Essa è, inoltre, maggiormente affine alle logiche della programmazione socio-sanitaria e sociale (es. Piani di Zona), e alla percezione della popolazione.</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Vezzosi Angelo- Direttore Dipartimento Cure Primarie – mail a.vezzosi@ausl.mo.it tel 059/438059 .</p> <p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione</p> <p>Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione</p>

<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all'Azienda Usl, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07, " la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)". Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.</p> <p>Il FRNA sostiene lo sviluppo dell'accesso, della valutazione e della presa in carico multiprofessionale finanziando in particolare i costi sostenuti dall'Unione per il funzionamento del SST con il seguente riparto:</p> <p>Polo 1: € 251.782,00  Polo 2: € 110.700,00.</p>
---------------------------------------	---

**Totale preventivo 2018: € 362.482,00**

- FRNA: **362.482,00 €**

**Indicatori locali: 3**

**1°: realizzazione e programmazione delle Case della Salute**

**Descrizione:** 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);

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 1 report

- 
- **Obiettivo 2019:** 1 report
  - **Obiettivo 2020:** 1 report

**2°: evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della Comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato etc..) nella realizzazione degli interventi;**

**Descrizione:** evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della Comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato etc..) nella realizzazione degli interventi;

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 2 report
- **Obiettivo 2019:** 3 report
- **Obiettivo 2020:** 4 report

**3°: evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi**

**Descrizione:** numero iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1 (Casa della salute di Modena)
- **Obiettivo 2019:** 3 (Modena Estense, Carpi e Formigine)
- **Obiettivo 2020:** 2 (Mirandola e Sassuolo)

## 2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- 3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
- 31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
- 35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena - Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena - T. +39.059.435111 - P.IVA - 02241850367 Posta elettronica certificata: auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	

<b>Descrizione</b>	<p>I traccianti operativi di maggior rilievo che sono stati presentati nel corso del 2017 alla CTSS e da questa approvati nelle sedute del 30 giugno e 30 novembre 2017 e poi rendicontati a seguire come stato d'avanzamento.</p> <p>1) La rete ospedaliera provinciale si caratterizza per le due strutture hub modenesi, Policlinico e NOCSAE, afferenti all'Azienda Ospedaliero Universitaria, per i due ospedali con valenza di riferimento per le aree Sud e Nord: Sassuolo (Azienda Ospedale di Sassuolo spa) al sud e il Ramazzini di Carpi dell'AUSL di Modena, per il nord; integrano la rete delle strutture pubbliche gli Ospedali di Mirandola al nord, Pavullo e Vignola al sud.</p> <p>La rete ospedaliera provinciale è poi completata dai quattro Ospedali privati accreditati, Pineta di Gaiato al sud e Fogliani, Igea, Rosa ed Hesperia Hospital (quest'ultima sede anche della cardiocirurgia provinciale) al centro.</p> <p>La dotazione di letti e l'afferenza geografica sono riportati nello schema a seguire che reca anche i tassi per 1.000 abitanti dei letti, complessivi e dedicati alla postacuzie-lungodegenza-riabilitazione.</p>																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Rete ospedaliera provinciale</th> <th colspan="5">Posti letto</th> </tr> <tr> <th>Area</th> <th>Azienda</th> <th>Ospedale</th> <th>ordinari</th> <th>DH</th> <th>TOT</th> <th>di cui LPARE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Area nord</td> <td rowspan="2">AUSL</td> <td>Carpi</td> <td>270</td> <td>9</td> <td>279</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Mirandola</td> <td>116</td> <td>6</td> <td>122</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table>	Rete ospedaliera provinciale		Posti letto					Area	Azienda	Ospedale	ordinari	DH	TOT	di cui LPARE	Area nord	AUSL	Carpi	270	9	279	20	Mirandola	116	6	122	24
Rete ospedaliera provinciale		Posti letto																									
Area	Azienda	Ospedale	ordinari	DH	TOT	di cui LPARE																					
Area nord	AUSL	Carpi	270	9	279	20																					
		Mirandola	116	6	122	24																					

Area sud		Pavullo	124	5	129	35
		Vignola	89	7	96	21
	NOS spa	Sassuolo	221	25	246	28
Area centro	AOU	Policlinico	589	32	621	27
		NOCSAE	472	15	487	99
Area centro	Privato accreditato	Hesperia Hospital	96		96	4
		Fogliani	50		50	15
		Igea	150	10	160	69
		Rosa	30		30	7
Area sud		Pineta	94	5	99	80
		TOT. LETTI PROVINCIA	2.301	114	2.415	429
		tot letti x 1.000 abitanti			3,4	
		tot letti LPARE x 1.000 ab.				0,61
		popolazione di riferimento	702.949			

2) L'articolazione dei posti letto provinciali sopra descritta, posta in essere già dal 31 dicembre 2016, risulta coerente con le attese del DM 70/15, della DGR 2040/15 e delle successive DGR 1003/16 e 830/17 che prevedevano per Modena una dotazione massima di 2.446 letti. Al 31 dicembre 2017, in provincia il numero complessivo di letti risulta pari a 2415 e quindi ben al di sotto dell'atteso. Con 3,44 letti x 1.000 abitanti, infatti il tasso di letti su popolazione risulta ampiamente entro il parametro di 3,7 previsto dal livello nazionale. Il numero di letti di postacuzie riabilitazione (PARE) risulta pari a 429 letti, ne deriva che, con 0,61 letti x 1.000 abitanti, l'obiettivo di adeguare il rapporto tra i letti per acuti e quelli di PARE risulta ancora disallineato rispetto all'atteso (0,7 x 1.000 abitanti). E' necessario pertanto riequilibrare il rapporto fra letti per acuti e post-acuti all'interno della ospedaliera provinciali, privilegiando nell'ambito della post-acuzie l'area riabilitativa, concentrando e specializzando le attività in ambito riabilitativo Neurologico, ortopedico, oncologico.

Sono in corso di estensione i progetti che prevedono l'utilizzo congiunto di piattaforme e l'impiego di team interaziendali operanti su più sedi.

Ci si riferisce nello specifico alla condivisione con équipe di altre Aziende, Sassuolo spa (NOS) e Ospedaliero Universitaria (AOU) degli spazi di sala operatoria, e delle collegate risorse di posto letto, degli ospedali di Pavullo e Vignola, di Carpi e Mirandola. Su questi spazi, negli ospedali di area Sud, in aggiunta alle esperienze già in essere e consolidate con le équipe orl, oculista e urologia del NOS che da tempo operano a Pavullo e Vignola, s'è oggi attiva anche la chirurgia generale di Sassuolo. Tale attività sarà estesa nei prossimi mesi consentendo di ampliare il mix della casistica operata nelle sedi di Vignola e di Pavullo rendendo più efficiente l'utilizzo delle risorse (sale operatorie e letti chirurgici), anche allo scopo di consentire di migliorare la

performance della strutture di Sassuolo che si caratterizza ad oggi per numerosità dei pazienti in lista e per tempi d'attesa chirurgici, superiori alle attese regionali (vd. anche oltre progetto SIGLA).

Anche a Mirandola è attivo e sarà ulteriormente sviluppato un progetto di utilizzo congiunto, tra più équipes di diverse strutture, delle sale operatorie e dei letti chirurgici .l'attività riguarda i chirurghi generali, gli urologi, i ginecologi, gli otorinolaringoiatri e gli oculisti di Carpi che possono in questo modo garantire ai propri pazienti in lista d'attesa per intervento chirurgico, una offerta più ampia e diversificata anche sull'area geografica nord.

L'équipe di endoscopia digestiva di area nord, è in grado di garantire le prestazioni di 1° e 2° livello (compreso lo screening del tumore del colon retto) su entrambi i distretti di Carpi e Mirandola, i livelli di collaborazione in essere e costantemente rinnovati con le strutture del NOCSAE risultano necessari a gestire i livelli più elevati di complessità.

Anche i chirurghi di discipline chirurgiche specialistiche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena garantiscono la loro presenza in strutture della rete provinciale, Alla Otorinolaringoiatria della AOU è stata affidata la funzione apicale a Carpi e garantisce le attività otoiatiche previste dallo specifico documento di integrazione interaziendale. L'UO di ortopedia del del NOCSAE garantisce con i propri professionisti gli interventi di chirurgia ortopedica ambulatoriale a Castelfranco. Sempre in area nord, si sono avviate le collaborazioni con le équipes dell'Azienda ospedaliera nelle seguenti discipline, dermatologia, chirurgia plastica e maxillo-facciale, strutture che operano prevalentemente a Carpi.

3) Per le reti cliniche, gli obiettivi specifici per la rete dell'emergenza ed in particolare quelli relativi alle patologie tempo dipendenti (IMA, stroke, trauma grave, urgenze/emergenze di endoscopia digestiva, chirurgia vascolare e cardiocirurgiche), restano rappresentati dal mantenimento dei percorsi di centralizzazione già in essere, da tempo condivisi a livello provinciale, e caratterizzati da indici di performance allineati agli standard di riferimento come evidenziato dal periodico monitoraggio. A questo proposito risultano attivi i percorsi di ulteriore implementazione dei livelli di fast track raggiunti per IMA e Ictus (accesso diretto a strutture hub quali emodinamica e stroke unit delle emergenze per IMA-STEMI ed ictus passibili di trombolisi), garantendo tempi di attivazione/intervento in linea con gli attesi previsti dai protocolli in essere. A tale proposito, poi, si sottolinea che continueranno i monitoraggi di questi percorsi che saranno condotti anche attraverso specifici audit e la loro revisione periodica, revisione dei PDTA con valenza provinciale (vd obiettivi budget 2018).

Si prevede il mantenimento del ruolo di riferimento del NOCSAE per quanto attiene l'attività di chirurgia vascolare, sia per l'attività in urgenza che per l'elezione a maggiore complessità.

Proseguirà il monitoraggio dell'attività (registro traumi) del centro traumi gravi del NOCSAE che, pur non essendo attualmente inserito tra i trauma center regionali, presenta volumi di attività e performance in linea con le altre strutture regionali (Parma, Cesena, Bologna).

È in corso la ulteriore definizione dei rapporti e dell'articolazione dell'offerta di prestazioni nell'ambito della rete di endoscopia digestiva. L'endoscopia di Carpi, oggi in grado di garantire anche prestazioni di 2° livello per quanto attiene l'interventistica, resta il riferimento per l'area nord, in rete con l'Ospedale di Baggiovara per le prestazioni di 3° livello. Per l'area sud il riferimento per il 2° ed il 3° livello resta al momento l'Ospedale di Baggiovara.

Nell'ambito della rete nefrologica si è adeguata l'assistenza nefro-dialitica all'incremento della domanda definendo una modalità organizzativa basata sulla stratificazione per complessità della prestazione. La Struttura Semplice Dipartimentale di Nefrologia e Dialisi di Carpi ha acquisito la gestione dei punti di erogazioni di prestazione dialitica e nefrologica dell'area sud : nella riorganizzazione si è programmato l'aumento delle sedi CAD, con inizio dal CAL dall'Ospedale di Sassuolo, prevedendo un incremento a 15 posti letto di dialisi effettivi, oltre a questo si attuerà l'incremento dei turni medico-assistiti in tutte le sedi di Area Sud,. Inoltre verrà implementata la dialisi domiciliare e verrà realizzata una piattaforma per gli accessi vascolari di pazienti complessi, in collaborazione con l'AOSP.

In tema di collaborazione tra le équipes di Policlinico e Mirandola merita una sottolineatura la realizzazione della rete per i Disturbi del Sonno (OSAS) che, nel giugno 2017, ha visto l'inaugurazione del Centro provinciale di Mirandola e la definizione dei rapporti tra il territorio (MMG) e gli specialisti coinvolti (ORL e pneumologi), la revisione condivisa della rete di offerta e dei criteri di accesso per le 1° viste orl e pneumologica, ma anche per la polisonnografia e l'adattamento alla C-PAP. Il progetto dovrà trovare piena e continua implementazione nei prossimi mesi.

Tutte le collaborazioni sopra citate prevedono, in aggiunta all'attività specifica di ricovero di cui si è detto, la garanzia dei percorsi ambulatoriali pre e post ricovero di accesso e selezione della casistica, garantita anche in sedi della rete diversa da quella di appartenenza.

Si richiama altresì la collaborazione in essere con i colleghi specialisti in neuroradiologia del NOCSAE che garantiscono le sedute di diagnostica TAC e RM cerebrali rivolte a pazienti esterni e ricoverati presso l'Ospedale di Carpi, la cooperazione si completa poi con il servizio di guardia neuroradiologica che i professionisti del NOCSAE assicurano sulle 24 ore per le urgenze che dovessero occorrere su base provinciale, si tratta di un supporto garantito a tutte le articolazioni della rete ospedaliera territoriale (reparti e servizi di emergenza di AUSL, AOU e NOS).

Per la riorganizzazione della rete materno infantile, in particolare a seguito della chiusura del Punto Nascita di Pavullo e la concessione della deroga al Punto nascita di Mirandola si rimanda alla scheda 31 dei PDZ.

Per le rete delle cure palliative si rimanda alla scheda 7 dei PDZ.

4) Centralizzazione dell'attività di chirurgia oncologica secondo la programmazione già definita e che vede, già da tempo, la centralizzazione/riconduzione degli interventi per patologie di chirurgia generale e urologica volume dipendenti presso gli hub provinciali dell'AOU, Policlinico e NOCSAE per le neoplasie maligne di seguito elencate: esofago, stomaco, fegato, pancreas, prostata (anche con metodica robotica assistita), polmone e tiroide, oltre a vescica e rene. In area nord, Carpi garantisce autonomia di risposta per il carcinoma del colonretto, della mammella, della prostata e della tiroide mentre in area sud, il NOS assicura la chirurgia oncologica del colonretto e della prostata, del rene e della vescica. Per quanto attiene gli interventi di chirurgia ginecologica le indicazioni regionali relative alla concentrazione della patologia oncologica ovarica richiedono di completare la concentrazione di tale casistica che dovrebbe avvenire su base sovraprovinciale. Gli ospedali spoke a vocazione produttiva specifica (Pavullo, Vignola e Mirandola) non erogano attività di chirurgia oncologica.

5) Riorganizzazione dell'attività chirurgica in elezione ed urgente volta alla massima separazione (logistico/funzionale) possibile dei percorsi dell'elezione



dai percorsi dell'urgenza al fine di ottenere maggiore efficienza e tempestività d'intervento. Tale riorganizzazione trova una ulteriore motivazione nella necessità divenuta più stringente con l'avvio, nel 2017, del progetto regionale (SIGLA) di riorganizzazione dell'attività chirurgica in elezione allo scopo di contenere i tempi di attesa per interventi chirurgici programmati quali (protesi di anca e ginocchio, tonsillectomia, emorroidectomia, ernie e chirurgia oncologica) con l'obiettivo di assicurare il 90 % degli stessi entro la fascia di priorità individuata. Perseguono tale finalità i progetti che vedono l'utilizzo della piattaforma sala operatoria degli ospedali della rete anche da parte di professionisti afferenti ad altre sedi ospedaliere della AUSL (orl, oculisti ortopedici, urologi e chirurghi generali di Carpi che operano a Mirandola) o ad altre Aziende: orl, dermatologi, chirurghi maxillo facciale e plastici dell'AOU che operano a Carpi) e orl, urologi, oculisti e chirurghi del NOS che operano a Pavullo e Vignola. Questo modello organizzativo si può considerare ampiamente collaudato ed in via di espansione.

6) Concentrazione dell'attività programmata complessa e urgente in accordo con il principio volume/esiti con riconduzione presso gli hub provinciali AOU-NOCSAE della casistica complessa, soprattutto oncologica, e/o per complessità clinica del paziente. Le attività di chirurgia di urgenza e programmata, anche oncologica limitatamente al colon-retto di media complessità sono svolte anche presso le strutture di Carpi per le rispettive aree di afferenza (nord e sud). A Mirandola, Pavullo e Vignola continuerà ad essere garantita l'attività in elezione per casistica di media complessità erogabile in regime di ricovero, di day surgery o ambulatoriale, per bacini di utenza anche più ampi di quelli geografici di afferenza, specializzando la propria funzione in modo da elevare le performance produttive della struttura al servizio dell'intera rete dell'offerta, consentire l'attività di équipes chirurgiche provenienti da differenti strutture ed il mantenimento per queste stesse équipes di un portafoglio di competenze alto e differenziato, da mettere al servizio dell'offerta secondo modelli di decentramento produttivo. Definizione delle vocazioni produttive delle diverse strutture della rete con mantenimento della capacità delle strutture decentrate di rispondere alle esigenze autosufficienza soprattutto per le attività a bassa complessità ed ampia diffusione, con particolare riferimento all'attività chirurgica, ortopedica e ginecologica a maggior impatto epidemiologico. Mantenimento delle funzioni di medicina interna privilegiando la logica della prossimità in considerazione della sostanziale omogeneità della casistica, concentrando solo le discipline a maggior valenza specialistica per favorire il mantenimento di adeguate skill professionali non che un accettabile tasso di attrattività delle strutture stesse per il personale neo-assunto.

Condivisione dell'utilizzo di piattaforme produttive negli ospedali/strutture della rete con particolare riferimento ai blocchi operatori di Pavullo, Mirandola e Vignola per i quali è in corso di implementazione il percorso di estensione alla équipe di Chirurgia di Sassuolo per l'Area Sud e di Carpi per l'Area Nord degli spazi di sala operatoria disponibili per differenti discipline chirurgiche generali e specialistiche. In ambito di diagnostica specialistica le diagnostiche per immagini di Carpi (RM e TAC) sono da tempo utilizzate in modo congiunto dalla locale équipe di radiologia e da quella neuroradiologica del NOCSAE.

Un caso particolare meritevole di evidenza è rappresentato dalle attività chirurgiche svolte presso la Casa della Salute di Castelfranco che rappresenta un esempio concreto di piattaforma produttiva territoriale. In questa sede

sono chiamati ad operare su percorsi condivisi con il territorio di arruolamento e gestione della continuità di cura , diversi specialisti ospedalieri afferenti alle due Aziende pubbliche modenesi. (dermatologici, chirurghi vascolari, endoscopisti, ortopedici, oculisti e ginecologici) . Altra specificità della Casa delle Salute di Castelfranco è rappresentata dalla presenza del Centro di riferimento di 3<sup>a</sup> livello per la terapia del dolore, che oltre a coordinare la rete territoriale, e' in grado di assicurare gli interventi di maggiore complessità in regime di day surgery e ricovero ordinario anche presso l'Ospedale Civile di Baggiovara

Al fianco di tali attività si svolgono quelle pre-operatorie e quelle relative ai percorsi di specialistica ambulatoriale (cardiologia, ortopedia, oculistica, chirurgia generale, diabetologia, geriatria, ginecologia, dermatologia, endocrinologia, urologia, pneumologia, nefrologia, medicina riabilitativa). Nella medesima struttura , trova collocazione uno dei due OSCO attivi in provincia e, a far tempo dal 2019 sarà accolto il primo Hospice.

7) Miglioramento e verifica dei percorsi di centralizzazione dei pazienti critici che necessitano di assistenza in TI con definizione delle strutture di riferimento in funzione dei quadri clinici presenti, attraverso la ridefinizione delle afferenze per livello di area e per livello provinciale, nonché dei protocolli di inquadramento e di accompagnamento clinico.

8) Sviluppo dei percorsi di ri-decentramento dei pazienti centralizzati che hanno superato la fase di acuzie che richiedeva il loro ricovero presso l'hub. La restituzione al territorio di provenienza di tali pazienti oltre ad agevolare i percorsi dei pazienti più fragili (dimissione protetta, avvio di progetti di presa in carico della fragilità/cronicità, assistenza domiciliare), risulta rilevante nell'ottica di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse della rete; da un lato, infatti, si liberano le "preziose" risorse delle strutture hub che in questo modo sono nuovamente disponibili per gli interventi di maggiore complessità. È in quest'ottica che trovano inquadramento le iniziative per la definizione e adozione dei percorsi di dimissione protetta per pazienti fragili e attivazione di sistema informatico condiviso di supporto a questa gestione.

9) Sviluppo del Team GRACER cerebrolesioni-mielolesioni. La Rete GRACER rientra nella rete assistenziale del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e nella Delibera di Giunta del 22/07/02 n° 1267 relativa alla organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello "Hub & Spoke". Il governo della rete a livello della provincia di Modena per quanto riguarda i bisogni riabilitativi dei pazienti con grave lesione cerebrale, si caratterizza per le modalità di invio dei pazienti ai centri Hub regionali e ai centri H/S e le modalità di rientro nel territorio dai centri di alta specialità, nonché il governo dei rientri in strutture di alta specialità regionali ove fosse necessario. La rete GRACER vede Ospedali con funzione Spoke per acuti (A), ospedali Hub di alta specialità, Ospedali H/S , Ospedali Spoke O e servizi con funzioni territoriali Spoke T. Obiettivi del TEAM sono di valutare il livello di intensità assistenziale e di intervento socio-assistenziale più appropriata per ciascun paziente identificando i bisogni riabilitativi e definendo precocemente rispetto alla dimissione ospedaliera la presa in carico territoriale dei pazienti in coerenza con la valutazione multidimensionale effettuata dalle UVM territoriali di residenza, condividendo ed elaborando criteri comuni; definire un percorso personalizzato di rientro dai centri Hub e H/S mediante il coordinamento con i referenti della Aree Fragili dei Distretti; monitorare il risultato del percorso in coerenza con il progetto riabilitativo individuale; promuovere il coinvolgimento del caregiver

	nel progetto riabilitativo individuale ( scheda 5 PdZ).
<b>Razionale</b>	<p>Riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale:</p> <p>Tra gli ambiti su cui il sistema sanitario provinciale modenese è stato chiamato ad operare risultano di particolare rilevanza le previsioni relative al riordino ospedaliero previsto dalla DGR 2040/15 applicativa del DM n.70/2015 e alla sperimentazione gestionale sancita dalla DGR 1004/2016 che prevede la cessione della gestione del Nuovo Ospedale Civile S'Agostino Estense dall'AUSL alla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Più nello specifico, ci si riferisce alla rideterminazione di numerosità e tipologia dei posti letto alla definizione delle reti cliniche e delle vocazioni delle strutture che le compongono, in applicazione dei modelli hub &amp; spoke e dei principi di efficacia, appropriatezza organizzativa, nonché di rispetto degli indicatori relativi a volumi ed esiti collegati. Il riordino della rete ospedaliera deve essere orientato a raccordarsi secondo continuità di percorsi clinico assistenziali, di fruibilità dei servizi e di continuità della cura e dell'assistenza con la rete delle attività svolte sul territorio perseguimento continuo della massima semplificazione ed equità dell'accesso.</p>
<b>Destinatari</b>	Pazienti del SSR, le Aziende Sanitarie e le Case di Cura Private Accreditate e i rispettivi professionisti
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ridefinire le discipline incluse nelle reti Hub&amp;Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto ai bacini di utenza, unità operative, assetto della rete.</li> <li>2. Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), miglioramento del livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere, incrementando il passaggio del ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali ( ospedali di comunità).</li> <li>3. Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete.</li> <li>4. Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitari e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera.</li> <li>5. Sviluppare la valutazione sull'esperienza dell'organizzazione dei reparti per intensità di cure.</li> <li>6. monitoraggi dei PDTA a valenza provinciale, attraverso audit e revisione periodica.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unioni
<b>Referenti dell'intervento</b>	Panico Manuela – Direttore del Presidio Unico – mail - m.panico@ausl.mo.it - tel 0535/602253,
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---

### 3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Completato

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena: Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del sistema sanitario provinciale ha definito la attivazione di posti letto ospedalieri sanitari in posti letto distrettuali (ospedali di comunità, strutture intermedie) nelle strutture di Fanano e Castelfranco.</p> <p>L'OsCo è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti.</p> <p>Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.</p> <p>Gli OsCo si caratterizzano nella degenza a gestione infermieristica, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal proprio MMG, nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio; si tratta pertanto di cure intermedie che realizzano, per questi soggetti, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera e prima del rientro al proprio domicilio, in raccordo con l'ADI.</p> <p>L'Ospedale di Comunità deve essere un luogo "aperto", dove gli spazi sono pensati per una tipologia di degenza che prevede la presenza dei familiari senza vincoli di orario, con la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole, dove prevale la cura ai bisogni della persona rispetto alla cura medica.</p> <p>Il personale infermieristico diventa il principale protagonista del nuovo modello assistenziale, nonché il riferimento operativo nella gestione del reparto nel corso delle 24 ore.</p> <p>La responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato quindi a svolgere una funzione di "case management", particolarmente strategica per l'impianto dell'Ospedale di Comunità. Prendendo in esame, infine, l'attività dei due OsCO già attivi in Provincia di Modena (Fanano e Castelfranco), che si collocano a ponte fra l'assistenza territoriale e l'ospedale, per tutti casi che non necessitano di un ricovero ospedaliero in ambiente specialistico, ma di un'assistenza sanitaria non erogabile al domicilio, emerge quanto segue.</p> <p>Per entrambe le strutture gli indici di occupazione sono di circa il 70%. L'OsCo di</p>
--------------------	--

	<p>Castelfranco Emilia è dotato di 17 posti letto, nell'anno 2016 ha avuto 254 persone ricoverate e la proposta di ricovero avviene nel totale dei casi dalla Commissione UVM; l'OsCo di Fanano è dotato di 15 posti letto e nell'anno 2016 ha avuto 177 ricoveri, proposti solo in minima parte dalla Commissione UVM (7%) e nella maggioranza dei casi da MMG o da altri Medici. La degenza media supera le 6 settimane nell'0.4% dei casi presso la Struttura di Castelfranco Emilia e nel 4% dei casi presso quella di Fanano. Presso l'OsCo di Fanano la percentuale di re-ricoveri è del 16% per la classe di età 65-74 e del 13% per gli ultra75enni. Presso l'OsCo di Castelfranco Emilia la percentuale di re-ricoveri è pari al 3.6% per entrambe le classi di età. Le motivazioni dei ricoveri sono differenti nelle due strutture modenesi: a Castelfranco Emilia le motivazioni più frequenti per l'ammissione in OsCO sono la necessità di educazione/addestramento del paziente e/o caregiver, sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa e riattivazione funzionale; presso l'OsCo di Fanano la principale motivazione è la necessità di monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica, seguito dalla riattivazione funzionale e dalla necessità di sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa. Dall'analisi delle motivazioni socio-familiari, infine, per entrambe le strutture prevale la perdita di autonomia e disabilità, seguita per Castelfranco dalle difficoltà abitative e per Fanano dall'assenza di familiari/parenti.</p> <p>Le due strutture rispondono principalmente alla domanda dei residenti dei Distretti di Castelfranco Emilia e di Pavullo. Dall'analisi dei dati si evince una differente modalità di "utilizzo" e una diversa vocazione dei due OsCo: uno più legato alle strutture Ospedaliere dalle quali provengono la maggior parte degli accessi mediati tramite valutazione UVM e l'altro in maggiore continuità con le articolazioni territoriali.</p> <p>In entrambi i casi il governo dell'accesso alle strutture, tramite procedure e criteri codificati, assume evidentemente un'importanza strategica in un'ottica di utilizzo efficiente delle risorse e a garanzia di equità per i pazienti utenti.</p> <p>A livello provinciale si ritiene opportuno affrontare la problematica suddividendola in 3 tipologie di interesse:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. OsCo attivi (Castelfranco E., Fanano)</li> <li>b. OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi (Mirandola e Finale E.)</li> <li>c. Ipotesi di completamento rete OsCo (Modena, Vignola),)</li> <li>d. Continuum assistenziale fra Ospedali, OsCo, CRA e domicilio</li> </ol> <p>Per quanto riguarda gli OsCo attivi, necessità di verificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• appropriatezza e modalità di accesso</li> <li>• efficacia degli interventi</li> <li>• livelli di efficienza</li> <li>• valutazione dell'esperienza dei pazienti/familiari ed operatori</li> <li>• dimissione</li> </ul> <p>Per quanto riguarda gli OsCo in progettazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione modello organizzativo, utilizzando le esperienze degli OsCo già funzionanti</li> <li>• coinvolgimento risorse del territorio</li> <li>• aspetti comunicativi</li> </ul> <p>Per quanto riguarda il completamento rete OsCo provinciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione del fabbisogno per i Distretti</li> <li>• mappatura delle strutture potenzialmente riconvertibili</li> </ul> <p>valutazione costi strutturali e di gestione.</p>
<p><b>Razionale</b></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. Non si può riorganizzare l'assistenza primaria e la rete ospedaliera se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture intermedie territoriali, la cui carenza, o mancata</p>

	<p>organizzazione in rete, ha inevitabilemete forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.</p> <p>Il Rapporto OASI 2010 evidenzia come nella letteratura internazionale questo delicato tema dell'integrazione tra ospedale e territorio è stato negli anni sviluppato principalmente con due prospettive:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'intermediate care, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l'ospedale ed il domicilio del paziente e che si caratterizza per il contenuto socio-assistenziale delle prestazioni erogate e per il coordinamento multi-professionale;</li> <li>2. la transitional care, che include l'intermediate care e e rappresenta invece l'assetto organizzativo che consente le modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza.</li> </ol> <p>L'Ospedale di Comunità, rappresenta uno snodo intermedio, sia per l'ospedale che per il domicilio, i cui tratti costitutivi, possono essere sintetizzati in :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. servire un bacino di utenza afferente al territorio di pertinenza;</li> <li>2. non essere dotati di funzioni specialistiche;</li> <li>3. avere dimensioni ridotte;</li> <li>4. essere collocato al di fuori degli ospedali generali;</li> <li>5. assistere pazienti in carico al medico di medicina generale;</li> <li>6. trattare un case mix che può coinvolgere tutte le branche specialistiche;</li> <li>7. fornire, quando appropriato, un programma riabilitativo finalizzato al recupero delle attività in particolare in soggetti anziani.</li> </ol> <p>Gli elementi chiave, comuni a tutta la filiera organizzativa delle Cure Intermedie (che oltre agli OSCO comprendono i reparti di post acuzie e lungodegenza, le CRA e l'ospedalizzazione a domicilio) sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'implementazione delle "transitional care" (cure traslocazionali), cioè di quell'insieme di attività in grado di garantire il coordinamento e la continuità nel passaggio da un setting di cura all'altro;</li> <li>2. la continuità terapeutico-assistenziale;</li> <li>3. l'efficace comunicazione bidirezionale tra struttura inviante e struttura ricevente;</li> <li>4. l'adeguata preparazione dei pazienti e dei caregiver a ricevere le cure previste dal setting successivo e dal loro coinvolgimento diretto nel piano di trasferimento.</li> </ol> <p>PROSSIMITÀ: valenza distrettuale</p> <p>GARANTIRE INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE</p> <p>SUPPORTO: in relazione alla impossibilità di gestire a livello domiciliare le disautonomie nella cronicità, facilitazione paziente / famiglia</p> <p>SUPPORTO/FORMAZIONE: possibilità di costruire un percorso di care giver per i famigliari come prospettiva di successiva domiciliarizzazione del paziente.</p> <p>Coinvolgimento delle risorse della comunità.</p> <p>INCENTIVAZIONE DI UNO STEP INTERMEDIO DI CURA PER PAZIENTI CRONICI: luogo di incontro tra valutazioni ospedaliere, MMG, SADI, CdS.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>OsCo attivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pazienti</li> <li>• famigliari</li> <li>• operatori OsCo</li> <li>• fornitori (H, MMG, CRA) – Distretto - DSS</li> </ul> <p>OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cittadinanza</li> <li>• Associazioni</li> <li>• MMG</li> <li>• Servizio Sociale Territoriale</li> <li>• Ospedali invianti</li> <li>• CRA</li> </ul> <p>Ipotesi di completamento rete OsCo:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzione AUSL Mo</li> <li>• CTSS</li> <li>• Comitato di Distretto</li> <li>• Uffici di Piano (per quanto attiene alle CRA)</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<p>OsCo attivi: 1. Audit OsCo/DAST/H riferimento/ PUASS/DSS</p> <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ appropriatezza degli accessi</li> <li>▪ standardizzazione modalità di accesso</li> <li>▪ monitoraggio risultati</li> <li>▪ ottimizzazione gestione (occupazione posti letto, re-ricoveri, ecc.)</li> <li>▪ valutazione delle modalità di dimissione ed esiti sul territorio</li> </ul> <p>2. Corso formazione care giver 3. Raccolta ed elaborazione esperienza pazienti/care giver ed operatori 4. Possibili percorsi MMG (CRA) e OsCo</p> <p>OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione assistenza medica in OsCo</li> <li>2. Individuazione e formazione personale di assistenza</li> <li>3. Elaborazione e condivisione percorsi di accesso e dimissione</li> </ol> <p>Ipotesi di completamento rete OsCo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi dati SIRCO e valutazione audit OsCo attivi per individuazione fabbisogno per Distretto</li> <li>2. Valutazione ulteriore possibile fabbisogno di strutture per la realizzazione di OsCo Valutazione fattibilità e sostenibilità Presentazione dati a Direzione Aziendale, CTSS, Comitato di Distretto.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	CTSS, Comunità (associazioni di pazienti di volontariato); Servizi Sociali nel percorso assistenziale individualizzato in ambito PUASS.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dallari Antonella – Direttore del Distretto di Castelfranco mail – an.dallari@ausl.mo.it tel. 059/929711 Serantoni Carlo – Direttore del Distretto di Pavullo - mail. C.serantoni@ausl.mo.it tel. 0536/29248
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 2

### 1°: evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio

**Descrizione:** numero iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio

**Tipo:** Numerico



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

- **Obiettivo 2018:** 1 (Castelfranco)
- **Obiettivo 2019:** 2 (Fanano e Mirandola)
- **Obiettivo 2020:** 3 ( Finale Emilia, Modena, Vignola)

## **2°: evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio**

**Descrizione:** tipologia dei percorsi attivati

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Attivo un percorso di accesso/ dimissioni presso OSCO di Castelfranco per pazienti anziani provenienti da Ospedale e pazienti fragili o cronici provenienti dal domicilio o CRA - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Mantenimento percorso OSCO di Castelfranco
- **Obiettivo 2019:** Mantenimento percorso OSCO di Castelfranco e implementazione procedura accesso e dimissione OSCO Fanano
- **Obiettivo 2020:** Definizione procedure di accesso e dimissione per i nuovi OSCO

## 4. Budget di salute

Completato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL/DSMDP E DEL SORBARA - AUSL di Modena:Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it - UNIONE DEL SORBARA:P.zza della Vittoria,8 41018 Castelfranco E. P.I.02716680364 PEC:pec@cert.unionedelsorbara.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>A livello aziendale, il Budget di Salute è uno strumento a sostegno della progettazione terapeutico riabilitativa in ambito sociosanitario delle persone in carico al DSM-DP. Tale progettualità si realizza secondo modalità personalizzate e si attua negli ambiti dell'abitare, della formazione/lavoro e della socialità con l'obiettivo della recovery e della restituzione dei diritti di cittadinanza. L'investimento economico, definito "budget di salute", rappresenta la sintesi delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie per innescare tale processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale accettabile e alla cui produzione perciò partecipano il paziente stesso, la famiglia e la comunità.</p> <p>La realizzazione prende inizio da una presa in carico congiunta, che vede parte attiva gli operatori del DSM-DP e del Settore Politiche Sociali che costituiscono l'Equipe integrata. Questa, in stretta relazione con gli obiettivi personali espressi dalla persona, attraverso una fase di valutazione multidisciplinare, arriva a definire i traguardi verso i quali indirizzare la progettazione.</p> <p>Tre sono gli strumenti utili per arrivare a tali obiettivi: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), il Contratto stipulato dai protagonisti della programmazione.</p> <p>L'UVM rappresenta il processo attraverso il quale l'Equipe integrata, tramite le competenze professionali e gli opportuni strumenti di valutazione ambientale, personale e funzionale, arriva ad una lettura individualizzata dei problemi complessi e molteplici di cui sono portatori le persone, individua gli obiettivi, almeno in uno degli ambiti dedicati alla progettualità integrata (abitare, lavoro, socialità), arriva a delle adeguate proposte progettuali di intervento, formula infine un giudizio di fattibilità e di equità rispetto all'utilizzo delle risorse. Al termine di tale processo viene a costituirsi l'Equipe di Progetto.</p> <p>All'interno della progettazione integrata l'UVM rappresenta anche una fase di periodica verifica: sono infatti previsti momenti di confronto e di verifica progettuale tra gli attori del processo per permettere un regolare monitoraggio e una verifica degli obiettivi raggiunti.</p> <p>Il PTRI rappresenta lo strumento concreto di programmazione e di definizione degli interventi riabilitativi che accompagna il percorso verso la recovery a partire dagli specifici bisogni di quel paziente e dalle risorse a disposizione, tanto personali quanto contestuali, consentendo di descrivere e attestare le modifiche dei percorsi intrapresi</p>
--------------------	---

	<p>e dei risultati e delle verifiche in itinere.</p> <p>Il Contratto rappresenta un momento fondamentale della progettazione perché rappresenta il segno tangibile del coinvolgimento e della partecipazione attiva della persona al suo progetto di vita. Permette la definizione dell'impegno di ciascuno e quale sia l'utilizzo delle risorse, sia di comunità che professionali, sia umane che economiche; le responsabilità, gli impegni e le azioni di ciascuno; i tempi di realizzazione e la scadenza delle verifiche.</p>
<p><b>Razionale</b></p>	<p>A livello aziendale, 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.</p> <p>La metodologia del Budget di Salute risponde a questi obiettivi attraverso interventi di politica sanitaria diretti ad intervenire sui determinanti sociali della salute, a favorire l'empowerment 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.</p> <p>Approccio già sperimentato in Canada, in USA e in UK, l'esperienza italiana del Budget di Salute si qualifica per il forte impulso diretto all'empowerment e per l'approccio rivolto ai diversi determinanti sociali della salute, il tutto realizzato all'interno della progettazione integrata che caratterizza l'assistenza sociosanitaria italiana.</p> <p>Le prime esperienze nazionali di interventi riabilitativi attraverso la metodologia del Budget di Salute hanno portato la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 2155 del 27 dicembre 2011, all'approvazione del progetto, denominato "Budget di Salute", finalizzato alla definizione di «... percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale e di supporto alla domiciliarità, all'interno del quadro programmatico offerto dai piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale...»</p> <p>Nel 2013 nella realtà modenese è stato steso il "Protocollo operativo" relativo al Budget di Salute tra DSMDP e Comune, frutto di una condivisione di intenti con il Terzo settore e le Associazioni di volontariato, atto che ha caratterizzato le successive convenzioni e accordi.</p> <p>La successiva Delibera della Regione Emilia Romagna 1554/2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la realizzazione di Progetti con la Metodologia del Budget di Salute" descrivendolo come "uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso"....."per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale."</p> <p>Gli interventi riabilitativi, infatti, che hanno dimostrato un'efficacia nel modificare il decorso delle malattie mentali, sono proprio quelli nell'ambito dell'inclusione attraverso l'asse lavoro, l'asse casa e della socializzazione. Sono ambiti che corrispondono anche ai determinanti sociali della salute, indicati dall'OMS quali obiettivi verso i quali indirizzare le politiche sanitarie.</p> <p>La metodologia del Budget di Salute, in particolare, fa riferimento al modello dell'abitare supportato, caratterizzato da una progettazione in ambienti reali con un elevato livello di integrazione nella Comunità e di inclusione sociale, così da rappresentare lo strumento principe per contrastare il pericolo della istituzionalizzazione che, come evidenziato dalle rilevazioni epidemiologiche, si nasconde dietro la tradizionale residenzialità psichiatrica. A livello aziendale, gli interventi di cura e riabilitazione più avanzati in Salute Mentale sono rivolti</p>

primariamente a contrastare il pericolo della neo-istituzionalizzazione attraverso metodi finalizzati alla prossimità territoriale delle cure, alla domiciliarità e alla deospedalizzazione degli interventi.

La metodologia del Budget di Salute risponde a questi obiettivi attraverso interventi di politica sanitaria diretti ad intervenire sui determinanti sociali della salute, a favorire l'empowerment 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.

Approccio già sperimentato in Canada, in USA e in UK, l'esperienza italiana del Budget di Salute si qualifica per il forte impulso diretto all'empowerment e per l'approccio rivolto ai diversi determinanti sociali della salute, il tutto realizzato all'interno della progettazione integrata che caratterizza l'assistenza sociosanitaria italiana.

Le prime esperienze nazionali di interventi riabilitativi attraverso la metodologia del Budget di Salute hanno portato la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 2155 del 27 dicembre 2011, all'approvazione del progetto, denominato "Budget di Salute", finalizzato alla definizione di «... percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale e di supporto alla domiciliarità, all'interno del quadro programmatico offerto dai piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale...»

Nel 2013 nella realtà modenese è stato steso il "Protocollo operativo" relativo al Budget di Salute tra DSMDP e Comune, frutto di una condivisione di intenti con il Terzo settore e le Associazioni di volontariato, atto che ha caratterizzato le successive convenzioni e accordi.

La successiva Delibera della Regione Emilia Romagna 1554/2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la realizzazione di Progetti con la Metodologia del Budget di Salute" descrivendolo come "uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso"....."per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale."

Gli interventi riabilitativi, infatti, che hanno dimostrato un'efficacia nel modificare il decorso delle malattie mentali, sono proprio quelli nell'ambito dell'inclusione attraverso l'asse lavoro, l'asse casa e della socializzazione. Sono ambiti che corrispondono anche ai determinanti sociali della salute, indicati dall'OMS quali obiettivi verso i quali indirizzare le politiche sanitarie.

La metodologia del Budget di Salute, in particolare, fa riferimento al modello dell'abitare supportato, caratterizzato da una progettazione in ambienti reali con un elevato livello di integrazione nella Comunità e di inclusione sociale, così da rappresentare lo strumento principe per contrastare il pericolo della istituzionalizzazione che, come evidenziato dalle rilevazioni epidemiologiche, si nasconde dietro la tradizionale residenzialità psichiatrica.

PASSIONE SPORT..... NESSUNO ESCLUSO .....

Chi opera da tempo con la disabilità dei minori ha visto cambiare diversi concetti per riferirsi ad essa . Ognuno di questi ha rappresentato il modo con cui si cercava di definire la condizione di disabilità ( menomazione, handicap, svantaggio), i bambini interessati (handicappati, portatori di handicap, diversamente abili) e il pensiero teorico e pratico della abilitazione e riabilitazione.

Negli anni Cinquanta il concetto di base era "carità assistenziale", negli anni Settanta "inserimento", alla fine degli anni Ottanta "integrazione".

Da qualche anno la parola chiave è diventata "inclusione".

Tale termine pone la questione della disabilità nella dimensione sociale del diritto di appartenenza: includere vuol dire innanzitutto riconoscere, prendere atto

	<p>dell'opportunità, anche riabilitativa, che ha ciascun minore e di essere riconosciuto persona a tutti gli effetti, a dover evolvere, allora , è soprattutto l'universo concettuale di riferimento perché è questo che designa molte delle possibilità da realizzare. Ciò che è importante è essere in grado di ridiscutere prassi e contesti riabilitativi finora adottati domandandosi se siano efficaci o se vadano modificati andando oltre il dato per scontato e cogliendo la complessità in gioco. Ed è proprio da queste riflessioni e dal confronto con le esperienze cliniche internazionali che nasce ed evolve il progetto dell'intervento riabilitativo psico educativo di gruppo realizzato nel contesto piscina e nel contesto sportivo/aggregativo in generale. Questo processo riabilitativo ed abilitativo è stata ed è una grande sfida che ha fatto leva sulla competenza e collaborazione fra operatori NPIA e operatori UISP. Gli operatori , sono stati formati alle differenze e per questo capaci di attivare insieme percorsi inclusivi attraverso la disponibilità e l'apertura, ma anche nel riconoscimento del valore delle reciproche professionalità.</p> <p>Non si è trattato e non si tratta di creare spazi di finta normalizzazione ma di creare spazio alla ricchezza della differenza, adeguando il conosciuto, gli ambienti , la pratica, gli approcci, di volta in volta, in base ad ogni specifica singolarità, rifuggendo lo scontato, che talvolta rischia di connotare la dimensione della disabilità, anche rispetto alle persone ad esso collegate, soprattutto le famiglie.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Pazienti dei Centri di Salute Mentale; pazienti in carico alle Dipendenze Patologiche; pazienti in carico alla NPIA; pazienti in carico alla Psicologia Clinica; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>A livello aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza a livello di ciascuna realtà distrettuale di un atto (accordo di programma, convenzione, delibera o altro) che confermi la metodologia del Budget di Salute come premessa alla progettazione sociosanitaria in Salute Mentale;</li> <li>2. Implementazione dello strumento nei pazienti CSM per favorirne l'uscita dai percorsi di residenzialità psichiatrica e in particolare adozione della metodologia nelle situazioni di esordio psicotico fin dalle prime fasi della progettazione;</li> <li>3. Consolidare l'adozione della metodologia BdS a livello distrettuale attraverso la definizione e l'uso di strumenti condivisi tra AUSL ed Enti Locali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UVM: definizione di modalità di attuazione secondo le linee guida regionali pur tenendo conto delle caratteristiche peculiari delle realtà locali;</li> <li>• PTRI: diffusione dello strumento attualmente in uso nella realtà modenese associato all'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento;</li> <li>• Contratto: come segno concreto della partecipazione al progetto della persona.</li> </ul> </li> <li>4. Diffusione dell'uso della metodologia ai pazienti SerT, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Psicologia clinica;</li> <li>5. Programmazione di eventi formativi congiunti ed eventi aperti alla comunità;</li> <li>6. Sperimentazione dello strumento BdS rispetto ad altre tipologie di soggetti fragili.</li> </ol> <p>A livello locale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione dei protocolli operativi volti alla attuazione del buget di salute e dell'abitare supportato così come approvato dal comitato di distretto con atto n. 4 del 06/09/2016;</li> <li>2. Revisione del protocollo per l'attuazione dei TSO e ASO;</li> <li>3. Monitoraggio degli interventi di coinvolgimento di utenti e familiari nello sviluppo del programma regionale di cui alla DGR 1554/15;</li> <li>4. Incentivare l'applicazione del budget di salute per soggetti giovani agli esordi psichiatrici;</li> <li>5. Consolidamento dello strumento dell'equipe multiprofessionale per la valutazione e presa in carico dei pazienti;</li> <li>6. Sperimentare l'applicazione del budget di salute per pazienti di NPIA e dei SERT.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>A livello aziendale, domiciliarietà e prossimità: salute in carcere, umanizzazione e reinserimento; Promozione autonomia: misure a contrasto della povertà (RES,</p>

	SIA/REI); avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Legge Regionale 14/2015; la casa come forma di inclusione e benessere sociale. Partecipazione e responsabilizzazione: valorizzazione esperienze esperienziali e aiuto tra pari.
<b>Istituzioni/Attori coinvolti</b>	<b>sociali</b> DSMDP, DCP, Enti Locali, Enti del Terzo Settore, Associazioni Volontariato, Associazioni Utenti, Associazioni Familiari, Comunità intera, Giustizia, Gruppi di Auto-mutuo-aiuto, Utenti esperti, Servizi Sociali.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Donatella Marrama – Responsabile CSM Modena Est – e-mail: D.marrama@ausl.mo.it tel. 059/2134608 Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione
<b>Risorse non finanziarie</b>	L'Unione sostiene attività rivolte alla socializzazione e allo sviluppo di competenze espressivo/creativo ripartendo le spese tra i due Poli secondo il criterio della popolazione residente 15-64 anni al 31/12/2016.

**Totale preventivo 2018: € 170.471,26**

- Compartecipazione utenti: **22.400,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): **148.071,26 €**

## Indicatori locali: 3

### **1°: N. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM**

**Descrizione:** N. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 10
- **Obiettivo 2019:** 15
- **Obiettivo 2020:** 20

### **2°: risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali;**

**Descrizione:** tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Finanziarie, operatori (Assistenti Sociali, educatori..) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Finanziarie da fondo sanitario e da fondo sociale, operatori delle équipe integrate e di progetto, spazi inclusivi (area casa, lavoro e socialità)
- **Obiettivo 2019:** Finanziarie da fondo sanitario e da fondo sociale, operatori delle équipe integrate e di progetto, spazi inclusivi (area casa, lavoro e socialità)
- **Obiettivo 2020:** Finanziarie da fondo sanitario e da fondo sociale, operatori delle équipe integrate e di progetto, spazi inclusivi (area casa, lavoro e socialità)

### **3°: (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili**

**Descrizione:** pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** S (pazienti DP) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** s
- **Obiettivo 2019:** s
- **Obiettivo 2020:** s

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

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL e UNIONE DEL SORBARA-AUSL di Modena:Via S. Giovanni del Cantone,23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it -UNIONE DEL SORBARA:P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E.-MO P.I.02716680364 PEC:pec@cert.unionedelsorbara.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>A livello aziendale, si ritiene importante favorire un percorso di messa a sistema /governance delle azioni volte al riconoscere, valorizzare e sostenere i caregiver, a tal scopo ritiene prioritario promuovere attività di sensibilizzazione/formazione dei professionisti con disseminazione di buone prassi e individuazione di metodi e strumenti condivisi da utilizzare nei percorsi di assistenziali. Inoltre sarebbe utile declinare la funzione di informazione/orientamento accompagnamento ai servizi a favore dei caregiver individuando un modello organizzativo sperimentale da implementare su tutto il territorio provinciale.</p> <p>Infine, i servizi dedicati in generale ai giovani caregiver in Italia sono rari. Emerge come esistano prevalentemente progetti rivolti ai fratelli di persone disabili, finalizzati di solito alla promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto, a creare occasioni di conciliazione e a informare sul tema del “dopo di noi”. E in effetti i caregiver lamentano l’assenza di supporto da servizi territoriali dedicati. Tra le forme di sostegno più utili: i gruppi di mutuo-aiuto, informazioni e orientamento sui servizi disponibili, attività di svago per rilassarsi e divertirsi, per contribuire a rendere visibili questi ragazzi, a fare in modo che la loro voce sia ascoltata e soprattutto cercare di valorizzare le loro esperienze perché da ostacolo si trasformino in valore aggiunto che possa aiutarli nel loro percorso verso l’età adulta.</p> <p>A livello locale, sono numerose le iniziative che già vengono realizzate a sostegno del care giver familiare (iniziative informative/formative, gruppi di auto mutuo aiuto, consulenze psicologiche, assistenziali, legali, etc...).</p> <p>Emerge la necessità di migliorare la consapevolezza dei cittadini circa le opportunità esistenti, e la collaborazione multidisciplinare per la realizzazione di programmi, progetti, attività, con un approccio il più possibile partecipato.</p>
<b>Razionale</b>	<p>A livello aziendale, la Legge Regionale n. 2 del 2014 e le linee attuative della legge approvate con DRG n. 858 del 16 giugno 2017 forniscono indicazioni operative per il sistema dei servizi socio-sanitari in merito alle azioni da sviluppare per l’ identificazione, il coinvolgimento, la valorizzazione e il sostegno del ruolo del caregiver.</p> <p>Il caregiver viene riconosciuto come componente informale della rete di assistenza della persona, risorsa del sistema integrato della rete dei servizi socio-sanitari, ma</p>

	<p>anche portatore di specifici bisogni che richiedono ascolto e tutela. Le linee attuative offrono indicazioni funzionali precise in merito: al riconoscimento del caregiver nella rete assistenziale: - nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) il caregiver deve essere formalmente identificato e coinvolto nel percorso di definizione realizzazione e valutazione del PAI, il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nella redazione del PAI è anche previsto dai nuovi LEA ( DPCM 12 gennaio 2017; art.1 , comma 3)e dal Piano Nazionale Cronicità; alla programmazione e realizzazione di interventi di informazione, formazione e di azioni di sostegno al benessere del caregiver in un ottica integrata di raccordo e coordinamento con la rete locale e al riconoscimento delle competenze del caregiver familiare nell'ambito del Pai.</p> <p>Un aspetto fondamentale è altresì rappresentato dai “Giovani caregiver” che si prendono cura assiduamente di un familiare bisognoso di assistenza, con responsabilità da adulti e conseguenze significative nella loro vita di tutti i giorni, a scuola, al lavoro, nelle relazioni sociali. Sono figli, fratelli, nipoti o, in qualche caso, giovani genitori di persone affette da disabilità fisiche o mentali, da malattie terminali o croniche, o da dipendenze. In Italia, secondo i dati ufficiali disponibili, elaborati dall'Istat ma che risalgono al 2011, sono almeno 170 mila i giovani caregiver tra i 15 e i 24 anni. Un numero di certo sottostimato visto che la fascia d'età esaminata esclude i bambini più piccoli e i giovani adulti</p> <p>L' Azienda USL di Modena nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 partecipa al progetto della scheda 4.2 - Azioni situate di promozione alla salute mentale fisica nei confronti dei caregiver. Si tratta di un progetto volto a ridurre gli aspetti di rischio per la salute mentale dei caregiver che presentano un alto tasso di fragilità e di rischio per la propria salute. E' stata effettuata una mappatura delle azioni finalizzate a migliorare le competenze e la qualità dell'assistenza fornita (es. corsi di formazione, tutoring infermieristico, caffè Alzheimer ed altro) e una ricognizione delle azioni rivolte al benessere dei caregiver. Le fonti della mappatura sono state molteplici: PdZ 2015, programma aziendale demenze, ricognizione interna al DSM-DP, il Centro Servizi del Volontariato, le singole Associazioni di volontariato, e focus group con operatori e rappresentanti del terzo settore. Gli esiti, comunque parziali, evidenziano una significativa sensibilità al tema ( in particolare nel distretto di Carpi) e una ricchezza di iniziative frutto di una proficua collaborazione tra pubblico e terzo settore, al contempo emergono una frammentazione delle informazioni, non omogeneità nelle pratiche assistenziali nel riconoscimento e valorizzazione del ruolo del caregiver, necessità di metodi e di strumenti condivisi relativi all' identificazione, al coinvolgimento del caregiver nel PAI e alla valutazione del carico assistenziale della relativa tenuta.</p> <p>A livello locale, il care giver familiare è una risorsa per il sistema dei servizi sociali, socio-sanitari, sanitari nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il care giver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto) sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Cittadine/i, caregiver e persone accudite, professionisti dei servizi socio-sanitari e sociali e sanitari, Enti del terzo settore.</p> <p>Particolare attenzione sarà dedicata ai caregiver con caratteristiche di fragilità e ai giovani caregiver.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>A livello aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituire un coordinamento aziendale per condividere le attività, le iniziative e la programmazione al fine di condividere buone prassi/metodi di lavoro coinvolgendo anche il terzo settore oltre all'area sociale.</li> <li>2. Promuovere la sensibilizzazione e il coinvolgimento della Comunità tramite campagne informative coordinate e diffuse sul tema (es.Caregiver day)</li> </ol>



3. Sensibilizzare/formare gli operatori al riconoscimento e valorizzazione del caregiver attraverso eventi formativi diffusi, ma mirati ad alcune aree funzionali sensibili (UVM; DSM-DP; Lungodegenze; Oncologie)
4. Individuare metodi e strumenti condivisi di rilevazione della tenuta assistenziale/ benessere del caregiver nella fase di presa in carico e condivisione del progetto di intervento
5. Coordinare sul territorio provinciale , l'implementazione della funzione di orientamento: l'accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, e alle opportunità e risorse sul territorio rivolte ai caregiver
6. Coordinare la formazione specifica rivolta ai caregiver per il sostegno allo svolgimento delle attività di cura, per il loro supporto ed empowerment;
7. Promuovere progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver;
8. Coordinare i percorsi di riconoscimento delle competenze del caregiver familiare
9. Predisporre un progetto sperimentale sui giovani caregiver in collaborazione con il Terzo settore e il mondo della scuola.

A livello locale:

#### SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ

1. Servizio di Assistenza Domiciliare distrettuale accreditato. In base al programma assistenziale individualizzato elaborato dai servizi territoriali competenti, il servizio garantisce l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni fornite in modo flessibile ed integrato tra professionisti e discipline differenti. In particolare il servizio realizza:

- presa in carico tramite supervisione, consulenza e affiancamento, delle persone assistite a domicilio direttamente da famigliari e con l'aiuto di assistenti famigliari e garantendo anche la funzione di tutoring sia per i famigliari che per le assistenti famigliari;
- presa in carico complessiva e svolgimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale previste nel piano individualizzato di assistenza tra quelle relative a cura personale, supporto sociale nella vita quotidiana, supporto educativo, emotivo, psicologico, supporto alla gestione pratica della vita quotidiana;
- piena integrazione con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario (medico, infermieristico e riabilitativo) di competenza del Dipartimento di cure primarie.

L'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare avviene su segnalazione del Servizio Sociale territoriale previa valutazione della condizione di non autosufficienza da parte della unità di valutazione multidimensionale. Sperimentazione di nuove forme di assistenza al domicilio con il coinvolgimento della comunità locale.

Il fabbisogno assistenziale domiciliare sociale ed educativo distrettuale approvato nel 2017 è di € 34.629,65.

2. Riconoscimento ed erogazione degli assegni di cura sulla base dell'elaborazione di un progetto di presa in carico socio-sanitaria, al fine di sostenere a domicilio gli anziani gravemente non autosufficienti, dando priorità alle situazioni più critiche, sulla base della valutazione del bisogno assistenziale e della situazione economica del nucleo. Nel caso in cui i progetti presentati siano superiori alle risorse stanziare disponibili si procederà applicando i seguenti criteri di priorità:

- assenza assegno di accompagnamento;
- non usufruire di altri servizi della rete socio-sanitaria;
- presenza nel nucleo di altre persone non autosufficienti;
- punteggio BINA superiore a 500;
- situazione di fragilità economica con ISEE inferiore a 10.000 €;
- Erogazione del contributo aggiuntivo (€ 160 mensili) per coloro che percepiscono l'assegno di cura e dimostrano di utilizzare per la propria assistenza una assistente familiare con regolare contratto di lavoro.

3. Interventi a garanzia di una presa in carico tempestiva per garantire continuità

	<p>assistenziale tra ospedale e territorio o la presa in carico di persone con patologie complesse (dimissioni protette).</p> <p>4. Emersione, regolarizzazione, qualificazione e inserimento nella rete dei servizi del lavoro delle assistenti familiari da realizzarsi attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione della collaborazione con il Centro per l'impiego di Modena con l'intento di favorire l'incontro tra le esigenze delle famiglie e le disponibilità di coloro che intendono svolgere attività di cura. L'obiettivo è promuovere l'inserimento occupazionale regolare di lavoratori e lavoratrici qualificati attraverso l'incontro tra assistenti familiari che offrono la propria esperienza e competenza e le famiglie che esprimono la necessità di reperire la persona più adeguata a rispondere al proprio bisogno di assistenza.</li> </ul> <p>Il Distretto intende consolidare il programma di qualificazione del lavoro di cura della assistenti famigliari attraverso la realizzazione di iniziative di formazione, aggiornamento e tutoring delle assistenti famigliari stesse e iniziative di informazione e consulenza personalizzate.</p> <p>Metodologia:</p> <p>Formazione in piccolo gruppo sulle principali tematiche e problematiche connesse al lavoro di cura delle assistenti famigliari.</p> <p>Formazione e tutoring in situazione su obiettivi specifici del lavoro di cura individuati in base a ciascun PAI.</p> <p>Obiettivi specifici e azioni connesse sono definiti in collaborazione con Assistente Sociale e operatori sanitari eventualmente coinvolti oltre che assieme alla persona non autosufficiente e ai famigliari qualora possibile/opportuno.</p> <p>5. Sviluppo delle condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura.</p> <p>6. Promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio e sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI.</p> <p>7. Nell'ambito del sostegno alla domiciliarità e qualificazione del lavoro di cura si prevede di sperimentare nuove forme di incontro domanda/offerta di assistenza e di supporto alla famiglia nella scelta dell'assistente familiare.</p> <p>Inoltre accanto a quanto previsto come il livello minimo delle prestazioni previste dall'accreditamento socio-sanitario si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rinforzare, sviluppare e far crescere la rete dei servizi territoriali e delle risorse della comunità, favorendo percorsi di solidarietà comunitaria;</li> <li>- sviluppare luoghi di auto e mutuo aiuto per care giver dove promuovere il confronto, il supporto, la condivisione fra chi vive la stessa ESPERIENZA di care giving;</li> <li>- garantire, attraverso gli sportelli sociali, il supporto all'accesso alla rete dei servizi territoriali;</li> <li>- fornire forme di supporto formativo;</li> <li>- porre particolare attenzione all'identificazione del caregiver nell'ambito delle dimissioni protette, al fine di consentire la riorganizzazione delle risorse familiari da impegnare in attività di cura.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondamentale il raccordo con il PRP (scheda 4.2), e con le con le schede attuative n. 1, n.4, n. 7, n.11, n.21.</li> <li>- Piano delle attività per la non autosufficienza.</li> </ul>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>AUSL, Unioni dei Comuni, Terzo settore, ASSR.</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Zanoli Cinzia – Direttore Attività Socio Sanitarie – mail. C.zanoli@ausl.mo.it tel. 0959435727</p> <p>Guiducci Paola – Direzione Socio Sanitaria – mail. P.guiducci@ausl.mo.it tel. 059/435556</p> <p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione</p>

	Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FRNA resta in capo all'Azienda Usl, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07," la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)". Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.</p>

## Totale preventivo 2018: € 1.219.526,00

- FRNA: 849.350,00 €
- FNNA: 50.000,00 €
- Unione di comuni :320.176,00

## Indicatori locali: 5

### 1°: Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate

**Descrizione:** numero iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver

**Tipo:** Testuale

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

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

### 2°: 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

**Descrizione:** ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** Mappatura al 31.12.2017 da PRP - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** S (aggiornamento)
- **Obiettivo 2019:** S (aggiornamento)
- **Obiettivo 2020:** S (aggiornamento)

**3°: 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**

**Descrizione:** costituzione di un coordinamento aziendale per condividere la programmazione delle attività e iniziative a sostegno del caregiver

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S
- **Obiettivo 2019:** S
- **Obiettivo 2020:** S

**4°: Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver**

**Descrizione:** numero progetti e iniziative per benessere e salute caregiver

**Tipo:** Numerico

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

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

**5°: Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate**

**Descrizione:** numero iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 3 edizioni Aziendali ( Area Sud, Nord, Centro) rivolte ai professionisti sanitari e sociali
- **Obiettivo 2019:** -
- **Obiettivo 2020:** -

## 6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Completato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;E.</b>

<b>Descrizione</b>	La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.
<b>Razionale</b>	Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami famigliari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.
<b>Destinatari</b>	Persone con disabilità, priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima.
<b>Azioni previste</b>	L'Unione intende: 1. accogliere e accompagnare le persone con disabilità nel loro contesto di vita, nelle loro scelte e nelle loro capacità, sostenendo la scelta della permanenza al domicilio inteso sia come "casa" che come contesto quotidiano fatto di spazi, tempi, relazioni conoscenze che hanno senso e significato per le persone stesse; 2. garantire la globalità della presa in carico, la continuità degli interventi e il sostegno/sviluppo delle potenzialità individuali e/o famigliari; 3. migliorare la qualità della vita della persona con disabilità e della propria famiglia; 4. favorire progetti per la vita indipendente e l'autonomia delle persone con disabilità; 5. sviluppare percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione; 6. riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare; 7. predisporre laboratori diurni specifici e/o brevi soggiorni per l'autonomia abitativa svolti in gruppi appartamento attrezzati con supporto educativo e assistenziale, nei

	<p>quali le persone con disabilità sperimentano, imparano o riattivano la vita indipendente o in piccolo gruppo; gli interventi socio/educativi continuano, in parte, al domicilio supportando la sperimentazione delle competenze/abilità acquisite nei Laboratori e/o nei gruppi appartamento nell'ambiente domestico di appartenenza, a sostegno delle persone con maggiori difficoltà e in un'ottica di reale personalizzazione del percorso;</p> <p>8. interventi indirizzati ai famigliari/conviventi realizzati soprattutto in attività di gruppo (gruppi di auto-mutuo aiuto) (fatta salva la possibilità di consulenze individuali su specifiche necessità ed obiettivi) ritenendosi le attività di gruppo più efficaci grazie al confronto diretto tra persone che vivono condizioni di vita analoghe e che possono trovare maggiore aiuto e conforto nello scambio reciproco di esperienze;</p> <p>9. realizzare incontri di formazione e informazione su specifiche tematiche che possano eventualmente anche essere direttamente richieste dai gruppi;</p> <p>10. sviluppare attività di collaborazione con l'associazionismo locale in un'ottica di supporto alle reti informali territoriali e di benessere di comunità</p> <p>11. consolidare in ruolo del PUASS nell'organizzazione delle valutazioni multidimensionali (UVM) di primo e secondo livello all'interno delle Case della Salute presenti sul territorio in un'ottica di miglioramento della capacità di valutazione e di presa in carico oltre che di diminuzione dei tempi di valutazione/attivazione di servizi. Si intende procedere allo sviluppo delle azioni sopra indicate attraverso la co-progettazione con il Terzo Settore.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Gli interventi per le persone con disabilità riguardano l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). Occorre dunque promuovere l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.</p>
<b>Istituzioni/Attori coinvolti</b>	<p><b>sociali</b></p> <p>Si prevede di coinvolgere le associazioni/fondazioni nella declinazione operativa degli interventi progettati.</p> <p>Le finalità e le linee guida della progettazione sono condivise con i servizi sanitari presenti sul territorio, con particolare riferimento all'Area Fragili dell'Az. USL di Modena, Distretto di Castelfranco Emilia e al Dipartimento di Salute Mentale.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all'Azienda UsI, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07," la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)".</p>

---

Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.
---

Criterio riparto spese tra FRNA e Comuni:

- Laboratori: 40% A CARICO FRNA E 60% A CARICO COMUNI
- Appartamento vita indipendente: 20% COMUNE E 80% FRNA.

La quota ripartita tra i Comuni appartenenti all'Unione è PER IL 50% Pop. Res. al 31/12/2016 e per il 50% utenti al 31/12/2018.

---

## Totale preventivo 2018: € 127.137,65

---

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **114.646,00 €**
- FRNA: **8.927,31 €**
- Unione di comuni (*UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA*):**3.564,34 €**

---

## Indicatori locali: 1

---

### **1°: N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016**

**Descrizione:** N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2
- **Obiettivo 2019:** 3
- **Obiettivo 2020:** 5

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

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena: Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC: auslmo@pec.ausl.mo.it - Dipartimento di cure primarie- RLCP</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative dell'Ausl di Modena, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie;</p> <p>essa è costituita dall'insieme degli interventi diagnostico- terapeutici , e assistenziali dedicati ai pazienti alle loro famiglie e caregiver, a fronte di patologie croniche evolutive per le quali non è possibile adottare terapie efficaci per il prolungamento della vita.</p> <p>La Rete è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali e le interconnessioni dalle modalità organizzative adottate.</p> <p>Target delle cure palliative sono tutte le persone affette da patologie croniche, inguaribili, evolutive che impattano gravemente sulla loro qualità di vita.</p> <p>L'accesso avviene attraverso qualunque professionista sanitario che individua il bisogno di Cure Palliative, segnalando il caso, anche telefonicamente, ai Punti Unici di Accesso già presenti in ogni Distretto, i quali registrano la segnalazione e attivano l'Unità di Valutazione di Cure Palliative Distrettuale.</p> <p>Le richieste di consulenza palliativista nel Nodo Ambulatorio e Ospedale potranno pervenire ai Punti di Accoglienza / PUASS o gestite secondo percorsi che verranno predisposti dal Coordinamento della R LCP. Dal gennaio 2018 è attiva in ciascuno dei 7 Distretti L'Unità di Valutazione per le Cure Palliative.</p> <p>Nodo domicilio: ciascuno dei 7 distretti è dotato di Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-MMG esperti inter pares ( 20 nella provincia ) con il ruolo di consulenti ai Medici curanti</li> <li>-sottogruppo di Infermieri dedicati, formati in Cure Palliative</li> <li>- psicologo ( al momento 5 distretti su 7 )</li> <li>- Unità di valutazione attiva</li> </ul> <p>-Progetto CRA : Formazione alle CRA di 6/7 Distretti ; attivazione delle istruzioni operative specifiche previste in Delibera in 6/7 Distretti.</p> <p>Nodo Ambulatorio: Attivo un ambulatorio di cure palliative precoci in ciascuna Area ( 3 )</p> <p>Nodo Ospedale : Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in 2 Ospedali su 5 ( Carpi e Sassuolo ) ; Formazione e implementazione organizzativa per l'utilizzo di linee guida in 8 UUOO dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Attività come case manager di Infermiere territoriale</p>
--------------------	---



	esperto in cure palliative presso i D.H. oncologici di Modena, Sassuolo, Vignola . Nodo Hospice : collaborazione con l'Azienda Ospedaliera per i pazienti candidabili alle cure palliative reclutati presso le sedi del Policlinico o di Baggiovara ed azioni formative preparatorie all'apertura dell'Hospice territoriale di Castelfranco Emilia.
<b>Razionale</b>	La legge 38 del 2010 sancisce il diritto di aver accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore . Successivi interventi normativi regionali forniscono alle Aziende Sanitarie Locali indicazioni circa le modalità organizzative idonee per garantire tale diritto. In particolare la DGR 560 del 2015 e la 1770 del 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 cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e delle qualità assistenziale percepita. La Direzione Generale, nel gennaio 2017, ha deliberato l'Istituzione della Rete Locale di Cure Palliative dell'Azienda USL di Modena individuando le modalità di erogazione delle cure nei nodi 1) domicilio, 2) hospice, 3) ambulatorio ed 4) ospedale . Ha definito i professionisti coinvolti a vario titolo nelle attività della rete , le figure di coordinamento e di governo clinico. Ha infine programmato uno sviluppo almeno triennale delle attività.
<b>Destinatari</b>	Pazienti target di cure palliative in tutta la provincia quantificabili come segue: deceduti per tumore: circa 2100 /anno stime di letteratura scientifica complessive: 370/100.000 abitanti per anno (2590).
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nodo domicilio: completamento della dotazione di psicologi entro il 2018 in 7/7 distretti.</li> <li>2. Supporto alle UCPD dei Medici Palliativisti Dedicati.</li> <li>3. Progetto CRA : completamento della formazione entro il 2018 e attivazione delle istruzioni operative con l'azione consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati in tutte le 56 CRA della provincia.</li> <li>4. Nodo Ambulatorio: Attivazione di un ambulatorio in ciascun distretto . Nel 2018 raggiungere l'obiettivo di copertura di 5/7. Nel 2019 ..... e nel 2020.</li> <li>5. Nodo Ospedale: Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in tutti gli Ospedali della provincia ; nel 2018/19 completamento del programma negli Ospedali di Vignola e Mirandola.</li> <li>6. Nodo Hospice : Apertura del primo Hospice territoriale nella Casa della Salute di Castelfranco entro il 2019. Successive aperture di un Hospice in Area Nord e in Area sud.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Progetto CRA : la Direzione Sociosanitaria dell'Azienda ha promosso e condiviso con gli Enti Locali in ciascuno dei 7 Uffici di Piano un progetto di implementazione delle pratiche che riguardano le Cure Palliative nelle Case Residenza per Anziani . Ogni distretto in sede di coordinamento sanitario delle CRA ha organizzato un Incontro di presentazione del progetto e del documento di indirizzo allegato alla delibera della Direzione Generale . In tale sede è poi stato stabilito un calendario di incontri formativi rivolti a tutto il personale di tutte CRA della provincia . Oltre ai contenuti tecnico- professionali propri delle cure palliative sono stati forniti strumenti per la valutazione del paziente target e per la costruzione di PAI di fine vita . Inoltre sono state definite le modalità di supporto consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati alle cure palliative dei Servizi Domiciliari di ciascun Distretto . In 3 Distretti : Modena, Castelfranco e Carpi è stato fatto un primo incontro di verifica in sede di coordinamento con riscontri molto positivi
<b>Istituzioni/Attori coinvolti</b>	<b>sociali</b> Azienda USL di Modena, Enti locali , Enti gestori.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Vacondio Paolo – Responsabile Cure Palliative – mail: p.vacondio@ausl.mo.it tel. 059/438 067

Risorse non finanziarie	
-------------------------	--

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

## Indicatori locali: 5

---

**1°: N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/N. deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%**

**Descrizione:** N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/N. deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** valore > dell'anno precedente

- **Obiettivo 2019:** -

- **Obiettivo 2020:** -

**2°: Presenza programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete**

**Descrizione:** NUMERO AZIENDE USL CHE HANNO NEL PROGRAMMA annuale formazione specifica per gli operatori della rete CURE PALLIATIVE

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Medici: 600 Infermieri 250 OSS 700 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**3°: Presenza programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative**

**Descrizione:** NUMERO AZIENDE USL CHE HANNO NEL PROGRAMMA ANNUALE FORMAZIONE PER operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**4°: Presenza 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)**

**Descrizione:** Presenza 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)

**Tipo:** S | N

**Situazione di partenza:** nel 2017 : 3 incontri pubblici a Nonantola. 1 incontro a Modena nel Care-giver Day - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** sviluppare più incontri anche per la divulgazione della legge 219

- **Obiettivo 2019:** -

- **Obiettivo 2020:** -

**5°: Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP**

**Descrizione:** Definizione del percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle Cure palliative pediatriche

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Un gruppo interaziendale ha rendicontato in regione la presa in carico al momento di circa 60 bambini con special needs. Il percorso assistenziale necessita di una formalizzazione - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** formalizzazione del percorso Special Needs

- **Obiettivo 2019:** -

- **Obiettivo 2020:** -

## 8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Completato

Riferimento scheda regionale

8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL e UNIONE DEL SORBARA-AUSL di Modena: Via S. Giovanni del cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it-UNIONE DEL SORBARA:P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E (MO) P.I.02716680364 PEC:unionedelsorbara@cert.unionedelsorbara.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>A livello aziendale, è necessario affrontare il tema individuando percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extramurario e prevedere, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali, interventi che favoriscano percorsi alternativi, o di dimissione, specie in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari, economiche o limiti personali. E' già operativa in tal senso l' EQUIPE DIMITTENDI a cadenza mensile.</p> <p>Dal punto di vista della tutela della salute, prendendo quale modello quello dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, si attua un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della salute. Al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, la presa in carico di ciascun assistito prevede la condivisione di un PAI; l'intervento clinico-assistenziale viene offerto dalla fase di ingresso alla dimissione, con la possibilità per ogni persona dimessa di richiedere la propria Cartella Sanitaria. Vengono costruiti inoltre percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni dal carcere. La persona detenuta assistita è al centro della cura e deve essere favorito l'empowerment della persona stessa operando per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.</p> <p>E' già operativa in tal senso la MEDICINA PENITENZIARIA sancita dal DPCM del 01/04/2008 e dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute finanziati dalla Regione tramite la nuova figura dei Promotori di salute.</p>
<b>Razionale</b>	<p>A livello aziendale, 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 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,</p>

	interventi specifici e strutturati di promozione della salute.
<b>Destinatari</b>	Soggetti detenuti ed internati presso la Casa Circondariale di Modena e Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia.
<b>Azioni previste</b>	<p>A livello aziendale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario;</li> <li>promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";</li> <li>realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto.</li> </ol> <p>A livello locale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sportello informativo rivolto ai detenuti stranieri in collaborazione con l'Istituto penitenziario. Lo sportello può attivare percorsi di mediazione linguistica e culturale.</li> <li>Strutturazione di una equipe per la presa in carico dei dimittendi composta dagli operatori della struttura penitenziaria, gli operatori del UEPE, dal servizio sociale territoriale.</li> <li>Reinserimento sociale: promozione di progetti di reinserimento sociale attraverso lo svolgimento di attività socialmente utili. Prosecuzione del coinvolgimento di detenuti e internati in attività in favore della città attraverso azioni di volontariato da loro svolte fuori dall'Istituto di detenzione; prosecuzione delle attività connesse alla convenzione tra Comune, carcere per lo svolgimento di attività socialmente utili all'interno delle strutture di Comuni e Az. USL.</li> <li>Miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti garantendo un efficace e attivo utilizzo del tempo detentivo attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>il sostegno a percorsi di formazione;</li> <li>il sostegno ad iniziative del terzo settore all'interno e all'esterno del carcere finalizzate all'umanizzazione e al miglioramento degli aspetti relazionali e di vita dentro all' istituto;</li> <li>l'avvio/consolidamento della figura del promotore di salute in carcere;</li> <li>la realizzazione di incontri individuali e attivazioni di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo-aiuto.</li> </ul> </li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comune di Modena, Comune di Castelfranco Emilia;</li> <li>- Centro stranieri;</li> <li>- Associazione di Volontariato - Carcere città;</li> <li>- Associazioni sportive UISP – CSI.</li> <li>- AUSL</li> <li>- Unione del Sorbara</li> <li>- Terzo Settore</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Petrella Stefano – Responsabile medico IIPP di Modena e Castelfranco – mail: s.petrella@ausl.mo.it tel.059/438067</p> <p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione Responsabile Servizi Scolastici Comuni di Castelfranco Emilia e San Cesario.</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	Il Comune di Modena introita il finanziamento regionale e trasferisce la somma di € 12.000 all'Unione dei Comuni del Sorbara.

## Totale preventivo 2018: € 17.142,86

---

- Carcere: **12.000,00 €**
- Unione di comuni (*Unione dei Comuni del Sorbara*): **5.142,86 €**

---

## Indicatori locali: 3

---

### **1°: N° sportelli informativi attivati in carcere/numero IIPP (target 100%)**

**Descrizione:** N° sportelli informativi attivati in carcere/numero IIPP (target 100%)

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1 Carcere Sant' Anna
- **Obiettivo 2019:** 2 (1 Carcere Sant' Anna e 1 Castelfranco Emilia )
- **Obiettivo 2020:** 2 ( 1 Carcere Sant' Anna e 1 Castelfranco Emilia)

### **2°: N. 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)/ N. IIPP (target almeno 1 per I.P.)**

**Descrizione:** N. 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)/ N. IIPP (target almeno 1 per I.P.)

**Tipo:** Numerico

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

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

### **3°: N. gruppi di informazione ed educazione alla salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto/numero IIPP (target 100%)**

**Descrizione:** N. gruppi di informazione ed educazione alla salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto/numero IIPP (target 100%)

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 8 gruppi di informazione ( Un gruppo per sezione) sperimentazione di PEER support
- **Obiettivo 2019:** 8 gruppi di informazione ( Un gruppo per ogni sezione) eventuale implementazione di attività di PEER support
- **Obiettivo 2020:** 8 gruppi di informazione ( Un gruppo per ogni sezione) eventuale implementazione di attività di PEER support

## 9. Medicina di genere

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

9 Medicina di genere

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

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL di Modena - Sede legale: Via San Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>1. Partecipazione al coordinamento regionale “medicina di genere ed equità” presso la DG cura alla persona salute e welfare;</p> <p>2. eventuale partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale;</p> <p>3. sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell’azienda, compresi i medici convenzionati.</p>
<b>Razionale</b>	<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 ( legge 405/1975 e legge 22 maggio 78 n°194 ) e regionale ( legge 6/2014) si rende necessario procedere attraverso diverse azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Professionisti dell’azienda e delle altre istituzioni e medici convenzionati.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Partecipazione al coordinamento regionale “medicina di genere ed equità” presso la DG cura alla persona salute e welfare;</p> <p>2. eventuale partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale;</p> <p>3. sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell’azienda, compresi i medici convenzionati.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti;</li> <li>• promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità;</li> <li>• case della salute e medicina d’iniziativa;</li> <li>• contrasto alla violenza di genere;</li> <li>• riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;</li> <li>• promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, di abilità;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti.</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali, associazionismo.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Borsari Silvana – Responsabile area Consultori - mail s.borsari@ausl.mo.it tel 059/438099.
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 3

### **1°: Attivazione e evidenze delle azioni del coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità"**

**Descrizione:** Attivazione e evidenze delle azioni del coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità"

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

### **2°: Realizzazione sperimentazione dell'approccio di medicina di genere in un territorio regionale/aziendale**

**Descrizione:** Realizzazione sperimentazione dell'approccio di medicina di genere in un territorio regionale/aziendale

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

### **3°: Formazione diffusa degli operatori compresi i medici convenzionati**

**Descrizione:** Formazione diffusa degli operatori compresi i medici convenzionati

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S



## 10. Contrasto dell'esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;C;D;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Il territorio dell'Unione, pur non essendo contraddistinto da un elevato numero di persone in condizione di grave marginalità (per cui la mancanza di una abitazione e una di una rete relazione costituiscono i principali fattori che determinano la loro condizione) è caratterizzato da un numero abbastanza elevato di nuclei in carico al Servizio Sociale Territoriale, che presentano una situazione di grave deprivazione materiale, la cui condizione economica non gli consente cioè di far fronte ad una serie di bisogni essenziali (es. riscaldare l'abitazione, far fronte a spese impreviste, garantire il pagamento di bollette, affitto ...), la maggior di tali persone presentano anche una dimensione di fragilità e vulnerabilità, condizione questa caratterizzata dalla compresenza di problematiche afferenti alla dimensione lavorativa e sociale o sanitaria.</p> <p>L'attenzione alla abitazione deve sempre più diventare come aspetto fondamentale del percorso di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie.</p>
<b>Razionale</b>	<p>Il problema dell'impoverimento di una parte della popolazione è spesso conseguenza e causa di stati di fragilità e di esclusione sociale. La povertà rappresenta un fenomeno multidimensionale che non può essere ridotto alla sua componente strettamente economica, accanto alla povertà più evidente quella di tipo materiale, spesso coesistono altre forme di povertà, la povertà educativa, ovvero la privazione, per i bambini e gli adolescenti, della opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare le proprie capacità e aspirazioni, e la povertà relazionale. L'indebolito del tessuto sociale che era fatto di comunità che convivevano attraverso le loro forme di aggregazione e solidarietà, ha prodotto infatti separazione e individualismo determinando una forma di povertà di tipo relazionale e culturale, non si tratta soltanto della solitudine degli anziani, ma anche del giovane che si rinchiude in se stesso, dell'adulto che non riuscendo a ritrovare il lavoro si vergogna, si sente fallito e desiste, dell'immigrato che non riesce a inserirsi ...</p>

	<p>Anche l'abitazione si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sociali fuori da contesti istituzionalizzati.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Persone in situazione di grave emarginazione, con fragilità "multipla" ( salute, disagio mentale, dipendenza, precarietà della situazione giuridica..)</p> <p>Famiglie in condizione economiche disagiate destinatarie di misure di sostegno al reddito nazionali, regionali, locali.</p> <p>Persone in condizione di fragilità e vulnerabilità</p> <p>Nuclei in condizione di disagio abitativo e ovvero i cosiddetti nuclei della " zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>La presente scheda contiene più azioni, riconducibili a diverse schede regionali e destinatari, ma tra loro spesso complementari e relative a differenti bisogni spesso presenti all'interno del medesimo nucleo familiare.</p> <p><b>AZIONI A CONTRASTO DELL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI MARGINALITA' ESTREMA</b></p> <p>Sostegno ai nuclei e persone in difficoltà e individuazione di interventi a favore delle situazioni di grave povertà ed esclusione sociale, attraverso :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'individuazione dei beneficiari e regolamentazione della cosiddetta " residenza anagrafica fittizia", da considerarsi quale porta di accesso ad ogni altro diritto, servizio e prestazione pubblica;</li> <li>2. l'attivazione di equipè multidisciplinari di supporto e accompagnamento all'empowerment delle persone;</li> <li>3. l'erogazione di servizi di accoglienza a bassa soglia e di pronto intervento sociale;</li> <li>4. la sperimentazione dei modelli di " housing first" e di "co-housing" attraverso l'integrazione tra vari servizi (casa, salute, lavoro..) ed il coinvolgimento del terzo settore;</li> <li>5. la promozione in collaborazione con il terzo settore, anche attraverso l'utilizzo di appositi finanziamenti regionali, di azioni connesse al contrasto alla povertà quali ad esempio scambio, riuso, recupero alimentare, empori solidali...</li> <li>6. la promozione, anche attraverso il terzo settore, delle forme di assistenza sanitaria rivolta a persone in condizione di marginalità estrema;</li> </ol> <p><b>MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTA' - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA</b></p> <p>Supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, migliorando le competenze, potenziando le capacità e rinsaldando i legami sociali, attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la qualificazione della rete degli sportelli sociali (coincidenti con i punti di accesso al REI) presso i quali è offerta informazione, consulenza e orientamento ai nuclei familiari sulla rete integrata degli interventi e dei servizi sociali e socio - sanitari e, qualora ricorrano le condizioni, assistenza nella presentazione della domanda REI/RES e monitoraggio del relativo esito;</li> <li>2. l'analisi preliminare del bisogno del nucleo familiare da parte del servizio sociale professionale, da intendersi quale prima valutazione volta a raccogliere informazioni sul nucleo, sulle sue risorse, su servizi e supporti presenti e sull'eventuale presenza di fattori di vulnerabilità;</li> <li>3. l'eventuale attivazione ( qualora emerga una situazione di bisogno complesso) dell'equipè multidisciplinare (sociale - sanitaria - lavoro) per una valutazione multidimensionale e per la definizione del progetto personalizzato che dovrà essere improntato al principio della condizionalità e contenere indicatori/ tempi di realizzazione/impegni reciproci ...</li> <li>4. l'attivazione dei sostegni individuati, quali livelli essenziali delle prestazioni, nel Piano Nazionale Povertà, quali:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla</li> </ol> </li> </ol>

riabilitazione ( interventi previsti nel Piano Integrativo Territoriale e nel Piano Annuale previsto dall'art. 4 della Legge Regionale n.14/2015 e dalle linee di programmazione regionale approvate con DGR 73/2018);

b. sostegno socio - educativo domiciliare e territoriale, da realizzarsi prioritariamente attraverso il supporto del terzo settore, anche attivando forme di supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare e di consulenza per situazioni di sovra - indebitamento;

c. assistenza domiciliare socio - assistenziale e servizi di prossimità;

d. sostegno genitoriale e servizio di mediazione familiare ( quale livello essenziale delle prestazioni per tutti i nuclei con minori di età 0/3 anni);

e. servizio di mediazione culturale;

f. servizio di pronto intervento sociale.

La messa a regime delle misure nazionali (REI ) e regionali (RES) a contrasto della povertà richiederanno la progressiva complementarietà degli strumenti di sostegno economico ad integrazione del reddito messi in campo dagli Enti Locali in questi anni. Si opererà, inoltre, per giungere a livello di Unione, ad una progressiva uniformità dei criteri/modalità/soglie di accesso/importi riconosciuti al fine di garantire equità di accesso e trattamento ai nuclei in difficoltà economica residenti nel territorio.

Nelle more del raggiungimento di una uniformità regolamentare si prevede a partire dall'anno 2018 la possibilità di elevare nella misura del 50% la quota di contribuzione massima erogabile, previo progetto del servizio sociale professionale per:

- partecipazione ad attività sportive e/o di qualificazione del tempo libero ( corsi di musica ...);
- inserimento in contesti educativi/socializzanti;
- interventi di supporto al mantenimento/reperimento dell'abitazione;
- interventi di ospitalità a seguito di emergenze abitative/sociali.

Nella realizzazione delle azioni sopraccitate si promuoverà nel corso del triennio l'adozione di una metodologia basata sul lavoro di comunità e di costruzione delle reti sociali, in particolare stimolando il coinvolgimento, la partecipazione ed il protagonismo degli attori del territorio, con l'obiettivo di costruire con ciascun soggetto, a partire dal proprio specifico mandato, dei " patti di collaborazione" attraverso cui attuare forme sostegno e accompagnamento a persone in condizione di fragilità e/o povertà.

Tali forme di collaborazione con il terzo settore, già attuate nell'ambito distrettuale, verranno meglio definite e strutturate in una logica di rete, attraverso l'adozione di un apposito protocollo ( sullo schema di quello adottato dalla Regione con DGR 1311/2017) finalizzato a definire obiettivi e impegni comuni, in particolare si prevede la messa in rete di particolari progettazioni finalizzate a:

- favorire il contrasto alla povertà estrema attraverso azioni di scambio, riuso, recupero alimentare, empori solidali...;
- favorire occasioni di socializzazione, incontro, relazione;
- favorire forme di affiancamento leggero, consulenza e accompagnamento (educazione al consumo, gestione budget familiare ...);
- attività di sostegno scolastico (extra scolastico);
- risposte ai bisogni di prima necessità e di pronto intervento .

Tali interventi dovranno essere inseriti nel progetto personalizzato elaborato dal Servizio Sociale professionale o dall'equipè multiprofessionale.

L'aspetto multidimensionale della povertà (assunto come fondamento anche dal IV Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva ) sarà alla base delle azioni e degli interventi attivati dal Servizio Sociale Territoriale, prevedendo in particolare oltre alle forme di sostegno economico, interventi volti a contrastare la povertà educativa e relazionale, in particolare:

- strategie e interventi per l'integrazione scolastica e sociale;

- sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza;
- interventi /servizi socio - educativi individuali.

#### AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI

Ai sensi dell'art. 4 della legge regionale n. 14/2015 è stato approvato il Piano Integrato Territoriale 2018/2020, quale strumento attraverso cui dare attuazione nel territorio all'integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari per la realizzazione dei percorsi integrati a sostegno dell'inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Il piano, in linea con gli obiettivi e le priorità d'intervento previste dalla programmazione regionale (DGR n.73 del 22.01.2018) si propone di dare piena attuazione a quanto previsto dalla normativa regionale a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità (L.R.14/2015), assicurando qualità e appropriatezza degli interventi, promuovendo e sostenendo l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro nonché operando per garantire l'accoglienza e la presa in carico delle persone in condizione di fragilità attraverso la valutazione multidimensionale e multi professionale e l'elaborazione di progetto di intervento personalizzato.

Il Piano prevede la realizzazione delle seguenti tipologie di interventi:

- formazione;
- tirocini;
- supporto al lavoro;
- servizi ed interventi di natura sociale;
- trasferimenti in denaro.

In particolare si intende promuovere il consolidamento e lo sviluppo di tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione; destinatari di tali interventi saranno non solo le persone in condizione di fragilità o vulnerabilità ma anche persone con un punteggio rispetto all'indice di fragilità superiore a 58, o inferiore a 30 (DGR n.191 del 15.02.2016) e pertanto non rientranti nelle misure messe a disposizione dalla L.14/2015. (es. persone con disabilità, persone con evidenti fragilità sociali quali: mamme sole con impegni di cura di figli minori in tenera età, persone con scarse risorse personali, disoccupati di lungo periodo etc..) ovvero situazioni per cui, pur rientrando nei valori dell'indice definito dalla legge 14/2015 per l'accesso alle misure, i servizi ritengono più appropriato attivare un percorso di avvicinamento propedeutico poi all'inserimento lavorativo.

L'individuazione della tipologia di interventi da attivare viene definita da una équipe multi professionale e stabilita nel programma personalizzato, elaborato in coerenza con i bisogni, le conoscenze, le competenze e le propensioni delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità. Il programma personalizzato d'interventi viene sottoscritto dalla persona in condizione di fragilità e vulnerabilità, la quale è tenuta a rispettare, nel rispetto del principio di condizionalità, gli impegni presi. Il mancato rispetto degli impegni sottoscritti nel progetto personalizzato determina la decadenza della fruizione dei servizi erogati.

#### LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE SOCIALE

L'abitazione rappresenta un fattore imprescindibile per l'inclusione sociale e complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità.

Obiettivo del triennio è quello di affrontare, anche attraverso ACER, il tema abitativo in maniera organica e strutturale e non solo emergenziale, si opererà pertanto per:

- consolidare l'approccio al patrimonio pubblico, quale servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà (favorendo il turn - over delle famiglie assegnatarie in base alle mutate condizioni economiche) e proseguire, anche attraverso l'istituto della mobilità d'ufficio, alla razionalizzazione dell'uso del patrimonio pubblico;
- incentivare la locazione degli alloggi da parte dei proprietari, offrendo agli stessi forme di tutela in merito ai rischi connessi alla selezione degli affittuari, con

	<p>particolare riferimento al rischio di morosità ed ai rischi connessi al mancato rilascio dell'alloggio al termine della locazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consentire ad ampie categorie di cittadini di poter accedere al mercato immobiliare privato attraverso la garanzia del soggetto pubblico nei confronti dei proprietari, eventuali forme di supporto economico ed incoraggiando la stipula di contratti di locazione a canone concordato.</li> </ul> <p>In particolare si opererà per consolidare e sviluppare azioni tese al mantenimento/reperimento dell'abitazione, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il consolidamento di iniziative di incontro tra offerta di alloggi in locazione disponibili attraverso apposita collaborazione anche con Acer, dando continuità al progetto Agenzia per la Locazione (Progetto Affitto Casa Garantito);</li> <li>- il consolidamento e lo sviluppo del progetto " Un alloggio in locazione";</li> <li>- la sperimentazione di interventi di co-abitazione (intesa sia come famiglie di ospitanti che come convivenza tra più nuclei): si tratta di proporre forme di coabitazione per coloro che sono soli e che non possono permettersi un'abitazione in autonomia. In tal modo, grazie alla condivisione delle spese ordinarie relative all'alloggio si raggiunge l'obiettivo del mantenimento della casa;</li> <li>- l'individuazione di modalità gestionali di housing sociale per la gestione di posti letto o appartamenti a canone agevolato;</li> <li>- la sperimentazione, in collaborazione con ACER, del progetto di " Portierato sociale".</li> </ul> <p>Proseguire nella erogazione dei contributi a sostegno del pagamento del canone di locazione, depositi .</p> <p>Si opererà inoltre nel coinvolgimento di tutti i soggetti che operano all'interno del territorio ed in particolare il terzo settore al fine di attivare azioni volte al reperimento di alloggi.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sperimentazione dell'utilizzo dello strumento del budget di salute per persone con fragilità multiple, in particolare tale strumento prevede la costruzione di una progettualità condivisa tra servizi sociali e sanitari, terzo settore, rete informale del territorio e la persona beneficiaria dell'intervento.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sanitari, Centro per l'Impiego, terzo settore ACER
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 1 Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 2
<b>Risorse non finanziarie</b>	L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all'Azienda Usl, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07," la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente

normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)". Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.

Criterio riparto spese:

- Area A appalto disabili: 50% FRNA e 50% Comuni (tra i comuni 50% pop. res. 15-64 anni al 31/12/2016 e 50% utenti al 31/12/2018);
- Criterio riparto finanziamenti regionali e FCRM pop. res. 15-64 anni al 31/12/2016;
- Fondi mobilità riparto pop residente 15/64 anni al 31/12/2016.

Morosità incolpevole si mantiene l'assegnazione a ciascun Comune come disposto dalla Regione.

## Totale preventivo 2018: € 1.278.041,32

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **87.845,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **136.411,06 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **58.702,00 €**
- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **316.921,00 €**
- FRNA: **3.676,02 €**
- Altri fondi regionali (€ 33.846,47 *FONDI MOBILITA'* - € 90.170,37 *FONDI REGIONALI INQUILINI MOROSI INCOLPEVOLI*): **124.016,84 €**
- Altri soggetti privati (*FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO ANNO 2018*): **300.000,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA*): **250.469,40 €**

## Indicatori locali: 14

### 1°: n. percorsi di attivazione avviati

**Descrizione:** n. percorsi di attivazione avviati

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 140
- **Obiettivo 2019:** 140
- **Obiettivo 2020:** 140

### 2°: n. persone occupate a seguito dei percorsi di inserimento lavorativo

**Descrizione:** n. persone occupate a seguito dei percorsi di inserimento lavorativo

**Tipo:** Numerico

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

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

### 3°: N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi

**Descrizione:** numero pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 30

- Obiettivo 2019: 30
- Obiettivo 2020: 30

**4°: N. persone senza dimora prese in carico**

**Descrizione:** N. persone senza dimora prese in carico

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 8 - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 7
- Obiettivo 2019: 7
- Obiettivo 2020: 7

**5°: N. persone inserite in esperienze di co-housing e di Housing first/Housing Led**

**Descrizione:** N. persone inserite in esperienze di co-housing e di Housing first/Housing Led

**Tipo:** Numerico

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

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

**6°: N. posti in accoglienza suddivisi in: H24, notturni, diurni.**

**Descrizione:** N. posti in accoglienza suddivisi in: H24, notturni, diurni.

**Tipo:** Numerico

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

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

**7°: N. domande presentate e n. domande accolte per il SIA/REI**

**Descrizione:** N. domande presentate e n. domande accolte per il SIA/REI

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** n. 247 presentate - n. 59 accolte - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: n. 300 presentate
- Obiettivo 2019: n. 300 presentate
- Obiettivo 2020: n. 300 presentate

**8°: N. domande presentate e n. domande accolte per il RES**

**Descrizione:** N. domande presentate e n. domande accolte per il RES

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** n. 51 accolte - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: n. 17 presentate - n. 9 accolte
- Obiettivo 2019: 0
- Obiettivo 2020: 0

**9°: N. assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del fondo / n. di progetti individuali/familiari realizzati**

**Descrizione:** N. assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del fondo / n. di progetti individuali/familiari realizzati

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2/53 - **Riferita al:** 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 2/70
- Obiettivo 2019: 2/80
- Obiettivo 2020: 2/80

**10°: Tasso di turnover annuale all'interno degli alloggi ERP / n. familiari che subentrano a vecchi inquilini**

**Descrizione:** Tasso di turnover annuale all'interno degli alloggi ERP / n. familiari che subentrano a vecchi inquilini

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 3,26% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 5%

- **Obiettivo 2019:** 5%

- **Obiettivo 2020:** 5%

**11°: N. famiglie presenti graduatorie accesso ERP**

**Descrizione:** N. famiglie presenti graduatorie accesso ERP

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 449 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 483

- **Obiettivo 2019:** 483

- **Obiettivo 2020:** 483

**12°: N. alloggi ERP suddivisi per comune**

**Descrizione:** N. alloggi ERP suddivisi per comune

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 461 (Bastiglia n. 23; Bomporto n. 68; Castelfranco Emilia n. 237; Nonantola n. 74; Ravarino n. 54; San Cesario Sul Panaro 5) - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 461

- **Obiettivo 2019:** 461

- **Obiettivo 2020:** 461

**13°: N. di persone per le quali viene utilizzato lo strumento di valutazione delle fragilità**

**Descrizione:** n. di persone per le quali viene utilizzato lo strumento di valutazione delle fragilità

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 46 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** n. 100

- **Obiettivo 2019:** n. 100

- **Obiettivo 2020:** n. 100

**14°: N. persone che sottoscrivono il progetto personalizzato**

**Descrizione:** n. persone che sottoscrivono il progetto personalizzato

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** n. 150

- **Obiettivo 2019:** n. 150

- **Obiettivo 2020:** n. 150



## 11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d’iniziativa
- 8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
- 9 Medicina di genere
- 11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
- 12 Sostegno all’inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
- 32 Promozione dell’equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL - Azienda USL di Modena: Via S. Giovanni del cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	L’azienda si impegna a promuovere politiche e azioni di contrasto alle disuguaglianze sull’accesso alle prestazioni, ai servizi di salute in generale, alle cure in modo che tutti i cittadini abbiano a fronte di stessi bisogni, stesse opportunità assistenziali.
<b>Razionale</b>	A livello aziendale, 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 So-ciale 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.
<b>Destinatari</b>	Cittadine/i, professionisti dell’azienda USL.
<b>Azioni previste</b>	1. già presente il referente equità nella direzione operativa dell’azienda; 2. adozione del piano strategico equità; 3. utilizzo di strumenti e metodologie per programmare interventi a contrasto di eventuali disuguaglianze; 4. attività di sensibilizzazione dei professionisti; 5. monitoraggio degli equity audit già avviati (diabete e percorso nascita).
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	scheda 15 - potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi; equia prp; scheda 9 medicina di genere; scheda 32 equità d’accesso alle prestazioni; 1. case della salute e medicina d’iniziativa 8. promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale; 12. sostegno all’inclusione delle persone straniere neo-arrivate.

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali, associazionismo.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Costantino Rosa Responsabile Reputation & Brand – mail r.costantino@ausl.mo.it tel. 059/435413
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 6

### **1°: A presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità**

**Descrizione:** presenza referenti aziendali equità

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

### **2°: presenza referenti aziendali equità e board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità**

**Descrizione:** presenza board aziendali – o altre forme di coordinamento - per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

### **3°: Adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione)**

**Descrizione:** Adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione)

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

### **4°: applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio**

**Descrizione:** applicazione di almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

**5°: raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment**

**Descrizione:** raggiungimento indicatori Piano regionale prevenzione in relazione a utilizzo strumenti di equity assessment

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**6°: evidenza di valutazione impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche**

**Descrizione:** evidenza di valutazione impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

## 12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Completato

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E.(MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 Posta elettronica certificata: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), al fine di rispondere a particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa).</p> <p>In relazione ai flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, occorre consolidare una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Accoglienza e del Piano Nazionale Integrazione così come previsti dal Dlgs 142/2015.</p>
<b>Razionale</b>	<p>L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia-Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di adeguate risposte in una ottica preventiva e promozionale. Nel corso degli ultimi anni le caratteristiche dei flussi in ingresso sono significativamente cambiate: si registra un forte incremento di flussi "non programmati" di migranti richiedenti protezione internazionale (all'interno dei quali si registra una significativa quota di specifici target particolarmente vulnerabili come donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.) un ridimensionamento degli ingressi per lavoro ed una sostanziale stabilità di quelli per ricongiungimento familiare. In merito ai primi si è di recente sviluppato, accanto all'accoglienza nell'ambito dello SPRAR la cui gestione è in capo agli Enti locali, un sistema di prima accoglienza "straordinaria" (CAS) di esclusiva competenza governativa che si sta gradualmente insediando in tutti i Comuni della regione.</p> <p>In risposta a tale nuovo scenario, il sistema dei servizi regionali e locali è sollecitato alla definizione di risposte tempestive e competenti in termini interculturali, finalizzate a: supportare in termini specialistici la prima accoglienza di natura statale (HUB, CAS, SPRAR), sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o</p>

	<p>esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale. Più in generale occorre rinnovare nel territorio un impianto di interventi e servizi di accoglienza ed integrazione, in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito del sistema di welfare universalistico.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone appartenenti a Paesi terzi neo arrivate in Italia, con attenzione a particolari vulnerabilità (es. donne sole, minori non accompagnati, tratta...).</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Relativamente alle azioni volte a sostenere l'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria, si intende procedere attraverso :</p> <p>1. Informazione, orientamento e consulenza : prosecuzione dell'attività dello sportello informativo stranieri, il quale garantisce :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informazioni e orientamento del cittadino straniero;</li> <li>- verifica e prenotazione del ritiro dei titoli di soggiorno e nulla osta presso Questura e Prefettura di Modena;</li> <li>- distribuzione di materiale informativo sulle attività organizzate sul territorio;</li> <li>- gestione attività burocratiche previste dai protocolli d'intesa con l'Ufficio Immigrazione della Questura di Modena e con lo Sportello Unico per L'immigrazione della Prefettura di Modena</li> <li>- rilascio e compilazione modulistica per l'ingresso e la permanenza dei cittadini stranieri sul territorio italiano.</li> </ul> <p>In particolare si intende in linea con quanto previsto in altri ambiti sviluppare l'integrazione tra i vari punti di accesso anche coinvolgendo i competenti uffici periferici dello stato o analoghi sportelli attivati dal terzo settore o da altri enti, nonché sistematizzare la rete degli sportelli specialistici rivolti alla cittadinanza straniera.</p> <p>2. Mediazione e promozione culturale : utilizzo di mediatori interculturali nei servizi, tali da facilitare sia la ricognizione dei bisogni degli utenti sia l'ottenimento di adeguate prestazioni da parte dei servizi, anche attraverso attività di aggiornamento professionale in ambito interculturale rivolte al personale degli Enti e del terzo settore.</p> <p>Sviluppo di azioni educative e promozionali di contrasto alle discriminazioni e aggiornamento del sistema locale contro le discriminazioni, quali :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iniziative pubbliche di informazione e orientamento sui temi connessi all'immigrazione straniera ed allestimento di iniziative di tipo artistico, culturale e sportivo finalizzate a promuovere occasioni di reciproco confronto e conoscenza tra cittadini stranieri e italiani. In tale ambito sono ricompresi progetti di dialogo interculturale e/o interreligioso finalizzati a favorire la conoscenza e l'accettazione reciproca; promozione e valorizzazione delle diverse ed inedite identità culturali di cui i giovani di origine straniera sono portatori con particolare attenzione alla realizzazione di percorsi di cittadinanza attiva e protagonismo civico dei giovani nei contesti territoriali e scolastici.</li> <li>- sostegno e confronto con associazioni promosse da cittadini stranieri,</li> </ul> <p>3. Alfabetizzazione: sostegno all'apprendimento della lingua italiana rivolta agli adulti al fine di garantire continuità di presenza dell'offerta formativa nel territorio, anche avvalendosi dei Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione degli adulti, sulla base di specifici accordi territoriali.</p> <p>4. Sviluppo sinergie con il terzo settore per favorire l'inclusione sociale e l'integrazione dei cittadini stranieri.</p> <p>Promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale .</p> <p>Presso tutti i Comuni aderenti all'Unione sono accolti richiedenti protezione internazionale nell'ambito del sistema di prima accoglienza " straordinaria" CAS di competenza della Prefettura; presso i Comuni di Bomporto, Castelfranco e Nonantola</p>

	sono altresì accolti richiedenti nell'ambito del progetto SPRAR, la cui gestione è in capo all'Unione stessa. Obiettivo dell'Unione è la prosecuzione/sviluppo di attività di volontariato, anche attraverso la sottoscrizione con le realtà associative del territorio di apposito protocollo d'intesa come da DGR 1455/2017, finalizzate all'integrazione sociale delle persone accolte nell'ambito dei programmi governativi ( CAS) e degli Enti Locali ( SPRAR) .
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl, Terzo Settore, CPIA
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 1 Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 2
<b>Risorse non finanziarie</b>	I finanziamenti regionali sono suddivisi tra i Comuni aderenti all'Unione sulla base della popolazione straniera residente al 31/12/2016. Le spese relative ai Protocolli con Questura e Prefettura sono suddivise con il medesimo criterio.

## Totale preventivo 2018: € 120.682,28

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **29.281,00 €**
- Altri fondi regionali (*F SOCIALE LOCALE DGR 1867/2017 e DGR 649/2017 QUOTA REGIONE ANNO 2017 PROGRAMMATA SUL 2018 E CONTRIBUTO REGIONALE PER EMERGENZA PROFUGHI*): **6.549,82 €**
- Unione di comuni (*UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA*): **84.851,46 €**

## Indicatori locali: 3

### 1°: corsi di lingua italiana

**Descrizione:** N. beneficiari corsi lingua italiana realizzati nell'ambito del Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana;

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 107 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 133

- **Obiettivo 2019:** 133

- **Obiettivo 2020:** 133

**2°: N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale** **Descrizione:** N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale;

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 36 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 36

- **Obiettivo 2019:** 36

- **Obiettivo 2020:** 36

**3°: N. soggetti in carico ai programmi di assistenza del progetto regionale Oltre la Strada**

**Descrizione:** N. soggetti in carico ai programmi di assistenza del progetto regionale Oltre la Strada

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

### 13. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Completato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena - Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena - T. +39.059.435111 - P.IVA - 02241850367 Posta elettronica certificata: auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	

<b>Descrizione</b>	<p>Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale:</p> <p>Applicazione delle disposizioni previste dalla Regione Emilia Romagna per garantire l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali- Il presente intervento prevede una serie di azioni coordinate e strutturate finalizzate alla corretta applicazione delle sanzioni per ritardate o mancate disdette di prenotazioni di specialistica ambulatoriale, nel rispetto delle condizioni operative dettate dalla Regione nella Circolare 4 bis del 4 dicembre 2016.</p> <p>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesan-te, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - Il presente intervento prevede una serie di azioni che coinvolgono medici di medicina generale, specialisti e direzioni sanitarie al fine di condividere appropriati percorsi clinico-organizzativi di accesso alle prestazioni nell'ottica di promuovere un utilizzo efficiente delle risorse e di facilitare la presa in carico dei bisogni di salute del cittadino.</p> <p>Incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito: Le azioni previste dal presente intervento coinvolgono medici specialisti e direzioni sanitarie al fine di favorire percorsi clinico-organizzativi di presa in carico diretta dei cittadini da parte delle strutture sanitarie presso cui sono in cura per l'effettuazione dei follow-up e degli approfondimenti di secondo livello.</p>
<b>Razionale</b>	<p>La garanzia dell'effettiva accessibilità alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano uno degli esempi del tema in oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione.</p> <p>Proprio per questo alto valore al contempo simbolico e sostanziale, il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.</p> <p>L'applicazione della Legge Regionale 2/2016 art 23, della DGR. 377 del 22/03/2015 e successive circolari operative, costituisce una delle azioni prioritarie con le quali la Regione Emilia Romagna intende garantire il rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sanzionando i comportamenti contrari al</p>



	<p>corretto utilizzo delle risorse destinate a garantire l'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione.</p> <p>Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla diagnostica pesante, rappresenta un obiettivo prioritario per la Regione Emilia-Romagna. A tale proposito la DGR 704/2013 ha definito le condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM e la DGR 1056/2015 ha posto l'appropriatezza tra gli obiettivi da conseguire per il contenimento dei tempi di attesa. Anche l'intesa sottoscritta il 2 luglio 2015 fra Governo e Regioni sulle misure di razionalizzazione ed efficientamento del Servizio Sanitario Nazionale ha posto particolare enfasi sulle condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di inappropriata.</p> <p>La presa in carico dei cittadini con patologie croniche o che necessitano di visite/esami di secondo livello o di percorsi di follow-up è stato individuato tra gli obiettivi prioritari della Regione Emilia-Romagna, così come ribadito nella DGR 1056/2015, nell'ottica di garantire continuità delle cure e dell'assistenza, nonché facilitazione dell'accesso alle prestazioni.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>L'intera popolazione: l'intervento viene realizzato su tutto il territorio provinciale (Provincia di Modena), con riferimento alle prenotazioni di specialistica ambulatoriale erogate da tutti gli erogatori pubblici presenti sul territorio aziendale e da quelli privati accreditati per la specialistica ambulatoriale medici prescrittori.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione dei criteri clinici di appropriatezza prescrittiva e dei percorsi di accesso in collaborazione con medici specialisti, medici di medicina generale e direzione sanitaria. Diffusione degli stessi ai prescrittori. In tale ambito viene dedicata particolare attenzione alla predisposizione ed all'aggiornamento continuo del catalogo urgenze della Provincia di Modena contenente le indicazioni clinico-organizzativa per le prestazioni richiedibili con priorità urgente.</li> <li>2. Organizzazione di momenti informativi e formativi con medici specialisti e medici di medicina generale (riunioni di nucleo di cure primarie) sui criteri clinici di appropriatezza prescrittiva.</li> <li>3. Definizione e utilizzo di strumenti di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.</li> <li>4. Definizione di percorsi clinico-organizzativi di presa in carico rispetto alle principali patologie croniche, con particolare attenzione a quelle oncologiche, e alle prestazioni di secondo livello o di percorsi di follow-up.</li> <li>5. Sviluppo dei day service ambulatoriale quale modalità organizzativa volta a favorire la tempestività e la continuità della presa in carico.</li> <li>6. Definizione di obiettivi di budget per le UU.OO. relativi alla presa in carico delle casistiche sopra descritte.</li> <li>7. Promozione dell'utilizzo di applicativi per la presa in carico tramite prenotazione diretta dello specialista su agende interne.</li> <li>8. Spostamento delle disponibilità per visite di controllo e prestazioni di II livello da agende CUP ad agende interne.</li> <li>9. Definizione e utilizzo di strumenti di monitoraggio della presa in carico.</li> <li>10. Definizione delle posizioni da sanzionare attraverso procedure informatiche che mettono a confronto le prestazioni di specialistica effettivamente erogate e le prenotazioni di specialistica ambulatoriale;</li> <li>11. Trasmissione dei verbali di accertamento e di richiesta di pagamento delle sanzioni, tramite notifica di atto giudiziario;</li> <li>12. Attivazione di un canale di raccolta informatizzato, tramite casella di posta elettronica dedicata, delle motivazioni che hanno impedito il rispetto dei termini di disdetta, che vengono valutate sulla base dei criteri fissati dalla normativa;</li> <li>13. Disponibilità di una linea telefonica dedicata alle contestazioni e richieste di chiarimenti, anche in merito alle finalità dell'azione sanzionatoria;</li> </ol>

	14. Verifica della efficacia dell'attività sanzionatoria nei tre anni, desumibile dalla progressiva auspicata riduzione del rapporto tra: n. sanzioni annuali/n.prenotazioni annuali.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Le parti sociali; gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie; le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).
<b>Referenti dell'intervento</b>	Fabbri Giuliana – Responsabile dell'accesso alla specialistica ambulatoriale – mail: giuliana.fabbri@ausl.mo.it tel. 059/435511
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## 14. Promozione delle pari opportunità e contrasto alla violenza di genere

Completato

Riferimento scheda regionale

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

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL e UNIONE DEL SORBARA - Azienda USL di Modena:Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it - UNIONE DEL SORBARA:P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E.(MO) P.I.02716680364 PEC:pec@cert.unionedelsorbara.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>In considerazione dei contenuti delle schede regionali 14 e 25 si ritiene di accorpate i contenuti con le seguenti modalità.</p> <p>A livello locale, la discriminazione ha spesso all'origine pregiudizi e stereotipi, infatti, la Regione è da tempo impegnata nella diffusione di una cultura delle differenze e nel contrasto agli stereotipi. Il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze costituisce infatti un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia. In questo modo si vuole inoltre contribuire anche all'importante obiettivo di contrastare la violenza contro le donne, che dagli stereotipi sessisti trova alimento. Le azioni regionali sono pertanto orientate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere un'attenzione alla prospettiva di genere in tutte le politiche regionali;</li> <li>- sviluppare una cultura più rispettosa delle differenze di genere;</li> <li>- sensibilizzare alle pari opportunità, sviluppare una cultura attenta alle differenze, contrastando gli stereotipi e ogni forma di discriminazione, con particolare attenzione alle giovani generazioni;</li> <li>- promuovere pari possibilità per tutti, uomini e donne, giovani, stranieri, disabili di accesso alle stesse opportunità formative e lavorative e più in generale di vita;</li> <li>- aumentare la consapevolezza del crescente contesto pluriculturale della società regionale, investendo nella diversità, nel dialogo culturale e interreligioso, valorizzando le inedite potenzialità delle "seconde generazioni" e promuovendo una rappresentazione pubblica non stereotipata del fenomeno migratorio con politiche in ambito culturale, sportivo e comunicativo;</li> <li>- promuovere un contesto sociale non discriminatorio potenziando iniziative di prevenzione, educazione e sensibilizzazione sulla parità di trattamento e la lotta al razzismo, in raccordo con le azioni del Centro regionale contro le discriminazioni.</li> </ul> <p>L'educazione alla differenza va promossa fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano modelli di riferimento, è pertanto importante un'integrazione maggiore con la scuola, anche attraverso la promozione e il sostegno di progetti dedicati a queste tematiche.</p>
--------------------	--

	<p>Anche per le persone con disabilità è necessario assicurare un'azione specifica di contrasto alle discriminazioni sia dirette che indirette, non solo dando attuazione alle azioni puntuali che il quadro normativo prevede nel caso di discriminazioni accertate, ma anche promuovendo in termini più generali un cambiamento di tipo culturale, in particolare da parte delle nuove generazioni, che è lo strumento più potente per costruire contesti sociali realmente capaci di realizzare l'integrazione.</p> <p>RELATIVAMENTE AL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE:</p> <p>A livello aziendale, il Piano Regionale individua quali aree di intervento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;</li> <li>2 la protezione e il sostegno verso l'autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita dalla violenza;</li> <li>3 il trattamento per gli uomini autori di violenza;</li> <li>4 le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.</li> </ol>
<p><b>Razionale</b></p>	<p>RELATIVAMENTE ALLE PARI OPPORTUNITA'</p> <p>Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e alle cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione.</p> <p>L'approvazione della LR 6/2014 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere" rappresenta una tappa importante verso la piena realizzazione delle pari opportunità ed il contrasto delle discriminazioni nella nostra Regione, culmine di un percorso intrapreso da anni su questi temi.</p> <p>La principale finalità della L.R. (art. 2 I comma) è rimuovere "ogni forma di disuguaglianza pregiudizievole, nonché di ogni discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone, in particolare delle bambine, delle ragazze e delle donne, che di fatto ne limiti la libertà, impedisca il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Regione". Con approccio trasversale, la L.R. 6/14 affronta gli ambiti discriminatori della soggettività femminile nella società agendo su vari fronti, dall'occupazione a una corretta rappresentazione della donna sui media, dalla salute e benessere femminile, alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere.</p> <p>Per la Regione Emilia-Romagna la rimozione di qualsiasi forma di discriminazione, la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne e l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche (mainstreaming di genere) costituiscono un importante obiettivo della propria azione: tenere presente la variabile di genere è infatti determinante perché donne e uomini vivono situazioni di vita differenti, hanno diversi bisogni, risorse ed opportunità.</p> <p>Nel Patto per il lavoro, siglato il 20 luglio 2015 e recepito con DGR n. 1646/2015, si richiama l'importanza di valorizzare e rafforzare il ruolo che le donne svolgono nell'economia e nella società regionale attraverso vari strumenti, tra cui i servizi pubblici per l'impiego e politiche attive per il lavoro, l'incentivazione e la qualificazione dell'occupazione e dell'imprenditoria femminile. Analogamente importante permane l'attenzione al ruolo del welfare e dell'offerta dei servizi alle famiglie, rispetto alla priorità dell'occupazione femminile. L'armonizzazione tra vita e lavoro è uno degli ostacoli principali all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Gli interventi volti ad ottenere una migliore integrazione tra vita lavorativa e vita familiare sono considerati strategicamente importanti al fine di affrontare una serie di problematiche sociali, quali, ad esempio, i mutamenti nella composizione della forza lavoro, nelle forme di organizzazione del lavoro, nell'individuazione di un nuovo welfare, e negli sviluppi demografici.</p> <p>Anche le persone con disabilità sono spesso vittime di discriminazioni dirette subendo in vari ambiti trattamenti meno favorevoli in ragione della propria condizione di</p>

	<p>disabilità. Occorre inoltre non trascurare le cosiddette discriminazioni indirette che si hanno quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone.</p> <p>La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18) stabilisce che per discriminazione fondata sulla disabilità "si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo". La convenzione impegna pertanto gli stati membri, anche a livello locale, "ad adottare tutte le misure adeguate ad eliminare la discriminazione sulla base della disabilità da parte di qualsiasi persona, organizzazione o impresa privata". Tali attività vengono realizzate con il coinvolgimento di Province e Città metropolitana. Infatti, ai sensi dell'art. 1 comma 85 della L. 56/2014, alle Province e Città metropolitane è attribuita la funzione fondamentale relativa a "...controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio".</p> <p><b>RELATIVAMENTE AL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE:</b></p> <p>A livello aziendale, la Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere", dedica il titolo V "Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere", alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell'ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l'obiettivo di prevenire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Tutti i cittadini.</p> <p>Donne vittime di violenza di genere, uomini che agiscono la violenza di genere</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>A livello locale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promuovere una cultura delle pari opportunità con particolare attenzione alle giovani generazioni, anche attraverso il sostegno a progetti su queste tematiche e ad attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere. Prosecuzione del Progetto "Educare alle Differenze" in collaborazione con il Terzo Settore.</li> <li>2. Promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e una cultura della condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura di bambini, anziani e disabili, sostenendo lo sviluppo del Welfare Aziendale.</li> <li>3. Azioni volte a garantire la tutela delle donne vittime di violenza così come previsto dalle "Linee d'indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere" approvate con DGR 1677/2013; anche proseguendo nel lavoro di collaborazione con le associazioni femminili e i centri antiviolenza che, a vario titolo, sono attivi sul territorio provinciale per contrastare la violenza, l'abuso e il maltrattamento delle donne, finalizzato alla conoscenza del fenomeno e della sua diffusione a livello territoriale, alla raccolta di dati e informazioni, al confronto su criticità ed esperienze, alla programmazione di possibili interventi mirati; l'Unione garantirà altresì attraverso la co - progettazione con associazioni di volontariato/promozione sociale, l'attivazione a livello distrettuale di n.2 punti di accesso - accoglienza rivolti alle donne vittime di violenza, i quali saranno tenuti ad integrarsi con gli altri punti di accesso formali ( servizio sociale territoriale, Centro per le famiglie, Consultorio...) ed informali del territorio ( scuola,servizi educativi, associazioni,parrocchie..).</li> <li>4. Implementare il tavolo permanente per le politiche di genere in attuazione</li> </ol>

	<p>della L.R. 6/2014, quale sede di condivisione, riflessione e confronto sulle tematiche che impattano sulla dimensione di genere a livello regionale, prevedendo anche il confronto delle azioni positive territoriali.</p> <p>5. Azioni formative rivolte agli operatori dell'area sociale e sanitaria congiuntamente alle forze dell'Ordine ed alle Associazioni per la qualificazione della risposta alle donne vittime di violenza.</p> <p><b>AZIONI AZIENDALI RELATIVE AL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. partecipazione all'osservatori regionale violenza di genere.</li> <li>2. partecipazione al tavolo provinciale prefettizio e alla raccolta dati da esso promossa.</li> <li>3. rafforzare il lavoro integrato della rete distrettuale di prevenzione, accoglienza e accompagnamento delle donne che subiscono violenza di genere.</li> <li>4. prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza e loro monitoraggio (Centri Liberiamoci dalla violenza-LDV).</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Il carattere di questo intervento è necessariamente trasversale e integrato con diversi settori delle politiche regionali e locali, in particolare con l'area della scuola, della formazione professionale, dell'Università, del lavoro, educativa, delle attività produttive. Per quanto riguarda le pari opportunità di genere e per lo sviluppo del mainstreaming, a livello regionale molto importante è il ruolo dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali (art. 39 LR 6/2014).</p> <p>Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>AUSL, UNIONE DEL SORBARA, TERZO SETTORE</p> <p>Tutti quelli delle reti: Prefettura, Forze dell'ordine (carabinieri, polizia e polizia municipale), case delle donne contro la violenza, consultori famigliari compresi il centro LDV di Modena, cure primarie, pronti soccorso generali e ostetrico-ginecologici, servizi sociali, centri per le famiglie, associazioni delle donne (donne e giustizia), Magistratura, associazioni avvocati.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione          Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione          Responsabili Servizi Scolastici Comuni di Bastiglia, Bomporto, Castelfranco Emilia, Nonantola, Ravarino e San Cesario.</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Il finanziamento ed il co-finanziamento del progetto "Educare alla differenza" è ripartito tra i Comuni partecipanti all'Unione sulla base della pop. residente al 31/12/2016.</p>

**Totale preventivo 2018: € 269.378,00**

- Altri fondi regionali (*FIN.TO PER PROGETTO EDUCARE ALLE DIFFERENZE*): **4.500,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): **264.878,00 €**

**Indicatori locali: 7**

**1°: attività del Tavolo permanente per le politiche di genere;**

**Descrizione:** attività del Tavolo permanente per le politiche di genere;

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 1 report

- **Obiettivo 2019:** 1 report

- **Obiettivo 2020:** 1 report

**2°: progetti finanziati con bando regionale a sostegno della diffusione della cultura delle pari opportunità;**

**Descrizione:** progetti finanziati con bando regionale a sostegno della diffusione della cultura delle pari opportunità;

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

**3°: monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV);**

**Descrizione:** monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV);

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**4°: avvio sistema informativo per monitoraggio presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Centri antiviolenza e case rifugio)**

**Descrizione:** avvio sistema informativo per monitoraggio presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Centri antiviolenza e case rifugio)

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**5°: A monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV) Liberiamoci Dalla Violenza**

**Descrizione:** numero centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV) Liberiamoci Dalla Violenza

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**6°: tilizzo fondi regionali a sostegno della rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio**

**Descrizione:** riparto fondi regionali a sostegno della rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**7°: monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV) Liberiamoci Dalla Violenza**

**Descrizione:** monitoraggio attività: numeri utenti complessivo centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV) Liberiamoci Dalla Violenza

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S



## 15. Interventi nei primi 1000 giorni di vita e a sostegno alla genitorialità

Completato

Riferimento scheda regionale

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

16 Sostegno alla genitorialità

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL e UNIONE DEL SORBARA-AUSL di Modena: Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO PI 02241850367 PEC: auslmo@pec.ausl.mo.it-UNIONE DEL SORBARA: P.zza della Vittoria, 8-41013 Castelfranco E.(MO) Tel. 059800711-Fax 059818033 PEC: <a href="mailto:pec@cert.unionedelsorbara.mo.it">pec@cert.unionedelsorbara.mo.it</a></b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;D;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>A livello aziendale, l'obiettivo prioritario è ridurre lo svantaggio sociale che si accumula dai primissimi mesi di vita attraverso interventi a sostegno della genitorialità positiva dal concepimento ai primi due anni di vita.</p> <p>Combattere lo svantaggio socio - culturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale.</p> <p>Oggi si registra un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un processo di riduzione delle relazioni sociali.</p>
<b>Razionale</b>	<p>A livello aziendale, i primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo neurologico e psicologico della/del bambina/o.</p> <p>Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di fornire che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali.</p> <p>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.</p> <p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale.</p> <p>Le famiglie e le relazioni che si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Genitori e loro bimbi nei primi due anni di vita, donne in gravidanza e loro partner e famigliari.</p> <p>Famiglie con figli piccoli, figli adolescenti, figli giovani-adulti.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Premesso che tra le priorità da svilupparsi nel triennio di vigenza del piano di zona per la salute ed il benessere (vedi cap. 2. scelte Strategiche e priorità) vi è il potenziamento in particolare dell'integrazione gestionale e professionale a favore di bambini e adolescenti, attraverso lo sviluppo di equipe territoriali e di secondo livello,</p>

che garantiscono presa in carico e progettazione individualizzata, oltre che il potenziamento dell'integrazione tra i servizi socio-sanitari ed i servizi culturali ed educativi del territorio in particolare per la realizzazione di progettualità rivolte ai minori nei primi anni di vita ed a sostegno della genitorialità.

Relativamente al POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA (scheda n. 15 del PSSR) si prevede la realizzazione da parte dell'Azienda USL delle seguenti azioni:

1. mappatura dei servizi presenti sul territorio a sostegno dei genitori fin dalle prime settimana di vita e valutazione delle modalità di lavoro e integrazione a sostegno dei genitori
2. potenziamento dell'assistenza al percorso nascita con l'obiettivo di offrire attivamente , a partire dai distretti di Pavullo e dell'area nord, l'assistenza ostetrica a tutte le donne in gravidanza e nel post parto .
3. offerta attiva dello screening della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti
4. promozione e sostegno dell'allattamento e dell'attaccamento madre-bambino, con anche nuove metodiche quali il pelle a pelle subito dopo il parto e "allattare rilassate"
5. dimissioni appropriate madre bambina/o dopo il parto garantendo la continuità assistenziale: appuntamento col pdls per il neonato e con l'ostetrica del consultorio per la donna
6. promuovere e potenziare le attività di sostegno alla genitorialità positiva quali nati per leggere, nati per la musica...
7. utilizzare l'home visiting quale strumento di sostegno alla genitorialità nei casi concordati
8. definizione di un progetto integrato tra servizi sociali e sanitari ed educativi nei primi anni di vita del bambino e delle loro famiglie.

#### AZIONI LOCALI

Premesso che i Comuni di Bastiglia, Bomporto, Castelfranco Emilia, Nonantola, Ravarino e San Cesario hanno sottoscritto apposita convenzione per garantire la qualificazione dei servizi per l'infanzia, finalizzata a realizzare:

- la programmazione educativa e didattica come prassi di lavoro del gruppo degli educatori dei servizi per l'infanzia;
- la continuità educativa con altri soggetti formativi quali le istituzioni scolastiche, la famiglia e la rete dei servizi territoriali;
- la partecipazione delle famiglie, sia mediante strategie tese al coinvolgimento dei genitori nella condivisione del progetto educativo, sia attraverso iniziative di formazione/informazione aperte al territorio;
- la collegialità come confronto costruttivo e assunzione di responsabilità all'interno dei singoli servizi e abitudine al confronto e alla circolazione delle esperienze tra i diversi comuni;
- la promozione e il mantenimento della messa in rete, nell'ambito di un progetto di qualificazione unitario, di tutti i servizi per l'infanzia, comprese i servizi di nido in appalto.

Gli interventi di qualificazione previsti dalla sopraccitata convenzione riguardano:

- il coordinamento pedagogico;
- la formazione permanente degli operatori per l'infanzia;
- i progetti di continuità e raccordo interistituzionale 0-6 anni, che vedono coinvolti anche i servizi privati del territorio distrettuale.

A livello locale :

L'Unione, quale anche declinazione territoriale delle azioni previste dall'AUSL a livello aziendale, intende realizzare quanto segue:

1. Consolidamento e sviluppo del sistema dei servizi 0/3 e potenziamento del raccordo

con le scuole dell'infanzia comunali/statali/paritarie, qualificazione dei servizi per l'infanzia.

2. Sperimentazione di un progetto, rivolto ai bambini nei primi anni di vita ed alle loro famiglie, che preveda la collaborazione tra servizi sociali, sanitari ed educativi.

In particolare i servizi educativi del territorio intendono avviare una progettualità, sostenuta anche con risorse private, finalizzata tra l'altro a sviluppare l'offerta qualitativa dei servizi per la prima infanzia, a favorire azioni per l'infanzia tese a promuovere il benessere psicofisico, lo sviluppo cognitivo, sociale e le competenze relazionali dei bambini e delle bambine, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze nonché a favorire il coinvolgimento dei genitori, delle famiglie e della comunità.

Il progetto si propone di realizzare le seguenti azioni, da svilupparsi in sinergia e collaborazione con il centro per le famiglie e con i servizi sociali e sanitari ( in particolare Consultorio familiare, NPIA, Pediatrie di Comunità) del territorio:

- analisi delle esigenze del territorio tramite ricerca scientifica;
- attivazione di nuova proposta educativa scaturita dalla risultanza della ricerca svolta con riferimento alla popolazione 12/36 mesi;
- attivazione di servizio consulenza educativa 0/6;
- potenziamento albo Baby Sitter comunale;
- convegno di restituzione e verifica dei risultati azioni attuate;
- socializzazione di buone prassi nel territorio distrettuale;
- integrazione del servizio nido per aumento straordinario delle domande del servizio nel territorio di Nonantola;
- integrazione di offerta dei servizi 0/3 con spazio rivolto a bambini e genitori – Centro Bambini e Famiglie.

In collaborazione tra i servizi sociali - sanitari - educativi si intende altresì elaborare una " mappa per i neo genitori" volta a sostenere i genitori nel momento di nascita del figlio/a, contenente informazioni generali rispetto a:

- scadenze di prima necessità ( iscrizione al servizio sanitario, scelta del pediatra, calendario vaccinale..)
- opportunità di vario tipo per orientare scelte funzionali alle esigenze dei singoli nuclei familiari (accesso a contributi economici, sistema dei servizi educativi ..).

3. Attivazione di gruppi ed azioni di sostegno tra famiglie per facilitare l'auto mutuo aiuto offrendo un sostegno pratico ed emotivo nella quotidianità per accompagnare i neo-genitori in questi particolari periodi che influenzano, lo sviluppo del bambino: da svilupparsi in particolare attraverso l'individuazione di spazi in cui garantire la realizzazione di occasioni di incontro per mamme con bambini 0/3 che prevedono momenti di confronto con professionisti (in particolare nell'ambito sanitario ed educativo del territorio).

4. Sviluppo, implementazione ed inserimento nella rete territoriale di mamme con funzione di peer educator.

5. Prevenzione delle situazioni di fragilità sociale con l'attivazione di interventi domiciliari per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita: attivazione, in sinergia tra servizi socio-sanitari del territorio, del progetto "home visiting" finalizzato alla promozione delle competenze genitoriali e dei contesti di accudimento. Il progetto, che rientra altresì tra le priorità di rafforzamento del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà ( sezione 4 del Piano ), previsti dall' art. 7 comma 1- D.lgs. 147/2017), mira al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- riconoscimento e segnalazione di situazioni a rischio in adolescenti e giovani adulte in gravidanza e puerperio, con particolare attenzione alle famiglie straniere e svantaggiate.
- accogliimento, valutazione e presa in carico delle situazioni segnalate, individuando il percorso assistenziale integrato specifico.
- attivazione e facilitazione del raccordo fra gli operatori dei Servizi Socio-sanitari-territoriali della rete - promuovere la consapevolezza e le competenze genitoriali e la

qualità della relazione- comunicazione madre-bambino.

- promozione nei contesti di accudimento del bambino (interventi a domicilio) di fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-sanitari-territoriali.
- monitoraggio delle situazioni a rischio attivando eventuali percorsi di tutela minorile.

6. Si intende altresì proseguire nella realizzazione, anche attraverso il centro per le famiglie, di interventi a supporto alla genitorialità, in particolare, così come previsto nel Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-2020, il sostegno alla genitorialità ed il servizio di mediazione familiare costituiscono "Livelli essenziali delle prestazioni" per le famiglie, per cui l'equipe multidisciplinare evidenzia una situazione di bisogno complesso, in cui sia presente un minore nei primi 1000 giorni di vita.

**INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITÀ** (scheda n. 16 del PSSR)

L'Unione intende proseguire nella realizzazione, anche attraverso il centro per le famiglie, di:

1. Interventi a supporto alla genitorialità ed alla promozione di un contesto comunitario solidale, da svilupparsi anche attraverso lo sviluppo delle seguenti aree di intervento:
  - area dell'informazione: avente l'obiettivo di permettere alle famiglie con figli un accesso alle informazioni utili alla vita quotidiana ed alle opportunità del territorio, promuovendo l'integrazione/unitarietà dei punti informativi e di accesso della rete territoriale.
  - Area del sostegno delle competenze genitoriali: valorizzazione delle responsabilità educative dei singoli e delle coppie, promozione e sviluppo delle competenze relazionali, tali attività sono rivolte in particolare modo alle famiglie che necessitano di supporto in alcune fasi di cambiamento del nucleo familiare (nascita di un figlio) o nell'affrontare situazioni particolarmente critiche (percorsi evolutivi dei figli ed eventuale insorgere di problematiche relative alla fase adolescenziale, crisi della coppia, separazione/divorzio ...).
  - Area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie: finalizzata a promuovere il protagonismo delle famiglie con figli nel contesto comunitario e favorire l'attivazione delle risorse personali e familiari in una logica di accoglienza e favorire l'attivazione delle risorse personali e familiari in una logica di accoglienza e partecipazione alla vita sociale, in particolare si intende proseguire, anche attraverso il Centro per le famiglie, nel "Progetto affido" e nel "Progetto di affiancamento familiare" con il quale si mira a promuovere l'attivazione di gruppi di famiglie - risorse e reti di famiglie disponibili a sostenere nella cura dei figli nuclei familiari in difficoltà.
2. Prevedere forme di integrazione economica per le famiglie con figli al fine di incentivare la partecipazione di famiglie svantaggiate alle opportunità sportive, culturali, ricreative del territorio .
3. Tendere ad una progressiva omogenizzazione tra i Comuni compresi nell'ambito distrettuale dei criteri di accesso e delle modalità di agevolazione/ esonero a favore delle famiglie in difficoltà per la frequenza a servizi educativi e/o scolastici del territorio.
4. Prosecuzione e sviluppo di aiuto e di sostegno alle famiglie con figli minori in situazioni di disagio sociale attraverso interventi di sostegno educativo anche domiciliare.
5. prosecuzione interventi socio-educativi domiciliari a sostegno delle funzioni genitoriali e/o dei compiti di cura, affidi a tempo parziale, servizi semi residenziali e attività diurne.
6. Partecipazione al bando regionale al fine di sperimentare il modello P.I.P.P.I. (Programma di intervento per la prevenzione della istituzionalizzazione) nell'ottica di innovare gli strumenti dei professionisti socio-sanitari rivolti al sostegno delle competenze genitoriali.

	<p>7. Favorire l'integrazione, lo scambio ed il confronto tra i punti di accesso.</p> <p>8. Consolidare e sviluppare in una logica di rete la diffusione, anche attraverso le realtà educative e scolastiche del territorio, di azioni volte alla promozione di sani stili di vita, anche proseguendo nella realizzazione delle proposte già avviate dai competenti servizi scolastici dei Comuni.</p> <p>9. Consolidare e sviluppare in una logica di rete la realizzazione di attività culturali rivolte alle famiglie.</p> <p>Le sopracitate azioni a sostegno della genitorialità devono essere attuate in una logica multidisciplinare, sviluppando e implementando l'integrazione tra i servizi ( sociali, sanitari, educativi, scolastici, culturali, sportivi..) al fine di attivare soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità.</p> <p>In particolare relativamente alle famiglie con figli con disabilità, frequentanti servizi scolastici si opererà per favorire l'inclusione scolastica anche attraverso l'elaborazione di Progetto individuale di cui all'art. 14 della Legge 328/00, le cui prestazioni, servizi e misure dovranno essere definite dai competente servizi sociali e sanitari in collaborazione con le istituzioni scolastiche.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Piano Regionale Prevenzione - allattamento - prevenzione dell'obesità infantile.</p> <p>Sani stili di vita.</p> <p>Inclusione Scolastica disabili</p>
<b>Istituzioni/Attori coinvolti</b> <span style="float: right;"><b>sociali</b></span>	<p>Consultori famigliari, cure primarie, pediatria di comunità, centri per le famiglie, servizio sociale, servizi educativi prima infanzia, biblioteche, associazioni del territorio. Istituzioni Scolastiche</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Borsari Silvana – Responsabile Area Consultori – mail. s.borsari@ausl.mo.it tel 059/438099</p> <p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione</p> <p>Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione</p> <p>Responsabili Servizi Scolastici Comuni di Bastiglia, Bomporto, Castelfranco Emilia, Nonantola, Ravarino e San Cesario.</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Il finanziamento regionale viene ripartito tra i Comuni aderenti all'Unione in base alla popolazione residente 0-25 anni al 31/12/2016.</p> <p>Il finanziamento relativo al Centro per le famiglie viene introitato dal Polo 2 dell'Unione e ripartito tra i Comuni di Nonantola, Bomporto, Ravarino e Bastiglia sulla base della popolazione residente al 31/12/2016.</p>

## Totale preventivo 2018: € 4.687.009,20

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **52.707,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **107.500,00 €**
- Centri per le Famiglie: **5.416,39 €**
- Compartecipazione utenti: **962.538,30 €**
- Altri fondi regionali ((30.360€ DGR 2384/2016 - Servizi educativi prima Infanzia - 8.459,29 € FSOCIALE LOCALE DGR 1867/2017 e DGR 649/2017 QUOTA REGIONE ANNO 2017 PROGRAMMATA SUL 2018)): **38.819,29 €**
- Unione di comuni (UNIONE COMUNI DEL SORBARA):**186.413,92 €**

### Risorse comunali: **3.333.614,30 €** di cui:

- COMUNE DI BASTIGLIA: **233.333,40 €**
- COMUNE DI BOMPORTO: **638.325,33 €**
- COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA: **1.339.733,00 €**
- COMUNE DI NONANTOLA: **594.311,97 €**

- COMUNE DI RAVARINO: **203.920,60 €**
- COMUNE DI SAN CESARIO SUL PANARO: **323.990,00 €**

---

## Indicatori locali: 5

---

### **1°: Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS**

**Descrizione:** Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** S(progettazione)
- **Obiettivo 2019:** S(realizzazione)
- **Obiettivo 2020:** S(realizzazione)

### **2°: Attività di rete dei Consulenti familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consulenti, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni**

**Descrizione:** Attività di rete dei Consulenti familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consulenti, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** no
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si

### **3°: evidenza di attività annuali svolte dai centri per le famiglie con particolare riferimento a quelle dell'area sostegno alle competenze genitoriali e all'area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie**

**Descrizione:** MONITORAGGIO di attività annuali svolte dai Centri per le famiglie, con particolare riferimento a quelle dell'area sostegno alle competenze genitoriali (attività di consulenza, counselling di coppia e genitoriale, Mediazione familiare, ecc.) e all'area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie (gruppi di auto-aiuto, gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie, ecc.)

**Tipo:** Testuale

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

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

### **4°: N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)**

**Descrizione:** individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** progettazione
- **Obiettivo 2019:** s
- **Obiettivo 2020:** s

### **5°: N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)**

**Descrizione:** numero donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** al 31.12.2017 Non rilevato - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Attivazione monitoraggio

- **Obiettivo 2019:** -

- **Obiettivo 2020:** -

## 16. Progetto adolescenza

Completato

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Il "Progetto Adolescenza" (approvato con Dgr. 590/13 "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali") si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali .</p> <p>La proposta metodologica è di operare utilizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili, che vanno raccolte e coordinate in un "Progetto Adolescenza" con una programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi e operi in collaborazione con il Terzo settore. Le modalità organizzative del "Progetto Adolescenza" vengono definite nel rispetto delle diverse specificità territoriali e garantiscono continuità tra promozione, prevenzione e cura e appropriatezza degli interventi. Il gruppo di operatori che si coordina nel "Progetto Adolescenza" è multidisciplinare e trasversale a tutti i servizi sociali e sanitari che si occupano di adolescenti.</p> <p>Sono collegati al "Progetto Adolescenza" tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario, compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 di cui alla D.G.R. 771/2015. Il Progetto Adolescenza" si caratterizza per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali (tempo libero, servizio civile, cultura, sport);</li> <li>- integrazione e armonizzazione tra politiche di promozione, prevenzione, sostegno e cura;</li> <li>- contemporaneità di attenzione all'adolescenza, alla comunità e ai legami esistenti e da sviluppare;</li> <li>- organizzazione di interventi in una logica di prossimità (andare verso), affiancamento partecipato e flessibilità;</li> <li>- attenzione e sostegno alle competenze genitoriali;</li> <li>- attenzione e cura alla promozione del benessere scolastico, come fattore di contrasto alla dispersione scolastica e all'insuccesso formativo;</li> <li>- cura delle relazioni tra generi, tra generazioni, tra culture;</li> <li>- collaborazione con il terzo settore;</li> </ul>
--------------------	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- integrazione gestionale delle risorse umane e materiali, infra e interservizi, individuando configurazioni organizzative e modalità di coordinamento tra le attività dei diversi servizi ed enti;</li> <li>- integrazione professionale finalizzata al miglioramento del lavoro interprofessionale.</li> </ul>
<b>Razionale</b>	<p>L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti.</p> <p>Nel territorio distrettuale esistono numerose esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza; tali esperienze sono spesso frammentarie sia per la molteplicità di fattori (e di servizi) che intervengono nella fascia d'età 11-19 anni, che per la difficoltà degli adolescenti ad accedere in modo spontaneo ai servizi e, soprattutto, per la non completa condivisione delle strategie e integrazione degli interventi. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale.</p>
<b>Destinatari</b>	Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori servizi socio - sanitari, educativi, scolastici e del terzo settore.
<b>Azioni previste</b>	<p>Premesso che obiettivo dell'Unione nel periodo di vigenza del Piano è la promozione di interventi/servizi realizzati in una logica di sistema e di integrazione anche avvalendosi delle realtà associative presenti sul territorio, in particolare dal punto di vista metodologico si prevede di :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorare l'attuazione del Progetto adolescenza, con particolare attenzione al coordinamento delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario e tendendo progressivamente, pur nel rispetto delle specificità territoriali, alla definizione a livello distrettuale di linee d'intervento comuni.</li> <li>2. Sviluppare una maggiore connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza : scuola, servizi educativi, servizi sanitari e sociali</li> <li>3. Consolidare e implementare il rapporto con i servizi sanitari per una maggiore diffusione territoriale di interventi finalizzati alla promozione di sani stili di vita.</li> </ol> <p>L'unione intende altresì proseguire nella realizzazione e implementazione dei seguenti interventi/servizi di promozione prevenzione e cura :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promozione di azioni volte a qualificare il tempo libero dei giovani in termini di supporto a progettualità specifiche provenienti dai giovani stessi, all'aggregazione tra coetanei, alla loro crescita sociale, culturale ed espressiva in genere, e più in particolare : <ul style="list-style-type: none"> <li>- incentivazione di spazi di aggregazione giovanile formali ed informali, anche valorizzando esperienze di autogestione in collaborazione con realtà associative.</li> <li>- realizzazione di interventi a carattere ludico nei quali i giovani possano vivere occasioni di socializzazione ed aggregazione .</li> <li>- incentivazione di momenti di aggregazione tra giovani al fine di aumentare il senso di appartenenza ad un'area vasta;</li> <li>- organizzazione di specifiche attività volte a stimolare la creatività tecnica e l'espressione artistica dei giovani, anche con il loro coinvolgimento nei processi decisionali ed attuativi;</li> <li>- creazione di una rete informativa ("Informagiovani" o esperienze analoghe), capace di raccogliere le iniziative rivolte al mondo giovanile, con un coordinamento della rete dei servizi culturali, scolastici, sociali e sanitari;</li> <li>- consolidamento e incentivazione di un progetto di educazione musicale, rivolto sia alla formazione personale ed individuale, sia nell'ambito di attività corali e di gruppo (orchestre, progetti di musica d'insieme);</li> </ul> </li> </ol>

- sviluppo e incentivazione alla frequenza attività sportive;

- attività legate alla difesa della legalità: conoscenza del territorio, lotta alla criminalità organizzata con strumenti educativi e formativi adeguati, web-radio sulla legalità;

- attività di sensibilizzazione, anche avvalendosi del terzo settore, sul tema delle diversità culturali e di genere, al fine di stimolare il confronto e il dialogo tra i più giovani, proponendo una modalità di relazione finalizzata alla gestione pacifica dei conflitti che possono emergere dalla diversità personale, culturale e di genere, tesa a prevenire la violenza di genere;

Nell'ambito di questi interventi educativi realizzati presso ciascun ambito territoriale si ritiene prioritario il tema dell'informazione e della prevenzione dei comportamenti a rischio, anche attraverso una concreta collaborazione con il Sert e il Centro adolescenza del Consultorio familiare, con particolare riferimento all'uso della cocaina e dell'alcool e alla prevenzione di comportamenti sessuali a rischio.

2. Consolidamento dei servizi di prossimità, attivazione di progetti tesi all'avvicinamento ai gruppi giovanili, attraverso l'instaurazione di un rapporto basato sulla relazione, sulla fiducia, sul dialogo e sulla presenza costante, all'interno di un contesto non codificato e non determinato, da attuarsi attraverso :

- consolidamento degli interventi di educativa di strada, finalizzati alla valorizzazione delle risorse della comunità e alla promozione di una partecipazione e di un protagonismo attivo e propositivo dei giovani, con particolare riferimento ai luoghi in cui si riscontra il consumo di sostanze.

3. Promozione dell'impegno sociale e civile delle giovani generazioni, attraverso il raccordo tra il mondo della Scuola, del volontariato locale e di esperienza autonome fornite dai singoli territori (gruppi giovanili già costituiti) e più precisamente attraverso :

- consolidamento e implementazione dei "Forum dei Giovani" presenti sul territorio;

- sviluppo di progetti di tutoraggio e di impegno sociale e civile, che permettano alle giovani generazioni di provvedere a forme di autonomo sostegno (ad esempio: programma di aiuto compiti tra coetanei, integrazione scolastica alunni con disabilità frequentati scuole superiori di 2° grado attraverso la figura del Tutor);

- attuazione del servizio civile nazionale/regionale e successivamente universale, come forma di inclusione civile delle giovani generazioni nella comunità.

4. Realizzare attività per contrastare il disagio giovanile, per sfavorire l'abbandono dai percorsi formativi e didattici, per incentivare l'aiuto tra pari e aiutare il percorso di crescita personale, attraverso in particolare :

- laboratori tecnico-creativi a favore di preadolescenti, da realizzarsi nelle Scuole Secondarie di I grado (musica, teatro, danza, cucina, arti figurative ..);

- attività laboratoriali più specifiche e circoscritte per i casi di disagio più grave, con occupazione delle ore scolastiche;

- gruppi di aiuto allo studio, anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato, Cooperative di servizi e con il coinvolgimento di giovani del territorio;

- attività e progetti di prevenzione contro il bullismo e la violenza tra pari, mediante la costruzione di reti interistituzionali tra Scuola ed extrascuola, che permettano il confronto e la collaborazione tra Scuola, servizi del territorio, terzo settore, famiglie, forze dell'ordine per interrompere precocemente situazioni di illegalità e di violenza;

- consolidamento e sviluppo di uno spazio di ascolto all'interno delle scuole secondarie di 1° e 2° grado presenti sul territorio distrettuale rivolto agli alunni che offra la possibilità di un contatto significativo e di fiducia con un adulto competente e disponibile, in grado di offrire un'accoglienza ai bisogni attuali del ragazzo.

5. Assicurare un'offerta formativa qualificata per le persone che hanno compiuto 16 anni, che hanno diritto ad una educazione e formazione permanente in grado di garantire loro pari opportunità rispetto all'acquisizione delle competenze e conoscenze necessarie per avere un ruolo attivo nella società italiana attuale.

	<p>6. Promozione di momenti di conoscenza, confronto, scambi di esperienza fra genitori e figure adulte di riferimento (operatori di Centri giovani, Scout, allenatori sportivi, gestori di bar, locali e così via), rispetto a tematiche connesse alla preadolescenza e adolescenza, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi a sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale volti a sostenere le competenze educative degli adulti di riferimento, da svolgersi anche in collaborazione con il Centro per le famiglie;</li> <li>- interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, di confronto ed aiuto alle famiglie sulle possibili minacce provenienti dalle nuove frontiere tecnologiche (cyber bullismo, pedofilia e molestie online).</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Il presente progetto si raccorda con le azioni a sostegno della genitorialità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni /Unione, Cooperative Sociali, Ausl, Terzo Settore.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo1 _ Unione Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 2 - Unione
<b>Risorse non finanziarie</b>	Il finanziamento del Fondo sociale locale viene ripartito tra i Comuni aderenti all'Unione sulla base della popolazione 0-25 anni residente al 31/12/2016.

## Totale preventivo 2018: € 318.480,65

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **64.418,64 €**
- Compartecipazione utenti: **2.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*FSOCIALE LOCALE DGR 1867/2017 e DGR 649/2017 QUOTA REGIONE ANNO 2017 PROGRAMMATA SUL 2018 - FIN.TO REG.LE PER PROGETTO LEGALITA' E FIN.TI AREA GIOVANI*): **22.555,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): **229.507,01 €**

## Indicatori locali: 4

### 1°: Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008);

**Descrizione:** Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008);

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** no
- **Obiettivo 2019:** si
- **Obiettivo 2020:** si

### 2°: Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza";

**Descrizione:** Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza";

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** no
- **Obiettivo 2019:** sì
- **Obiettivo 2020:** si

### 3°: N° interventi di prossimità attivi;

**Descrizione:** N° interventi di prossimità attivi;

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 75

- **Obiettivo 2018:** 75
- **Obiettivo 2019:** 42

- **Obiettivo 2020:** 42

**4°: N° punti di accesso dedicati agli adolescenti;**

**Descrizione:** N° punti di accesso dedicati agli adolescenti;

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 5

- **Obiettivo 2019:** 6

- **Obiettivo 2020:** 6

## 17. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena: Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	

<b>Descrizione</b>	<p>Il Piano Nazionale Fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla durata e come proteggerla evitando comportamenti che possano metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.</p> <p>Gli obiettivi prioritari sono la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare. Ulteriori obiettivi sono il potenziamento e la valorizzazione delle attività consultoriali individuate come punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione. I consultori familiari rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.</p>
<b>Razionale</b>	<p>Accanto al dato demografico della riduzione della natalità, determinato da molteplici fattori economici, sociali e relazionali, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità quali l'abuso di sostanze, l'obesità e il sovrappeso, la diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, le malattie sessualmente trasmesse e l'HIV.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Giovani adulte/i 20-34 anni ,</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione alla formazione regionale dei professionisti dedicati in ogni distretto agli spazi giovani adulti (tre per distretto) su prevenzione diagnosi e follow-up endometriosi .</li> <li>2. Programmazione e realizzazione di interventi formativi per i professionisti della rete assistenziale territoriale su "stili di vita e salute riproduttiva", formazione all'utilizzo di strumenti adeguati per favorire scelte di stili di vita consapevoli nei ragazzi quali la consulenza motivazionale breve, health literacy ed altro.</li> <li>3. Apertura in ogni distretto di uno spazio giovani adulti con il personale dedicato (medici ginecologi e e andrologi ostetriche, psicologhe/i ).</li> <li>4. Promozione e progettazione di interventi multipli di informazione rivolti ai cittadini in questa fascia d'età per dare strumenti per mettere in atto stili di vita salutari e per accedere ai servizi a loro dedicati .</li> <li>5. Applicazione della delibera regionale sulla contraccezione gratuita per le ragazze e i</li> </ol>

	ragazzi fino al compimento del 26 anno d'età, e per fasce di popolazione svantaggiata E02 E 99 nel post parto e post IVG .
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Delibera Num. 1722 del 06/11/2017 Regione Emilia-Romagna PSSR: sceda 9. Medicina di genere PSSR: sceda 25. Contrasto alla violenza di genere
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Consultori famigliari, servizi territoriali ( sert, salute mentale, cure primarie ) specialisti ospedalieri ginecologi/andrologi , Enti locali, associazionismo .
<b>Referenti dell'intervento</b>	Borsari Silvana – Responsabile area consultori – mail. s.borsari@ausl.mo.it tel 059/435099
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 2

**1°: realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale;**

**Descrizione:** numero progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL);

**Tipo:** Testuale

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

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

**2°: apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;**

**Descrizione:** apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** sì
- **Obiettivo 2019:** sì
- **Obiettivo 2020:** sì

## 18. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Completato

Riferimento scheda regionale

- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Riferimento scheda distrettuale: 18. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UDP- Distretto sanitario AUSL e UNIONE DEL SORBARA - AUSL e UNIONE DEL SORBARA-AUSL di Modena:Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO PI 02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it-UNIONE DEL SORBARA:P.zza della Vittoria,8-41013 Castelfranco E.(MO)Tel.05980071</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	Piano regionale triennale per il contrasto al GAP
<b>Razionale</b>	L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnata da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare per-corsi di prevenzione all'interno delle scuole.
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cittadini</li> <li>• Giocatori d'azzardo patologici e loro familiari</li> <li>• Esercenti di locali con giochi di azzardo</li> <li>• Studenti e Docenti</li> <li>• Personale sanitario, sociale, educativo e delle associazioni del territorio</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	LIVELLO AZIENDALE: OBIETTIVO GENERALE 1 Promuovere presso la cittadinanza la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati

	<p>alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale:          obiettivi da declinare in ambito dei singoli territori sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventi pubblici: azioni a carattere culturale per promuovere una sensibilizzazione efficace sul territorio riguardo al fenomeno del gioco d'azzardo rivolti alla cittadinanza</li> <li>• Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo: momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento</li> <li>• Valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati: Implementare mappatura locali con e senza slot e altri gap e attività di empowerment dei locali slot</li> <li>• Sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie: sportelli, convenzioni con centri antiusura, ecc.</li> <li>• Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura: rete territoriale con terzo settore e ente locale</li> </ul> <p><b>OBIETTIVO GENERALE 2</b>          Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e ampliamento con quanto previsto dal PRP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento della prevenzione, conoscenza del fenomeno e rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in ambito scolastico: utilizzo di percorsi laboratoriali rivolti a studenti e docenti</li> </ul> <p><b>OBIETTIVO GENERALE 3</b> Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione specifica con l'obiettivo di creare una rete territoriale competente nell'intercettazione precoce del fenomeno, nella cura di interfacce per la cura e il trattamento, in continuità con la formazione regionale prevista.</li> </ul> <p><b>OBIETTIVO GENERALE 4</b> Definizione di percorsi e linee di indirizzo per facilitare l'accesso ai percorsi di cura AUSL e che permetta di integrare i servizi dipendenze patologiche con altri servizi coinvolti nel percorso di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione di un coordinamento o tavolo di lavoro territoriale Ausl, Ente locale, terzo settore, gruppi AMA</li> </ul> <p><b>LIVELLO LOCALE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di interventi da realizzarsi congiuntamente tra servizi sociali e sanitari, prevedendo altresì la collaborazione con organismi del terzo settore e associazioni di rappresentanza, volti a sensibilizzare e informare la cittadinanza sul tema del gioco d'azzardo.</li> <li>• Attivare di interventi di counseling e di assistenza per problematiche di sovra indebitamento causato dal gioco d'azzardo.</li> <li>• Promozione e diffusione in merito al rilascio del marchio " Slot freE-R".</li> <li>• Si intende proseguire nell'attuazione, anche in collaborazione con il Servizio per le dipendenze patologiche dell'AUSL-Distretto di Castelfranco Emilia, delle azioni volte alla riduzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico anche prevedendone l'implementazione attraverso la collaborazione con organismi del terzo settore e associazioni di rappresentanza.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Trasversalità:          Scheda 17 Progetto Adolescenza          Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 prevede nel setting 5 azioni e progetti specifici per la promozione di scelte salutari di vita da agire nel contesto scolastico. Le azioni previste dal Piano Provinciale GAP adottato con deliberazione del direttore generale n. del .....</p> <p>Scheda 22 Misure al contrasto della povertà          Scheda 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili          Scheda 26 metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità</p>



	Scheda 28 c) Gruppi di automutuoaiuto per alcolisti e per dipendenti da gioco d'azzardo e loro famigliari Scheda 34 Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali Scheda 36 Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territori
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl, EE.LL, Scuole, Associazioni territoriali, Associazioni di categoria
<b>Referenti dell'intervento</b>	Pifferi Giorgia – Responsabile programma GAP – mail.g.pifferi@ausl.mo.it tel. 0536/863111 Elena Zini - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario Polo1 Claudia Bastai Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario Polo 2
<b>Risorse non finanziarie</b>	Il finanziamento ex DGR 2098/2017 è introitato dall'Azienda Usl e utilizzato per le azioni previste dal GAP approvato con delibera di G.U. n. 18 del 28/03/2018.

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

- AUSL : 21.123,75 €

## Indicatori locali: 4

### 1°: obiettivo generale 1

**Descrizione:** incremento eventi pubblici, incremento marchi slotfreer, incremento rete sportelli sovraindebitamento

**Tipo:** Numerico

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

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

### 2°: obiettivo generale 2

**Descrizione:** incremento progetti prevenzione in ambito scolastico

**Tipo:** Numerico

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

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

### 3°: obiettivo generale 3

**Descrizione:** incremento attività formative per personale sanitario, sociale, educativo

**Tipo:** Numerico

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

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

### 4°: presenza della programmazione specifica di interventi di contrasto del GAP all'interno dei Piani di zona

**Descrizione:** presenza della programmazione specifica di interventi di contrasto del GAP all'interno dei Piani di zona

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** Costituzione coordinamento ( Ausl, Enti locali, terzo settore, gruppi AMA) territoriale per la co-progettazione e il monitoraggio del Piano Locale GAP

- **Obiettivo 2019:** S
- **Obiettivo 2020:** S

## 19. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL e UNIONE DEL SORBARA-AUSL di Modena: Via S. Giovanni del Cantone, 23 41121 MO PI 02241850367 PEC: auslmo@pec.ausl.mo.it-UNIONE DEL SORBARA: P.zza della Vittoria, 8-41013 Castelfranco E.(MO) Tel. 059800711-Fax 059818033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>A livello regionale PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza nazionale che indaga condizioni di salute, abitudini e stili di vita, ricorso ai servizi socio-sanitari e bisogni di salute socio-assistenziali della popolazione con 65 anni e oltre. La popolazione in studio è costituita dalle persone ultra 64enni non istituzionalizzate che possiedono un telefono e che parlano la lingua italiana. Per la raccolta dei dati viene utilizzato un questionario standardizzato, che rileva molte dimensioni come lo stato di salute, la qualità della vita, le cadute, le attività della vita quotidiana di base (Activities of Daily Living – ADL) e strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - IADL), il bisogno di assistenza socio-sanitaria, l'essere risorsa sociale, la partecipazione ad attività sociali e il rischio di isolamento sociale, gli stili di vita, i fattori fisici e sensoriali. Completano il quadro informazioni sulle condizioni dell'abitazione e sulla percezione della sicurezza nel quartiere e dati socio-demografici. PASSI d'Argento suddivide la popolazione ultra 64enne in quattro sottogruppi a cui sono destinati diverse priorità e modalità di intervento socio sanitario: in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa; in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità; a rischio di disabilità; con disabilità.</p> <p>La somministrazione del questionario può avvenire in due modalità: per intervista telefonica o per intervista faccia a faccia. Le persone con meno di 80 anni sono invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata (80 anni e oltre) si propone in prima battuta la modalità a faccia a faccia. Nel caso in cui la persona estratta fosse impossibilitata a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici, viene intervistato un familiare o una persona di fiducia (denominata proxy) a stretto contatto con la persona campionata, ciò consente di raccogliere informazioni anche sugli ultra 64enni non in grado di sostenere un'intervista a causa delle proprie condizioni di salute.</p> <p>PASSI d'Argento è un'indagine regionale e quindi fornisce informazioni a livello regionale e viene effettuata grazie ad un finanziamento regionale. L'Ausl di Modena effettua un sovracampionamento aziendale con risorse proprie per raggiungere la numerosità sufficiente all'ottenimento di informazioni provinciali.</p> <p>Numerosi progetti sono attivi ed orientati, secondo le indicazioni del piano regionale di prevenzione, alla promozione dell'attività motoria. I programmi di prescrizione e somministrazione di esercizio fisico ed attività fisica adattata sono rivolti a tutta la</p>
--------------------	---

	<p>popolazione, quando però riguardano il soggetto anziano la valutazione e la prescrizione dell'attività motoria adattata in forma autonoma o assistita segue percorsi necessariamente più articolati. I Percorsi per la prescrizione dell'Attività motoria adattata si differenziano in E.F.A. (esercizio fisico adattato) ed A.F.A. (attività fisica adattata). Il percorso EFA prevede la valutazione e la somministrazione di esercizio fisico dedicata a soggetti con patologie croniche stabilizzate (sindrome metabolica, esiti stabilizzati di sindrome coronarica acuta, diabete mellito di tipo 2) finalizzata al miglioramento delle condizioni di salute, alla riduzione della prescrizione di farmaci ed alla prevenzione delle complicanze. Tale percorso prevede la valutazione del caso presso il Servizio di Medicina dello Sport, la somministrazione di esercizio fisico adattato, da parte di un laureato in scienze motorie afferente al Servizio, monitorato presso la palestra convenzionata con la AUSL (sia per Modena che per la sede di Carpi) fino ad un periodo di 8 settimane, successivamente viene valutato e programmato l'invio dell'utente al circuito delle palestre accreditate per Attività Motoria adattata (palestre che promuovono salute, DGR 2127 – dicembre 2016) sul territorio provinciale con costante monitoraggio e consulenza da parte del personale del Servizio di Medicina dello Sport. L'AFA è un percorso orientato alla riattivazione muscolare dedicato a soggetti affetti da condizioni patologiche che non richiedono un particolare monitoraggio per l'avvio alla pratica dell'attività motoria (lombalgia cronica, esiti stabilizzati di protesi d'anca, morbo di Parkinson). Dopo l'arruolamento in base a criteri di inclusione definiti da protocolli regionali il medico di medicina generale può inviare l'utente direttamente al circuito di palestre accreditate sul territorio oppure, in caso di particolare necessità di approfondimento clinico, al Servizio di Medicina dello sport per le opportune valutazioni. Per i soggetti affetti da patologie non incluse nei protocolli AFA ed EFA sono attive convenzioni per la prescrizione di attività motoria adattata (es.: Sclerosi Multipla, patologie psichiatriche, pazienti in attesa di trapianto di organo o trapiantati) tra Servizio di Medicina dello Sport-AUSL di Modena e Associazioni di pazienti, reparti specialistici. Ulteriori opportunità possono essere esplorate ed attivate allo stesso fine. Ulteriori opportunità di promozione del movimento e di aggregazione/socializzazione sono offerte con il supporto da parte del Servizio a gruppi di cammino organizzati da società sportive, associazioni, enti locali, etc. al fine di sostenere e supervisionare la sicurezza e la correttezza dello svolgimento dell'attività motoria e, ove necessario, fornire su richiesta del MMG dello specialista la consulenza specifica e personalizzata nelle situazioni più complesse.</p>
<p><b>Razionale</b></p>	<p>L'effettuazione di un sovracampionamento aziendale per l'edizione 2018-2019 PASSI d'Argento permette di avere dati locali su stato di salute, stili di vita, ricorso ai servizi socio-sanitari e bisogni di salute socio-assistenziali della popolazione ultra 64enne della provincia di Modena.</p> <p>La sedentarietà costituisce un problema fondamentale per la popolazione di qualsiasi età, nell'anziano lo stile di vita sedentario è sostenuto e complicato da condizioni patologiche e scarsa motivazione. La prescrizione e la somministrazione di attività motoria adattata e personalizzata possono favorire nella popolazione over 60 la riduzione di fattori di rischio per numerose patologie croniche, la riduzione della prescrizione dei farmaci per condizioni patologiche sensibili all'attività motoria, la socializzazione e l'aggregazione.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Direzione Sanitaria, Direzione Socio-sanitaria, Direttori di Distretto, Dipartimento di Cure Primarie - Area anziani, Programma fragilità, Dipartimento di Sanità Pubblica, Uffici di Piano, Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, Aree sociali dei Comuni, Associazionismo del terzo settore, cittadini.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>LIVELLO AZIENDALE: 1. Sovracampionamento aziendale e interviste telefoniche o vis a vis a cittadini con 65</p>

anni e oltre o eventualmente a una persona che ne sia in stretto contatto con loro e che ne conosca le abitudini e i bisogni di salute e assistenza (proxi) nel caso di impossibilità nel sostenere un'intervista.

2. Promozione attività motoria per il benessere e la salute dell'anziano attraverso la declinazione negli ambiti specifici di intervento di progetti preesistenti e già attivi sul territorio provinciale condotti dal Servizio di Medicina dello Sport con la collaborazione dei MMG, specialisti, Associazioni, Enti Locali, Società sportive.
3. Favorire la socializzazione e la aggregazione attraverso il movimento per la salute
4. Offrire momenti di formazione-informazione sui benefici dell'attività motoria per l'anziano
5. Fornire consulenza, monitoraggio e supervisione per la sicurezza della somministrazione dell'attività motoria adattata nei vari contesti
6. Favorire e sostenere la realizzazione 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, etc.)

LIVELLO LOCALE:

1. Mappatura dei soggetti fragili presenti sul territorio distrettuale secondo criteri di età e condizioni di vita (es. persone sole, disabili, con patologia cronica, etc.) da aggiornare periodicamente (almeno due volte all'anno) incrociando informazioni sanitarie e sociali. I dati relativi vengono trasmessi a operatori sociali e sanitari per la gestione di emergenze e situazioni critiche.
2. Coinvolgimento e messa in rete dei soggetti che svolgono attività nel territorio favorendo l'aggregazione degli anziani e la loro frequenza a spazi socializzanti nell'ambito di una programmazione partecipata di attività e servizi rivolti alla comunità, secondo i principi e le metodologie del Progetto Regionale – Agenzia Sanitaria e Sociale – “Community Lab”.
3. Sostegno alle forme aggregative e sostegno economico di progettualità condivise con associazioni di volontariato per la realizzazione di obiettivi comuni. Proseguimento, consolidamento e sviluppo collaborazioni con associazioni del territorio in particolare per attività di socializzazione e aggregazione anziani, iniziative informative e di prevenzione, attività motoria, iniziative di scambio intergenerazionale.
4. Sostegno alle attività realizzate dal Centro ricreativo “NOI – Nonni organizzati insieme” del Comune di Castelfranco Emilia che offre uno spazio dedicato agli anziani, per valorizzare il loro tempo libero, con attività vocate alla promozione della salute, al benessere sociale e alla cultura in senso ampio.
5. Sviluppo di programmi ed approcci specifici con riferimento a emergenze climatiche e sanitarie nell'ambito del “Progetto Estate Sicura” dell'Az. USL di Modena – distretto di Castelfranco Emilia sulla base delle Linee guida definite a livello regionale.

Il Distretto sanitario, i Comuni del territorio, il Dipartimento di cure primarie, in accordo con i Medici di Medicina Generale predispongono un piano delle azioni che prevede, in caso di ondate di calore:

- selezione e mappatura dei soggetti fragili, da definirsi sulla base delle modalità sopraindicate;
- rete di assistenza domiciliare distrettuale, con garanzia di continuità assistenziale e di cura tra ospedale e territorio;
- coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;
- eventuale coinvolgimento delle strutture residenziali e semiresidenziali su specifici piani di intervento;
- sensibilizzazione e aggiornamento degli operatori;
- monitoraggio settimanale della mortalità e degli accessi al Pronto soccorso riferiti alle persone anziane con età superiore a 75 anni;
- coinvolgimento del volontariato;
- informazione ai cittadini;

	<p>- informazione alle collaboratrici famigliari;                  - informazione sull'andamento del caldo durante il periodo estivo;                  - definizione di un piano di emergenza con la costituzione di un Gruppo operativo/unità di crisi distrettuale per l'attivazione della rete dei servizi in caso di allarme.</p> <p>Sostegno alle associazioni di volontariato per progetti di socializzazione e diffusione sani stili di vita.</p> <p>6. Consolidamento ed estensione del progetto "Invecchiamento attivo". Il progetto si configura come azione di continuità con i percorsi già avviati nell'ambito della prevenzione dei disturbi cognitivi e del sostegno alle famiglie con soggetti affetti da demenza. Negli ultimi anni, infatti, sono stati attivati percorsi in entrambe le direzioni: rispetto alla prevenzione si intende proseguire con i gruppi di allenamento alla memoria rivolti a soggetti oltre i 55 anni ed estendere l'esperienza in tutto il Distretto anche attraverso la formazione di volontari esperti. Rispetto al sostegno alle famiglie sarà attivato un programma di Caffè Alzheimer.</p> <p>Partecipazione alle attività realizzate durante la settimana di sensibilizzazione sui temi della demenza e dell'Alzheimer con realizzazione di iniziative sul tema finalizzate a diffondere le informazioni rispetto alla tematica della demenza e dei soggetti che se ne occupano, sensibilizzazione e coinvolgimento culturale.</p> <p>7. Partecipazione al gruppo di coordinamento provinciale sociale/associazioni istituito nell'ambito del Programma Aziendale Demenze.</p> <p>8. Ospitalità di sollievo: opportunità a sostegno della domiciliarità da utilizzare nel programma personalizzato di vita e di cura attraverso la definizione di procedure e percorsi semplificati che garantiscano l'accoglienza temporanea di sollievo, con riferimento all'individuazione di posti dedicati a tale scopo, alla definizione della durata dei ricoveri (di norma 30 gg.), alla contribuzione a carico dell'anziano DGR 1206 del 2007.</p> <p>Nel caso in cui le richieste di sollievo siano superiori al numero di posti disponibili si procederà secondo l'ordine di arrivo delle richieste assunte a protocollo del PUASS.</p> <p>9. Progetto sulla prevenzione delle cadute nell'anziano attraverso programmi di ginnastica personalizzata a domicilio e per piccoli gruppi, identificando i professionisti per la valutazione, la presa in carico sociosanitaria e l'avvio degli anziani ai diversi percorsi di prevenzione in base al rischio di caduta individuale.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Le informazioni raccolte possono essere utili per mettere in campo politiche e interventi per favorire l'invecchiamento attivo mediante il contrasto dell'isolamento sociale e dei fattori di rischio comportamentali e per riconoscere i bisogni socio-assistenziali e le non autonomie favorendo una migliore assistenza socio-sanitaria da parte di tutte le figure coinvolte, modulata secondo i bisogni dei sottogruppi di popolazione.</p> <p>Collaborazione ed integrazione con servizi Ospedalieri per proposte dedicate a differenti tipologie di soggetti.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Ausl di Modena Associazioni pazienti; Associazioni Sportive; Enti Locali; servizio Sociale.</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Carrozzini Giuliano – Responsabile Epidemiologia – mail s.carrozzini@ausl.mo.it tel 059/3963189                  Savino Gustavo – Responsabile Medicina dello Sport – mail g.savino@ausl.mo.it tel .059/3963111                  Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione                  Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

**Totale preventivo 2018: € 119.500,00**

- FRNA: **117.000,00 €**
  - Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): **2.500,00 €**
- 

## Indicatori locali: 7

---

### 1°: **Promozione di stili di vita salutari**

**Descrizione:** Realizzazione di iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica (es. gruppi di cammino, corsi di attività fisica adattata)

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 2 iniziative
- **Obiettivo 2019:** 3 iniziative
- **Obiettivo 2020:** 4 iniziative

### 2°: **Buone pratiche**

**Descrizione:** Realizzazione di iniziative di confronto locale sulle buone pratiche

**Tipo:** Numerico

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

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

### 3°: **Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età >= 64 anni.**

**Descrizione:** Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età >= 64 anni.

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** sì
- **Obiettivo 2019:** sì
- **Obiettivo 2020:** sì

### 4°: **Adeguatezza offerta di ricoveri temporanei di sollievo (% offerta di ricoveri di sollievo sul totale delle giornate).**

**Descrizione:** Adeguatezza offerta di ricoveri temporanei di sollievo (% offerta di ricoveri di sollievo sul totale delle giornate).

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2,98% - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 2,5%
- **Obiettivo 2019:** 2,5%
- **Obiettivo 2020:** 2,5%

### 5°: **Realizzazione di iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica (es. gruppi di cammino, corsi di attività fisica adattata)**

**Descrizione:** Numero di persone >= 65 anni che partecipano a iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica/totale persone >= 65 anni

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 3 iniziative
- **Obiettivo 2019:** 5 iniziative
- **Obiettivo 2020:** 5 iniziative

### 6°: **Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età >= 64 anni**

**Descrizione:** Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età >= 64 anni

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

**7°: Adeguata offerta di ricoveri temporanei di sollievo (% offerta di ricoveri di sollievo sul totale delle giornate????)**

**Descrizione:** % giornate di ricoveri temporanei di sollievo in CRA / totale delle giornate per AUSL

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 2,04 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** mantenimento

- **Obiettivo 2019:** mantenimento

- **Obiettivo 2020:** mantenimento



## 20. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza – FRNA

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;C;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza la Regione Emilia-Romagna sostiene da anni lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento al domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti. Nei prossimi anni si manterrà costante l'impegno regionale per l'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, prevedendo anche l'identificazione di soluzioni maggiormente flessibili ed innovative orientate al lavoro di comunità, al fine di sostenere reti sociali, sinergie tra servizi e associazioni di volontariato, singoli cittadini e centri di aggregazione territoriale, e nel contempo mantenere la necessaria prossimità ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza.</p> <p>Da tempo la Regione sostiene programmi e interventi per la prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana.</p> <p>Tra i setting ideali per la realizzazione di iniziative di promozione della salute, con la partecipazione della comunità, vi sono le Case della Salute, che rappresentano al tempo stesso una opportunità per garantire un accesso ed una risposta ai bisogni della popolazione anziana, integrati, multidisciplinari, e orientati al paradigma della medicina d'iniziativa. Dal 2013 la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, partecipa al Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, come reference site.</p>
<b>Razionale</b>	<p>Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante l'Emilia-Romagna, così come l'Italia e in generale i Paesi occidentali. In Emilia-Romagna nel 2015 l'indice di vecchiaia è pari a 175,5, valore superiore a quello nazionale e di altri Paesi europei.</p> <p>Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e dell'aspettativa di vita libera da disabilità. Si stima che in Emilia-Romagna gli uomini e le donne di età <math>\geq 65</math> anni abbiano circa 10 anni di vita attesa liberi da disabilità (indagine PASSI d'Argento 2012-2013). La popolazione di età <math>\geq 75</math> anni (e non <math>\geq 65</math> anni) identifica in maniera più appropriata la popolazione anziana a maggiore rischio di fragilità, sanitaria e sociale. In Emilia-Romagna nel 2015 erano presenti 560.835 abitanti di età <math>\geq 75</math> anni (12,6% pop. generale) e nel 2035 saranno 625.486 (14,0%</p>

	<p>pop. generale), secondo le proiezioni del servizio statistico regionale. Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha proposto un cambiamento di paradigma rispetto al modo di valutare la popolazione anziana: da un'accezione "passiva", di popolazione bisognosa con un impatto elevato sulla comunità in termini di domanda di servizi sanitari e sociali, ad un'accezione "attiva", di vera e propria risorsa per la comunità. Il nuovo paradigma è stato definito dall'OMS "invecchiamento attivo", inteso come processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane. Nel 2012 la Commissione Europea ha avviato un programma di Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo con l'obiettivo di accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione Europea entro il 2020. Il Partenariato prevede la collaborazione a livello locale tra istituzioni pubbliche e soggetti privati (es. aziende, associazioni) rispetto a diversi ambiti di intervento, tra cui lo sviluppo di modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione e multidisciplinarietà e la prevenzione e gestione della fragilità. Il mantenimento di uno stato di "buona salute" rappresenta un prerequisito essenziale per un invecchiamento attivo. La prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita costituiscono quindi obiettivo rilevante in tutte le fasi e luoghi di vita delle persone, dall'infanzia fino all'età adulta, indispensabile anche al fine di sostenere l'efficacia degli interventi mirati all'invecchiamento attivo.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Personne anziane e loro familiari e caregiver.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Consolidamento della funzione di coordinamento dei servizi/attività inerenti la non autosufficienza di ambito distrettuale che, in merito alle persone anziane, si esplica nell'accreditamento provvisorio o definitivo di servizi socio-sanitari distrettuali ed extradistrettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiornamento annuale del costo di riferimento dei servizi accreditati e predisposizione dei contratti di servizio;</li> <li>• monitoraggio della attuazione dei contratti di servizio e collaborazione con gli organismi preposti per la verifica della permanenza dei requisiti necessari per l'accreditamento provvisorio o definitivo.</li> </ul> <p>2. Centri Diurni assistenziali accreditati per anziani, distrettuali. Sono servizi socio-sanitari a carattere diurno destinati a persone anziane con diverso grado di non autosufficienza. Il Centro diurno offre un sostegno ed un aiuto all'anziano e alla sua famiglia, il potenziamento, mantenimento e/o compensazione di competenze della persona anziana relative alla sfera dell'autonomia, dell'identità, dell'orientamento spazio-temporale, della relazione interpersonale e della socializzazione e assicura la tutela socio-sanitaria. L'accesso al Centro Diurno avviene previa valutazione multidimensionale.</p> <p>Si prevede di confermare i posti attualmente in essere dando mandato al Soggetto Istituzionalmente Competente di provvedere alla individuazione diretta di ATI Domus Assistenza Società Cooperativa - Modena e Gulliver società Cooperativa Sociale - Modena quale soggetto gestore dei servizi attraverso il rilascio di un accreditamento provvisorio della durata triennale a far data dal 01/01/2019, nei tempi e nei modi previsti dalla DGR 514/2009 Art. 7.3; preso atto che con determina n. 489 del 16.12.2014 è stato affidato ad un ATI - in cui Domus Assistenza Società cooperativa sociale - Modena risulta mandataria e Gulliver Società Cooperativa - Modena tra le mandanti, la realizzazione di una struttura in cui ospitare persone anziane non autosufficienti nell'ambito del processo di accreditamento previsto dalla DGR 514/2009, presso la quale saranno trasferiti i posti accreditati oggetto del provvedimento di accreditamento transitorio.</p> <p>Si indica, quindi, la procedura da osservarsi - invito diretto - per la individuazione del soggetto gestore del servizio da accreditare provvisoriamente, sulla base di quanto previsto dalla DGR 514/2009 modificata dalla DGR 390/2011, Allegato 1, punti 7.3.1 e 7.3.2, in quanto il servizio da accreditare provvisoriamente può essere garantito</p>

attraverso l'utilizzo dei servizi e delle strutture di proprietà pubblica già disponibili e gestite direttamente da parte di un soggetto che garantisce l'unitarietà gestionale, soggetto che è individuato quale futuro soggetto gestore della Casa di Residenza per anziani non autosufficienti costruenda.

3. Case residenza per anziani accreditate, distrettuali ed extradistrettuali. Sono servizi socio-sanitari residenziali destinati ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. La casa-residenza fornisce ospitalità ed assistenza, offre occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane, offre stimoli e possibilità di attività ricreativo - culturali, di mantenimento e riattivazione. Garantisce assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e di benessere della persona anziana ospitata. L'accesso alla Casa Residenza avviene previa valutazione multidimensionale. Al fine di esprimere il fabbisogno si prevede di confermare i posti attualmente in essere con le seguenti precisazioni: di procedere alla progressiva riduzione, fino ad esaurimento, dei posti accreditati presso le CRA "Ducale 1", "Ducale2", "Ducale 3" con sede a Modena, dando disposizione al PUASS distrettuale di non procedere a nuovi ingressi su posti resisi disponibili a seguito di trasferimenti o decessi, così da convogliare le risorse disponibili nel potenziamento della rete di servizi presenti sul territorio del Distretto e dunque maggiormente prossimi alle famiglie degli ospiti inseriti e al domicilio di provenienza. Inoltre si prevede di confermare i posti attualmente in essere presso la CRA "C.A. Dalla Chiesa" di Ravarino dando mandato al Soggetto Istituzionalmente Competente di provvedere al rinnovo per ulteriori anni due (2) dell'accreditamento definitivo rilasciato ad ATI Domus Assistenza Società Cooperativa Sociale e Gulliver società Cooperativa Sociale e in scadenza al 31/12/2016 e di procedere .

- Comunità Alloggio per anziani, sita a Ravarino, distrettuale. È una struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria, parzialmente autogestita, stimolando atteggiamenti solidaristici e di auto - aiuto, con l'appoggio dei servizi territoriali. Nella Comunità Alloggio sono garantiti somministrazione pasti, assistenza infermieristica (ove richiesta dai Progetti di Assistenza Individualizzati), facilitazione nella fruizione all'esterno di attività aggregative, ricreativo - culturali e di mobilitazione, assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane in relazione ai bisogni individuali, procedure di gestione delle emergenze nei momenti in cui non sono presenti operatori professionali.

4. Su specifica valutazione dell'UVM, sostegno a progetti assistenziali individuali presso strutture residenziali distrettuali ed extradistrettuali, al di fuori dei posti letto accreditati.

5. Revisione del regolamento di accesso alle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani.

6. Gestione della graduatoria unica distrettuale per le strutture accreditate. La definizione e la gestione della graduatoria unica distrettuale per l'accesso alle Casa Residenza accreditate del territorio seguono quanto espresso all'interno dei vigenti regolamenti comunali su criteri di accesso alle strutture residenziali per anziani del territorio distrettuale e per la gestione delle relative graduatorie, con particolare attenzione alle situazioni classificate come "emergenza sociale", Livello 3 ES (Art. 5.4 dei regolamenti comunali vigenti).

Le situazioni codificate in tale livello hanno priorità assoluta per l'accesso alle strutture residenziali e l'inserimento viene fatto in base al posto disponibile, indipendentemente da valutazioni quali la sede della struttura e la residenza della persona assistita, salvo precise indicazioni della specifica U.V.M. in merito a bisogni sanitari particolari (es. persone affette da demenza con Wandering, persone dializzate, necessità infermieristiche sulle 24 h, etc.) che necessitano di strutture con

	<p>caratteristiche particolari.</p> <p>Le situazioni codificate quali “emergenza sociale” hanno la priorità anche sulle richieste di trasferimento della persona assistita in altra struttura del Distretto di Castelfranco Emilia.</p> <p>7. Le funzioni dell’ufficio di piano sono state analiticamente descritte nella D.G.R. 1004/2007, e riprese e ampliate dal Piano sociale e sanitario regionale al quale si rimanda, sottolineando qui in particolare l’attività istruttoria, di supporto all’elaborazione e alla valutazione della programmazione in area sociale, sociosanitaria e sanitaria.</p> <p>8. Attivazione della commissione distrettuale di vigilanza ( DGR 564/00 e DGR 846/07), con il compito di verificare, attraverso azioni di vigilanza effettuate presso strutture autorizzate presenti sul territorio, che siano conservati i requisiti e parametri minimi per la realizzazione delle attività specifiche fissate per tipologia di struttura autorizzata. In particolare compete alle Giunte dei Comuni/Unione individuare i componenti della Commissione distrettuale di vigilanza di cui alla DGR 564/00 e DGR 846/07.</p> <p>9. ESPRESSIONE FABBISOGNO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>SERVIZIO</b></th> <th style="text-align: right;"><b>FABBISOGNO 2018/2020</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Delia Repetto</td> <td style="text-align: right;">62 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani EX RSA</td> <td style="text-align: right;">20 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Parco della Graziosa</td> <td style="text-align: right;">24 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani C.A. Dalla Chiesa</td> <td style="text-align: right;">60 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Villa Sorriso</td> <td style="text-align: right;">20 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Anni Azzurri Ducale 1-2-3 con progressiva riduzione, fino ad esaurimento, dei posti accreditati</td> <td style="text-align: right;">4 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Villa Pineta</td> <td style="text-align: right;">1 posto</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Il Sagittario</td> <td style="text-align: right;">2 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani CISA</td> <td style="text-align: right;">3 posti</td> </tr> <tr> <td>Casa Residenza per anziani Ducale 1-2-3 con progressiva riduzione</td> <td style="text-align: right;">4 posti</td> </tr> <tr> <td>Centro Diurno assistenziale per anziani La Clessidra</td> <td style="text-align: right;">20 posti</td> </tr> <tr> <td>Centro Diurno assistenziale per anziani Nonantola</td> <td style="text-align: right;">20 posti</td> </tr> <tr> <td>Centro Diurno assistenziale per anziani C.A. Dalla Chiesa</td> <td style="text-align: right;">10 posti</td> </tr> <tr> <td>Assistenza Domiciliare distrettuale</td> <td style="text-align: right;">29.050 ore</td> </tr> <tr> <td>Comunità alloggio per anziani sita a Ravarino</td> <td style="text-align: right;">10 posti</td> </tr> <tr> <td>Nucleo demenze specialistico</td> <td style="text-align: right;">1 posto</td> </tr> </tbody> </table>	<b>SERVIZIO</b>	<b>FABBISOGNO 2018/2020</b>	Casa Residenza per anziani Delia Repetto	62 posti	Casa Residenza per anziani EX RSA	20 posti	Casa Residenza per anziani Parco della Graziosa	24 posti	Casa Residenza per anziani C.A. Dalla Chiesa	60 posti	Casa Residenza per anziani Villa Sorriso	20 posti	Casa Residenza per anziani Anni Azzurri Ducale 1-2-3 con progressiva riduzione, fino ad esaurimento, dei posti accreditati	4 posti	Casa Residenza per anziani Villa Pineta	1 posto	Casa Residenza per anziani Il Sagittario	2 posti	Casa Residenza per anziani CISA	3 posti	Casa Residenza per anziani Ducale 1-2-3 con progressiva riduzione	4 posti	Centro Diurno assistenziale per anziani La Clessidra	20 posti	Centro Diurno assistenziale per anziani Nonantola	20 posti	Centro Diurno assistenziale per anziani C.A. Dalla Chiesa	10 posti	Assistenza Domiciliare distrettuale	29.050 ore	Comunità alloggio per anziani sita a Ravarino	10 posti	Nucleo demenze specialistico	1 posto
<b>SERVIZIO</b>	<b>FABBISOGNO 2018/2020</b>																																		
Casa Residenza per anziani Delia Repetto	62 posti																																		
Casa Residenza per anziani EX RSA	20 posti																																		
Casa Residenza per anziani Parco della Graziosa	24 posti																																		
Casa Residenza per anziani C.A. Dalla Chiesa	60 posti																																		
Casa Residenza per anziani Villa Sorriso	20 posti																																		
Casa Residenza per anziani Anni Azzurri Ducale 1-2-3 con progressiva riduzione, fino ad esaurimento, dei posti accreditati	4 posti																																		
Casa Residenza per anziani Villa Pineta	1 posto																																		
Casa Residenza per anziani Il Sagittario	2 posti																																		
Casa Residenza per anziani CISA	3 posti																																		
Casa Residenza per anziani Ducale 1-2-3 con progressiva riduzione	4 posti																																		
Centro Diurno assistenziale per anziani La Clessidra	20 posti																																		
Centro Diurno assistenziale per anziani Nonantola	20 posti																																		
Centro Diurno assistenziale per anziani C.A. Dalla Chiesa	10 posti																																		
Assistenza Domiciliare distrettuale	29.050 ore																																		
Comunità alloggio per anziani sita a Ravarino	10 posti																																		
Nucleo demenze specialistico	1 posto																																		
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Obiettivo complessivo, trasversale a tutte le aree di intervento, è la realizzazione di un sistema di welfare basato su di una prospettiva dei diritti dei cittadini all’accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura, superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni. La persona, il suo sistema di relazioni e il suo contesto di vita, sono poste al centro del sistema di servizi che si organizza attorno ad essi per rispondere in maniera efficace ed integrata al bisogno e per riconoscere i diritti e la capacità di autodeterminazione di ogni cittadino.</p>																																		
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>AUSL, Unione del Sorbara, Terzo Settore.</p>																																		
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione</p>																																		
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>L’esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all’Azienda UsI, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove</p>																																		

vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07, la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)". Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.

## Totale preventivo 2018: € 3.860.851,00

- FRNA: **2.888.100,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): **972.751,00 €**

## Indicatori locali: 2

### 1°: Progetti innovativi di rete domiciliare

**Descrizione:** N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia;

**Tipo:** Numerico

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

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

### 2°: Ricoveri di sollievo e dimissioni protette;

**Descrizione:** N. ricoveri di sollievo e dimissioni protette;

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 398 - Riferita al: 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** mantenimento
- **Obiettivo 2019:** mantenimento
- **Obiettivo 2020:** mantenimento

## 21. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Completato

### Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena - Sede legale: Via S. Giovanni del cantone, 23 - 41121 Modena - T. +39.059.435111 - P.IVA - 02241850367 - Codice fatturazione elettronica: UFLCTZ - Posta elettronica certificata: auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	

<b>Descrizione</b>	
<b>Razionale</b>	<p>La Health Literacy (HL), nata negli USA negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Le competenze alfabetiche e numeriche degli italiani, secondo lo studio PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, 2011-2013) promosso dall'OCSE, sono insufficienti per accedere alle informazioni e destreggiarsi nella società. Lo studio, che ha analizzato le competenze alfabetiche e numeriche della popolazione adulta (16-65 anni) di 24 paesi tra Europa, America e Asia, colloca l'Italia all'ultimo posto per competenze alfabetiche e al penultimo per competenze numeriche, stimando che il 47% di italiani sia, inconsapevolmente, "analfabeta funzionale". Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti a interrompere per fare domande, mentre spesso i professionisti sanitari usano termini scientifici, parlano rapidamente e interrompono il paziente. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali.</p>
<b>Destinatari</b>	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR.
<b>Azioni previste</b>	A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-

	urgenza.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Trasversalità dell'approccio nella formazione dedicata ad intere unità operative e a gruppi di professionisti multidisciplinari nell'ambito delle attività di integrazione ospedale-territorio, integrazione socio sanitaria e nello sviluppo e applicazione dei PDTA, con supporto dei referenti aziendali HL e dei professionisti già impegnati nella formazione tra pari. Condivisione del materiale informativo tra le Aziende in un'ottica di benchmarking.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Professionisti sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, personale amministrativo e di front office per la semplificazione della comunicazione scritta e verbale.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Costantino Rosa Responsabile Reputation & Brand – mail r.costantino@ausl.mo.it tel 059/435413 Podetti Silvia – Responsabile Customer Experience – mail s.podetti@ausl.mo.it tel 059/435413
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 7

### 1°: N. aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente

**Descrizione:** Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

### 2°: N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi

**Descrizione:** numero professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** incremento

- **Obiettivo 2019:** incremento

- **Obiettivo 2020:** incremento

### 3°: N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi

**Descrizione:** numero amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** incremento

- **Obiettivo 2019:** incremento

- **Obiettivo 2020:** incremento

**4°: N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari**

**Descrizione:** numero eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**5°: N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari**

**Descrizione:** Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**6°: N. aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture**

**Descrizione:** Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**7°: N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione**

**Descrizione:** Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s



## 22. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Completato

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;B;C;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p><b>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE:</b> La demenza è considerata dall'OMS un problema di sanità pubblica e interessa sia la persona con demenza sia il familiare/caregiver che la assiste. Numerose analisi sistematiche della letteratura hanno dimostrato che programmi di supporto multicomponentiali, che includono interventi mirati a fornire informazione, lo scambio tra pari e a garantire supporto pratico, emotivo e sociale, sono più efficaci rispetto alle singole attività dirette alle persone con demenza o ai loro familiari, anche al fine di prevenire la tendenza all'isolamento (sia del malato che del familiare), lo stigma, il disorientamento per la scarsa conoscenza della malattia. Tra gli esempi di interventi multicomponentiali, il programma di "Supporto" dei centri d'incontro ha dimostrato, nelle ricerche svolte, di essere un modello efficace ed efficiente nel migliorare il senso di competenza da parte dei caregiver, ridurre i sintomi, contenere i costi e ritardare l'istituzionalizzazione. Il programma di supporto dei centri di incontro (nell'ambito dell'iniziativa Europea denominata JPND - Joint Programming on Neurodegenerative Disease), è stato adattato alla realtà regionale individuando le caratteristiche ottimali per la sua implementazione nel contesto italiano in generale e in quello della Regione Emilia-Romagna in particolare.</p> <p><b>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE:</b> In Regione sono presenti numerose esperienze di valorizzazione del sapere esperienziale del quale le persone con disturbo mentale sono portatrici. Il riconoscimento di questo sapere modifica la percezione sociale della malattia mentale e riduce lo stigma, ma introduce anche elementi innovativi nei servizi di cura, favorendo il passaggio da un modello di approccio paternalistico a una vera condivisione del percorso di cura. E' importante mappare e conoscere queste esperienze.</p> <p><b>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI.</b> La Regione ha riconosciuto alle Associazioni che gestiscono questi gruppi (AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat) un riconoscimento formale attraverso la sottoscrizione di protocolli di collaborazione Tali protocolli riconoscono il ruolo di risorsa per il sistema della cura alle Associazioni richiamando la seguente definizione "L'auto aiuto non è un'attività, ma una risorsa. Il concetto di auto aiuto è importante nell'ambito della salute in quanto può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza e di migliorare la salute" OMS 1997.</p>
--------------------	--

<p><b>Razionale</b></p>	<p>L 'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia.Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuto come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.</p> <p>Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;</li> <li>- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;</li> <li>- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;</li> <li>- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne.</li> </ul> <p>Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.</p> <p>A livello regionale sono presenti numerosi programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari. Si identificano alcuni di questi, per il valore del loro obiettivo intrinseco ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo).</p> <p>A livello locale si sono comunque sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Persone con demenza e loro familiari/caregiver, persone utenti centri SM e famiglie, la comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>1. CENTRI DI INCONTRO DEMENZE: Promuovere l'automutuoaiuto già avviato con il progetto Caffè Alzheimer. Promuovere seminari rivolti a tutti i responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione, di iniziative di sensibilizzazione, sviluppo del progetto "Città Amica" in collaborazione con la Polizia Municipale.</p> <p>2. AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE: Promuovere gruppi di automutuoaiuto a livello distrettuale.</p> <p>3. GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI: Favorire la nascita di nuovi gruppi con particolare riferimento alla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo. Gruppi di Peer Education tra i giovani.</p> <p>4. GRUPPI DI PEER EDUCATION TRA I GIOVANI: Implementare le seguenti attività attraverso percorsi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Interventi di sensibilizzazione e promozione del mondo del volontariato all'interno degli Istituti comprensivi del territorio: attraverso il Progetto Cantieri Giovani - Azione "Officine della solidarietà" s'intende far conoscere agli studenti la realtà non profit del territorio, tramite giornate dedicate a percorsi innovativi di orientamento, comunicazione ed interazione tra studenti e volontari sui temi specifici dove sono impegnate le organizzazioni non profit (sociale, ambientale, sanitario, educativo, ecc.).</li> <li>b) Esperienze di volontariato presso organizzazioni non profit del territorio durante l'anno scolastico o durante il periodo estivo: attraverso il Progetto Cantieri Giovani - Azione "Giovani all'arrembaggio".</li> <li>c) Co-progettazione di laboratori, workshop e incontri tra Consulta del Volontariato, ASVM e Spazio Giovani, le associazioni culturali e di volontariato del territorio al fine di</li> </ul>

	<p>offrire ai ragazzi e ai giovani la possibilità di sviluppare, implementare e migliorare le proprie competenze, creative, tecniche, comunicative e socio-relazionali.</p> <p>d) Prosecuzione delle attività: Forum Giovani, Tavolo dei ragazzi.</p> <p>Rafforzamento della rete intergenerazionale tra giovani, istituzioni ed associazioni del territorio.</p> <p>Rafforzamento della rete attiva nella promozione culturale, artistica, musicale, sportiva e ricreativa attraverso il coinvolgimento diretto dei ragazzi e dei giovani, risorsa dei pari e della cittadinanza.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p><b>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE:</b> Nonostante il centro d'incontro si configuri come un servizio a bassa soglia, la piena integrazione nell'ambito della rete dei servizi è condizione imprescindibile per il perseguimento degli obiettivi del centro stesso. Il coinvolgimento di tutta la rete impegnata nelle cure delle demenze (incluse le reti del volontariato) è necessaria sia ai fini dell'individuazione del target di popolazione interessata, che per favorire l'integrazione del centro nel sistema delle cure, quale opportunità a bassa soglia e a completamento delle altre iniziative e servizi.</p> <p><b>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE:</b> Per la valorizzazione di queste esperienze è indispensabile una rete tra Regione, Aziende sanitarie, Enti locali, Enti del terzo settore.</p> <p><b>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMILIARI:</b> L'attività è consolidata e poggia sulle alleanze tra i Servizi sanitari e sociali, gli Enti locali, le Associazioni.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Terzo settore, Servizi sociali, Servizi sanità.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all'Azienda Usl, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07," la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)".</p> <p>Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario</p>

della Az. Usl stessa.

## Totale preventivo 2018: € 10.509,00

- FRNA: 3.000,00 €
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): 7.509,00 €

## Indicatori locali: 6

### 1°: Centri d'incontro

**Descrizione:** N. centri d'incontro demenze sul territorio distrettuale

**Tipo:** Numerico

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

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

### 2°: N. posti disponibili nei centri di incontro

**Descrizione:** N. familiari coinvolti/N. persone con demenza coinvolte

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 22 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 34
- Obiettivo 2019: 38
- Obiettivo 2020: 40

### 3°: Incontri

**Descrizione:** evidenza di incontri con utenti dei centri di salute mentale

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: S
- Obiettivo 2019: S
- Obiettivo 2020: S

### 4°: Corsi di formazione

**Descrizione:** realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti

**Tipo:** Numerico

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

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

### 5°: Gruppi di automutuoaiuto

**Descrizione:** evidenza di monitoraggio annuale sulla presenza di gruppi Giocatori Anonimi e Gamanon sul territorio distrettuale

**Tipo:** Numerico

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

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

### 6°: Mappatura tipologie automutuoaiuto

**Descrizione:** mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

## 23. Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico e terzo settore

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>D;E.</b>

<b>Descrizione</b>	Obiettivo è la promozione ed il consolidamento delle esperienze di partecipazione, co-progettazione, rappresentanza e cittadinanza attiva, in ambito sociale, culturale, ambientale, sportivo e istituzionale, di tutta la popolazione, con attenzione per le diverse culture e generazioni, in particolare per i giovani stranieri e di origine straniera (seconde generazioni), e per i generi.
<b>Razionale</b>	<p>La società regionale è caratterizzata da una crescente diversità culturale generata da fattori molto differenti: la presenza significativa e in aumento di persone e famiglie migranti (provenienti da ben oltre 170 differenti paesi di origine), la separatezza tra generazioni e tra nuclei famigliari, la persistente “distanza” e in parte iniquità tra generi. Si rileva un certo grado di frammentazione e segmentazione a livello sociale, ma anche la presenza di straordinarie risorse civiche, di impegno sociale, di collaborazione tra cittadini e con la pubblica amministrazione, in un’ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità per l’interesse generale e per i cosiddetti beni comuni.</p> <p>Costituisce quindi un obiettivo rilevante il supporto alla ricerca della coesione sociale e del superamento positivo di distanze e conflitti, alla ricucitura di un tessuto di relazioni, alla consapevolezza dei diritti e doveri di cittadinanza a partire dalle fasce d’età più giovani, attraverso la valorizzazione e la promozione del capitale sociale in tutte le forme in cui le nostre comunità lo esprimono: dalle associazioni di promozione sociale al volontariato, dalla cooperazione sociale alle forme di autorganizzazione di cittadini, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi. Ciò nella consapevolezza che azioni che soddisfano bisogni sociali, e quindi con impatto positivo sul benessere delle persone e della società, contribuiscono non solo allo sviluppo umano ma anche allo sviluppo socioeconomico.</p>
<b>Destinatari</b>	Enti del terzo settore. Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini. Adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile.
<b>Azioni previste</b>	<p>Premesso che tra le scelte strategiche e le priorità del Piano di zona vi è la valorizzazione ed il potenziamento del lavoro con le reti ed il lavoro di comunità; la promozione e la costruzione di veri e propri “patti di collaborazione” tra soggetti istituzionali, del mondo imprenditoriale e sindacale e del terzo settore, in cui ciascun soggetto, a partire dal proprio mandato, potrà dare il proprio contributo al benessere dell’intera comunità.</p> <p>Nel corso del triennio si intende :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Portare a compimento le esperienze di servizio civile nazionale e regionale in essere</li> </ol>

	<p>nei singoli Enti e valutare la possibilità di una gestione unificata da parte dell'Unione del nuovo servizio civile universale</p> <p>2. Consolidamento e implementazione di esperienze di partecipazione e di rappresentanza della popolazione straniera.</p> <p>3. Coinvolgimento di enti del Terzo settore sia nel programma di contrasto alla esclusione e povertà che nell'ampliamento della partecipazione di adolescenti e giovani.</p> <p>La sezione povertà del presente piano prevede tra l'altro lo sviluppo di una nuova modalità di presa in carico dei bisogni proattiva e capacitante, da realizzarsi attraverso lo sviluppo della responsabilità condivisa anche dai e con i cittadini, le famiglie e le associazioni del territorio, nonché attraverso la possibilità di integrare l'organizzazione dei servizi (risorse umane ed economiche) con le risorse informali, chiamate a diventare parte del processo assistenziale.</p> <p>In particolare si intende operare attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato/ associazioni di promozione sociale attive sul territorio oltre che delle caritas parrocchiali sviluppando, in una logica di sussidiarietà, forme di collaborazione con i servizi pubblici ( sociali, sanitari, del lavoro, educativi ) in azioni di contrasto alla povertà (materiale, relazionale, educativa) e di sostegno all'inclusione attiva dell'intero nucleo familiare .</p> <p>Tali forme di collaborazione troveranno compimento formale nella elaborazione e condivisione di un apposito accordo tra l'Unione, le organizzazioni del terzo settore ed i sindacati volto a consolidare le reti locali di intervento a contrasto dei fenomeni di emarginazione, esclusione sociale e povertà e rendere maggiormente efficace l'azione dei diversi soggetti che a vario titolo operano sul territorio.</p> <p>L'obiettivo di stimolare un coinvolgimento sempre più ampio e qualificato dei numerosi attori del terzo settore attivi nel territorio oltre che di promuovere interventi innovativi sarà inoltre promosso anche attraverso il percorso del community lab.</p> <p>Tra le azioni previste nel progetto adolescenza vi è altresì la promozione dell'impegno sociale e civile delle giovani generazioni, attraverso il raccordo tra il mondo della Scuola, del volontariato locale e di esperienza autonome fornite dai singoli territori (gruppi giovanili già costituiti).</p> <p>4. Prosecuzione nel percorso di partecipazione che ha portato alla elaborazione del presente Piano di zona triennale; alla fase di ideazione/attivazione seguirà infatti, a partire dall'autunno 2018, una ulteriore fase di progettazione/realizzazione dove i vari attori coinvolti saranno chiamati a risolvere problemi e progettare concretamente interventi innovativi (comunità decisionale sul futuro) .</p> <p>Partendo dai bisogni emersi nei laboratori partecipati avviati per la stesura del documento di programmazione sono infatti stati individuati vari ambiti progettuali che saranno affrontati e sviluppati in modo partecipato attraverso il coinvolgimento della comunità ( associazioni/organizzazioni, singoli cittadini ...).</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Programma adolescenza, Misure a contrasto della povertà, sostegno all'inclusione attiva.
<b>Istituzioni/Attori coinvolti</b> <span style="float: right;"><b>sociali</b></span>	Enti del terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 1 Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 2
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 42.760,00**

- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*):**42.760,00 €**

---

## Indicatori locali: 2

---

### **1°: Rappresentanza di cittadini stranieri**

**Descrizione:** N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

### **2°: Patti di collaborazione con Enti Terzo Settore**

**Descrizione:** Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1



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

Completato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena: Via S. Giovanni del cantone, 23 41121 MO P.I.02241850367 PEC:auslmo@pec.ausl.mo.it</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	

<b>Descrizione</b>	<p>Aumentare il livello di sicurezza per le utenti e per i neonati nel rispetto dell'appropriatezza, potenziando la rete assistenziale del percorso nascita, sia nelle articolazioni territoriali che ospedaliere, ponendo particolare attenzione all'interazione sinergica di tutte le strutture della rete.</p> <p>Necessità di percorsi definiti, conosciuti e fruibili territorio-ospedale-territorio, rimarcando che, dopo l'ospedale, c'è il ritorno a casa, momento di importanza non certo minore per la salute...</p> <p>Nella logica del contrasto alle disuguaglianze, dare garanzia dell'accompagnamento con mediazione delle donne straniere in tutto il percorso per mettere a disposizione percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.</p>
<b>Razionale</b>	<p>L'intesa Stato Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita (PN) e, a questo fine "[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita."</p> <p>Nel 2015 sono stati emanati quattro documenti che definiscono le condizioni per aderire alle richieste dell'intesa del 2010 sui punti nascita:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività;</li> <li>2 il DM 11.11.2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede, all'art.1, che il CPNn debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN che viene confermato do-ver essere &gt; 1000 parti anno;</li> <li>3 il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in applicazione dell'art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPN n gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero;</li> <li>4 la DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali.</li> </ol>

	<p>I Punti Nascita 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.</p> <p>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.</p> <p>Le gravidanze 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.</p> <p>Miglioramento dell’appropriatezza, della qualità e della sicurezza del percorso nascita. L’ Azienda USL di Modena ha realizzato quanto definito dalle vigenti normative (DM 70/2015; DM 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).</p> <p>Si ritiene prioritario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- garantire l’offerta attiva di tutti i servizi del percorso nascita alle donne del territorio montano, con particolare attenzione al puerperio ed all’allattamento (home visiting). L’offerta attiva deve essere un obiettivo da estendere progressivamente anche all’Area Nord ed a tutto il territorio provinciale</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Tutte le donne in gravidanza ed i neonati e le loro famiglie, residenti nel territorio della Provincia di Modena.
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio dei percorsi assistenziali previsti e programmati per le diverse necessità della donna in gravidanza e della sua famiglia.</li> <li>2. Nella logica dei percorsi, valutare l’appropriatezza degli strumenti diagnostici ed assistenziali utilizzati (dal monitoraggio della gravidanza alla modalità di parto, al percorso puerperale, agli esiti di salute materni e neonatali) compresa l’appropriatezza della tipologia di professionista che prende in carico.</li> <li>3. Valutazione sistematica del funzionamento dei nodi della rete assistenziale, per focalizzare le sinergie, sia quelle efficaci che quelle che necessitano di interventi correttivi e/o migliorativi.</li> <li>4. Percorso “home visiting” in puerperio: in affiancamento all’intervento delle ostetriche (e dei servizi sociali ove necessario) valutare il coinvolgimento del volontariato.</li> <li>5. Introduzione della offerta dei test di valutazione della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti</li> <li>6. Favorire la libera scelte delle donne sui percorsi della gravidanza attraverso una ampia e completa informazione.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Interventi sul territorio provinciale, con alcune specifiche relative al territorio montano (Distretti di Pavullo, Vignola, Sassuolo), ed a quello di Area Nord (indicazioni del protocollo metodologico).</p> <p>Descrittivo</p> <p>Rete integrata di sostegno supporto alla gravidanza secondo i bisogni della donna.</p> <p>A) Riorganizzazione della rete dei PN. Adeguamento ai criteri del Protocollo Metodologico allegato al DM 11.11.2015)</p> <p>-Mirandola: guardia attiva H24 di ginecologo, anestesista, pediatra, I.P. di sala operatoria, doppio turno ostetrico.</p>

-Carpi: anestesista dedicato H24-

Estensione dell'offerta di parto-analgesia h 24 a Carpi ed attivazione a Mirandola

B) Riordino dell'assistenza integrata alla gravidanza.

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 in tutte le articolazioni utili. I profili assistenziali sono pre-definiti oggi in base 1. ai fattori di rischio e 2. alle competenze professionali. Dovranno essere integrati con percorsi ri-definiti in base ai bisogni di salute delle donne (e loro fam...), sia sui contenuti scientifici che nei percorsi materialmente strutturati ed usufruiti, garantiti a tutte (presa in carico con programmazione di tutti i controlli clinico strumentali previsti). Ad oggi molti percorsi sono strutturati (presa in carico in gravidanza e per il parto, dgn prenatale, test combinato, assistenza alle donne con patologie, sostegno allattamento...), molti necessitano di ampliamento o di strutturazione (corsi accompagnamento alla nascita, dimissione dall'H con link sul consultorio, assistenza a diverse situazioni patologiche, sostegno all'allattamento in H e post dimissione, individuazione e sostegno alla fragilità psicologica...).

Nota: l'assistenza alle patologie della gravidanza non è l'invio ad un ambulatorio X di un presidio Y (inviare e demandare), ma la costruzione di un sistema professionale che si fa carico del problema e della gravida in toto.

Bisogni sanitari delle donne straniere: garanzia dell'accompagnamento con mediazione; garanzia di percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.

Tutte queste situazioni si affrontano in sinergia consultori (e territorio nelle sue molteplici articolazioni) ed ospedali, ma spesso anche con un lavoro comune con i servizi sociali e del volontariato. Le fragilità sono sempre più numerose e solo una rete integrata, strutturata con sinergie efficaci, è in grado di limitare gli effetti negativi di tante "povertà" diverse.

C) Monitorare le reti STAM e STEN. Occorre continuare a monitorare, per cogliere eventuali problemi nella qualità e tempestività dell'assistenza, che possano essere rapidamente corretti.

D) Promuovere campagne informative alla popolazione. Supportare l'attività della RER e della Commissione Nascita nello sviluppo di strumenti informativi per l'utenza che attraverso l'illustrazione delle caratteristiche del Percorso Nascita e dei differenti Punti Nascita possa garantire una scelta informata e consapevole da parte delle donne.

E) coinvolgere i/le cittadini/e le loro associazioni nella valutazione e ridefinizione dei percorsi assistenziali proposti...

F) ... monitorando e promuovendo la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare. Attraverso l'Health Equity: audit elaborare strategie di contrasto alle disuguaglianze.

Particolare impegno richiede il recupero del Punto Nascita di Mirandola della propria attività per il parto fisiologico, attraverso molteplici iniziative sviluppate in integrazione con il Punto Nascita di Carpi, in favore della informazione relativa alla specializzazione del punto nascita di Mirandola per il parto fisiologico con tecniche analgesiche farmacologiche e non, e con una attività professionalizzante delle ostetriche che gestiscono sia sul territorio che in ospedale la maggior parte delle gravidanze in autonomia. Grande attenzione va dedicata inoltre al rapporto con il territorio: MMG, PLS e ostetrici libero-professionisti. Come indicato dalla deroga concessa dalla Commissione Nascita Nazionale la valutazione dei risultati ottenuti andrà condotta semestralmente. Elementi di trasversalità/integrazione.

La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di

	neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL, Unione dei Comuni, Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Accorsi Paolo Direttore del Dipartimento Ostetricia Ginecologia e Pediatria – mail p.accorsi@ausl.mo.it tel. 059/659301
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

## Indicatori locali: 1

**1°: evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;**

**Descrizione:** evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

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

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>La violenza sui minori è molto diffusa ma, al contempo, difficilmente rilevabile sia per meccanismi culturali di minimizzazione e negazione del fenomeno, sia perché si caratterizza per verificarsi prevalentemente all'interno della famiglia (WHO, 2002), col forte rischio di restare inespressa e invisibile, ampliando e cronicizzando i danni sul piano fisico e psicologico delle vittime. Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute, evidenziando danni fisici e psicologici, che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche (Cheli et al., 2012). Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il fenomeno: - resta sommerso e non viene individuato; - è ripetuto nel tempo; - la risposta di protezione alla vittima ritarda o è elusa; - il vissuto traumatico è negato, resta non espresso o non elaborato; - è intrafamiliare. La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito delle funzioni di programmazione e indirizzo degli interventi socio-sanitari (Legge Regionale 28 luglio 2008, n. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni") definisce le linee d'indirizzo e le prassi appropriate per favorire: • la prevenzione, la rilevazione precoce per l'emersione del fenomeno e il suo contrasto; • la protezione e la cura delle vittime o presunte tali; • il consolidamento di azioni (sociali, sanitarie, educative e giuridiche) multidisciplinari e integrate dei/tra i Servizi, assicurando il necessario coordinamento al fine di favorire modalità stabili di confronto e di raccordo interistituzionale. Indicazioni riconfermate e sostenute con l'approvazione di un Programma Straordinario a favore dell'infanzia e adolescenza previsto dalla DGR n.378/20101 (e DGR seguenti), e dalla DGR 1904/2011 "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" per la cui completa applicazione (vedi parte 1, comma 5- Metodologia del lavoro integrato e progetto quadro) è in corso di definizione ed approvazione un documento che ne disciplini modalità e strumenti per la valutazione e presa in carico integrata socio-sanitaria.</p>
<b>Razionale</b>	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio</p>

	<p>psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc.</p> <p>Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettere a punto i percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatra di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.) anche attraverso l'applicazione della DGR n. 1102/2014.</li> <li>2. Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni.</li> <li>3. Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa interistituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni quali ad esempio individuazione di elenchi di operatori qualificati per la gestione di strutture semi-residenziali e residenziali per l'accoglienza di minori e genitori in difficoltà nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 1904/2011 e successive modifiche ed integrazioni.</li> <li>4. Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie, (es. Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I., Modello dialogico, Family Group Conference, Famiglia aiutano Famiglie, ecc.).</li> <li>5. Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni (Care Leavers Network), azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Il presente progetto si raccorda compiutamente con le progettualità contenute nel Programma nuove generazioni e responsabilità familiari.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizi sanitari, sociali, Coop sociali, Terzo settore.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione          Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione          Responsabili Servizi Scolastici Comuni di Bastiglia, Bomporto, Castelfranco Emilia, Nonantola, Ravarino e San Cesario.</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 1.006.417,00**

---

- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*):1.006.417,00 €

---

**Indicatori locali: 1**

---

**1°: Numero di minori trattati tramite integrazione multiprofessionale**

**Descrizione:** monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 14 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 14

- **Obiettivo 2019:** 14

- **Obiettivo 2020:** 14

## 26. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Completato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AUSL Modena con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena, il Nuovo Ospedale di Sassuolo e le Unioni dei Comuni presenti sul territorio della Provincia.</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>In relazione a quanto premesso risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati quali il fast-track o l'affidamento specialistico. La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.</p> <p>Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati.</p>
<b>Razionale</b>	<p>La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre al Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).</p> <p>In questa articolata rete di offerta, il Pronto Soccorso in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri</p>



	<p>ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.</p> <p>Il Pronto Soccorso ,oggi ,si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggiornamento del Piano provinciale di gestione dei percorsi in emergenza ed urgenza <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politrauma e Trauma service;</li> <li>• STEMI</li> <li>• TROMBOLISI nell'ICTUS ,incluso il Progetto Telestroke area Sud</li> <li>• aggiornamento del trattamento in urgenza delle emorragie digestive</li> <li>• STAM e STEN</li> </ul> </li> <li>2. Implementazione dei Protocolli avanzati di trattamento infermieristico in emergenza territoriale (DGR 508/2016);</li> <li>3. Implementazione attività di elisoccorso provinciale ed attivazione di aree provinciali per attività di elisoccorso notturno</li> <li>4. Piani di gestione del sovraffollamento dei PS per Presidio Ospedaliero e per Area (Nord, Centro, Sud). istituzione Patients flow facility group con rilevazione Posti letto disponibili per PS 2 vv /die ; previsti interventi a risposta rapida , intermedia e lunga nei singoli Presidi Ospedalieri</li> <li>5. Attivazione dei percorsi fast track nei PS provinciali e di percorsi di affido specialistico: Carpi, Mirandola, Vignola,Pavullo</li> <li>6. Implementazione di aree di degenza a rapido turno over (medicina d'urgenza e medicina): Baggiovara, Policlinico, Carpi, Vignola, Mirandola</li> <li>7. Pianificazione dipartimento emergenza urgenza delle dotazioni e competenze del personale medico e delle professioni sanitarie in relazione agli standard di prodotto (emergenza territoriale, PS, OBI,medicina d'urgenza, medicina delle catastrofi) ; piani per la gestione delle carenze di personale medico ed infermieristico , job rotation (personale medico ed infermieristico per l'emergenza territoriale)</li> <li>8. Piani per la Gestione delle cronicità e delle fragilità nei PS : es percorso CRAPSOS, scompenso cardiaco, BPCO. Azioni Distrettuali con i servizi territoriali, le case della salute, le CRA, i MMG</li> <li>9. Ruolo socio sanitario dei PS: implementazione del progetto attivato nel 2012-14 per la gestione delle difficoltà socio economiche, della violenza di genere, sui minori, delle fragilità psichiche degli adulti e degli adolescenti, del gioco d'azzardo e delle dipendenze in genere, della salute dei migranti e degli homeless, della salute sessuale. Ricerca delle sinergie con i servizi sociali, il volontariato, enti ed associazioni provinciali</li> <li>10. Osservatorio permanente con il Volontariato per la gestione dei servizi di emergenza urgenza e per i servizi intraospedalieri</li> <li>11. Attivazione centrale trasporti intraospedalieri (2018)</li> <li>12. Applicativo unico informatico provinciale di Pronto Soccorso per ottimizzare strategie e performance (Patient's input)</li> <li>13. Gestione Dati e monitoraggio e sinergia con Data &amp; Business Intelligence Chief Manager : <ul style="list-style-type: none"> <li>• on line PS AUSL sul sistema BI aziendale Pagoda, tabelle e grafici dinamici con aggiornamento ogni 3' su Pazienti in attesa , Pazienti in carico divisi codice colore, Pazienti in OBI, N Pazienti valutati in PS ultime 24 ore.</li> <li>• Rilevazione NEDOCS indice dinamico di sovraffollamento dei PS</li> <li>• rilevazione settimanale per sorveglianza virologica influenza dati nazionali, regionali, dati epidemiologici provinciali di Modena</li> </ul> </li> </ol>

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Toscani Stefano – Responsabile Emergenza Urgenza – mail: s.toscani@ausl.mo.it tel. 0535/602244 059/2134914
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 5

### 1°: Produzione di linee d'indirizzo e monitoraggio dell'implementazione - N. di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo per migliorare accessibilità/N. aziende sanitarie della RER

**Descrizione:** Produzione di linee d'indirizzo per migliorare accessibilità e gestione dei percorsi

**Tipo:** S | N

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

- Obiettivo 2018: S
- Obiettivo 2019: S
- Obiettivo 2020: S

### 2°: Produzione di linee d'indirizzo e monitoraggio dell'implementazione - N. di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo per migliorare accessibilità/N. aziende sanitarie della RER

**Descrizione:** N. di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo per migliorare accessibilità/N. aziende sanitarie della RER

**Tipo:** Numerico

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

- Obiettivo 2018: S
- Obiettivo 2019: S
- Obiettivo 2020: S

### 3°: Presenza di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.)

**Descrizione:** Definizione e realizzazione di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.)

**Tipo:** Testuale

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

- Obiettivo 2018: Piano NEDOCS Ps Carpi
- Obiettivo 2019: Implementazione Piano NEDOCS in un Nuovo PS ( Mirandola o Pavullo o Vignola)
- Obiettivo 2020: Implementazione in un Nuovo PS ( Mirandola o Pavullo o Vignola)

### 4°: Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER

**Descrizione:** numero iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)

**Tipo:** Numerico

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

- Obiettivo 2018: Almeno un' iniziativa per ogni area tematica su ogni distretto
- Obiettivo 2019: Almeno un' iniziativa per ogni area tematica su ogni distretto
- Obiettivo 2020: Almeno un' iniziativa per ogni area tematica su ogni distretto

**5°: Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER**

**Descrizione:** Specificare le tematiche: Implementazione dei protocollo provinciali esistenti su Violenza ed Abuso

**Tipo:** Testuale

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

- **Obiettivo 2018:** Implementazione protocolli provinciali su violenza, abuso donne minori.

- **Obiettivo 2019:** Implementazione protocolli provinciali su violenza, abuso donne minori. Violenza su anziani e disabili

- **Obiettivo 2020:** Implementazione protocolli provinciali su violenza, abuso donne minori. Violenza su anziani e disabili

## 27. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Completato

### Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 4 Budget di salute
- 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore
- 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>A;C;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Il Servizio Sociale territoriale, come previsto dalle linee guida regionali, ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento, sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale, promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere, favorire e sostenere politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione a rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale, far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio.</p> <p>Dal punto di vista operativo il SST deve tendere al superamento di una logica di lavoro per target separati e sostenere una modalità di lavoro di sistema.</p>
<b>Razionale</b>	<p>I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata. La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: è caratterizzata dal carattere pluriculturale, da una nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, da una crescente fragilità economica di molti nuclei, da nuove forme di povertà ed esclusione sociale, da difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico, dalla povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, da patologie croniche e dalla multimorbilità.</p> <p>Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare e che al tempo mettono in luce aspetti di fragilità e vulnerabilità del sistema stesso.</p> <p>I mutamenti sociali e le emergenze più volte richiamati rendono sempre più</p>

	<p>necessario sostenere e sviluppare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno e della messa in campo di azioni specifiche, attivando altresì maggiori sinergie tra i punti di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari. La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiedono un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale.</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso capillarmente sul territorio che individui nello sportello sociale il punto unitario prevalente d'accesso, nel quale venga dato ascolto e risposta ai bisogni di: informazione, ascolto, orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Premesso che tra le scelte strategiche e le priorità del presente Piano di Zona vi sono azioni tese a sviluppare ed implementare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, del lavoro oltre che culturali ed educativi del territorio nonché a diffondere la prossimità intesa come nuovo approccio dei servizi (dall'andare verso, essere nei luoghi di vita) .</p> <p>In particolare si intenderà a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- potenziare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno attivando maggiori sinergie tra i vari punti di accesso.</li> <li>- sviluppare ed implementare l'integrazione gestionale e professionale tra servizi sociali e sanitari da realizzarsi, prioritariamente nell'ambito delle attività della Casa della salute, attraverso il metodo della co - costruzione di un progetto di cura e di vita personalizzato sia per gli adulti ( multiproblematici, disabili, anziani..) che per i bambini e i giovani attraverso lo strumento dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare ( UVM).</li> <li>- estendere l'operatività dell'equipè multiprofessionale ( sociale – sanitaria – del lavoro) attivata con gli Accordi di Programma e i Piani integrati previsti dall'art. 4 della legge regionale n.14/2015 alla valutazione e presa in carico dei nuclei familiari destinatari di misure di contrasto alla povertà.</li> <li>- proseguire nel consolidamento dell'utilizzo del budget di salute, quale nuovo strumento di integrazione socio – sanitaria per progetti di cura e di autonomia.</li> </ul> <p>Il Servizio sociale e socio - sanitario dell'Unione, di cui il Servizio Sociale Territoriale costituisce una articolazione sarà infine chiamato a valorizzare e potenziare il lavoro con le reti ed il lavoro di comunità, promuovendo la costruzione di veri e propri “ patti di collaborazione” tra soggetti istituzionali, del mondo imprenditoriale e sindacale e del terzo settore.</p> <p>Pur rilevato che lo sportello sociale ed il servizio sociale professionale ( che insieme compongono il Servizio Sociale Territoriale) rispettano i livelli minimi previsti dalle norme regionali ( DGR 1012/2014) e nazionali (Piano nazionale povertà) si ritiene necessario, considerato la crescente complessità dei bisogni degli utenti che accedono allo sportello sociale, la richiesta di competenze sempre più trasversali a diversi ambiti d'intervento oltre che la diffusione di una modalità di presa in carico dei bisogni proattiva e capacitante ed incentrata sulla comunità, operare in termini di riorganizzazione/implementazione per attuare una progressiva qualificazione dei servizi.</p> <p>In particolare nel corso del triennio si opererà pertanto per :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere il lavoro di rete come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle situazioni complesse;</li> <li>- sviluppare una maggiore integrazione con i servizi del lavoro, estendendo l'integrazione ( istituzionale, gestionale e professionale) tra servizi del lavoro, sociali e</li> </ul>

	<p>sanitari, già avviata con il Piano Integrativo Territoriale, ai progetti di contrasto alla povertà;</p> <p>- consolidare e implementare l'organizzazione delle valutazioni multidimensionali in capo al Punto Unico di accesso Socio - Sanitario ( PUASS), in un ottica di razionalizzazione organizzativa della fase valutativa svolta da unità multidimensionali;</p> <p>- prevedere momenti di formazione e accompagnamento per la diffusione del metodo del lavoro di comunità, gli operatori dei servizi devono infatti poter essere in grado di dedicare parte del loro lavoro alla cura delle relazioni con la comunità, devono conoscere la comunità all'interno della quale operano e devono essere capaci di attivare collaborazioni e sviluppare metodologie partecipative e di coinvolgimento del territorio.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Progetti realizzati nell'ambito della casa della salute, interventi a sostegno della genitorialità.</p> <p>Collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione</p> <p>Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Il fondo sociale regionale è ripartito tra i Comuni aderenti all'Unione sulla base della popolazione residente 15-64 anni al 31/12/2016.</p>

---

## Totale preventivo 2018: € 613.771,54

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **58.564,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **81.989,01 €**
- Altri fondi regionali (*F SOCIALE LOCALE DGR 1867/17-649/17 QUOTA REGIONE 2017 PROGRAMMATA NEL 2018*): **9.399,64 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*): **463.818,89 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## 28. L'ITC-Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di E-Welfare

Completato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AUSL e comuni afferenti alle case della salute dell'area montana. In prima battuta Montefiorino, Pievepelago e Fanano.</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	

<b>Descrizione</b>	<p>Fornire alla popolazione target, dell'area disagiata, un servizio strutturato di controllo e monitoraggio delle patologie croniche in un'ottica di erogazione di un servizio personalizzato sul paziente cronico ma diversificata in funzione della prossimità, del contesto di vita e di assistenza.</p> <p>In quest'ottica definire e strutturare uno scenario organizzativo e tecnologico sostenibile.</p>
<b>Razionale</b>	<p>Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Techno-logy) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori.</p> <p>Sviluppare servizi ICT (Innovation and Communication Technology) a servizio di aree disagiate della provincia sfruttando le potenzialità che il mercato della telemedicina mette oggi a disposizione in una logica di distribuzione delle informazioni cliniche. La logica è quella della "prossimità tecnologica e digitale".</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Popolazione target da registro cronicità, utenti (singole persone/famiglie, associazioni di utenti, di familiari...), volontari.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle aree disagiate (con diverse caratteristiche geografiche) in provincia, della popolazione residente e nell'ambito della popolazione residente definire la prevalenza delle malattie croniche individuate (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, pazienti in terapia anticoagulante orale, malattie neurodegenerative).</li> <li>2. Definire i criteri di arruolamento dei pazienti, la loro classificazione sia in termini di malattia che di stadio di gravità della stessa.</li> <li>3. Definire i criteri per il monitoraggio dello stadio di gravità della malattia e di conseguenza lo scenario assistenziale che ne deriva.</li> <li>4. Di conseguenza definire lo scenario organizzativo per l'utilizzo delle tecnologie di telemedicina nei seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• domicilio</li> <li>• ambulatorio infermieristico</li> <li>• consulto medico specialistico</li> </ul> </li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Il progetto può essere visto come applicazione del progetto regionale di Telemedicina, approvato con la Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015, all'interno del quale è anche prevista l'acquisizione di una piattaforma tecnologica (software o</p>

	<p>insieme di moduli software di comunicazione ) con interfaccia web che dovrà essere sviluppati avendo a riferimento il livello Regionale, ma con articolazione a livello delle singole Aziende Sanitarie Regionali, con hosting nei Data Centres e nei Servers Regionali del Sistema Sanitario Regionale. In esso confluiranno dati di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori.</p> <p>La struttura sopra definita dovrà essere funzionale, nel suo complesso a realizzare i due flussi di informazione seguenti:</p> <p>SHORT LOOP: questo flusso corrisponde al monitoraggio autonomo del paziente, attraverso il quale l'utente può tenere sotto controllo continuamente il proprio stato di salute all'esterno dell'ospedale e verificare, se del caso, il proprio livello di adesione alle indicazioni ricevute.</p> <p>LONG LOOP: questo flusso permette il monitoraggio ospedale-territorio, attraverso il quale è garantita l'interazione medico-paziente in maniera semplice, immediata e sicura. Attraverso questo flusso il personale medico può comunicare con il paziente, personalizzare il processo di cura e tenere sotto controllo i suoi parametri.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Garagnani Massimo – Responsabile Servizio Unico Ingegneria Clinica - mail: m.garagnani@ausl.mo.it tel. 059/435790
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**



## 29. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Azienda USL di Modena, sia attraverso le articolazioni nei diversi Dipartimenti e figure professionali (PdC, Igiene Pubblica, Cure Primarie, MMG e PLS) che le articolazioni territoriali</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>B;D.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>Obiettivo della Regione è, in generale, adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire, per tutte le fasce d'età, l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza.</p> <p>Dovrà inoltre essere garantita la corretta applicazione del Decreto-legge, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per razionalizzazione l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e alla organizzazione dei recuperi dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati nei tempi previsti dal Decreto 77/2017.</p>
<b>Razionale</b>	<p>Il ricorso alla prassi vaccinale costituisce un efficace strumento non solo di tutela della salute della cittadinanza (minori e adulti), ma anche un importante strumento di tutela della qualità della vita per categorie di persone fragili: persone che per condizioni individuali non possono usufruire di questo strumento di protezione nei confronti di alcune patologie infettive (beneficio derivante dal cosiddetto "effetto gregge") e portatori di patologie croniche (di qualsiasi età, ma prevalentemente anziani) per i quali il sopravvenire di malattie infettive costituirebbe un aggravarsi delle patologie di base, limitazione alla piena fruizione delle capacità residue, necessità di cure, anche di lunga durata, presso strutture di degenza o socio-sanitarie o assistenziali.</p> <p>La normativa e la programmazione sanitaria nazionale e regionale, sulla base di tali motivazioni, danno ampio risalto al tema della vaccinazione come strumento di tutela della salute e come fattore di equità e si caratterizzano per obiettivi di copertura vaccinale di alto livello.</p> <p>Tali obiettivi non si esauriscono unicamente in indici di copertura vaccinale riferiti a fasce d'età, ma si indirizzano anche verso categorie di persone "fragili" che necessitano come tali di attenzione specifica: l'attuazione di iniziative mirate (di informazione, di proposta, di spazi dedicati) possono rientrare nell'alveo della cosiddetta "medicina di iniziativa" e di "care giving" che caratterizzano la mission dell'Az. Usl di Modena.</p>

	<p>Fra i riferimenti normativi , si richiamano i più recenti: 1) Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione E-R 2) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 del 19 gennaio 2017 3) aggiornamento dei LEA (G.U. 18-03-2017) 4) Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale approvato con DGR n. 427 del 05/04/2017</p>																																																							
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Vaccinazioni Adulti. Soggetti di età pari o superiore ai 18 anni, con particolare riguardo alla popolazione anziana, ai portatori di patologie croniche, ai portatori di patologie specifiche ad elevato rischio per malattie infettive, alle donne in età fertile rubeotest negative , alle donne in stato di gravidanza, ai portatori di HIV, alle situazioni di trapianto di organo solido effettuato o in programma e in generale in risposta ai diritti esigibili previsti dai LEA</p> <p>Vaccinazioni minori. Tutti i minori di età compresa tra 0 e 18 anni, residenti o domiciliati in uno dei comuni della provincia di Modena</p>																																																							
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p><b>Vaccinazioni Adulti:</b> offerta attiva ai destinatari, in collaborazione con MMG, Consultorio Familiare, Ospedali Aziendali , Policlinico-Baggiovara, Sassuolo, Servizi Sociali, delle vaccinazioni riportate nella tabella sottostante per il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti</p> <table border="1" data-bbox="464 831 1442 1543"> <thead> <tr> <th>vaccinazione</th> <th>Destinatari</th> <th>Modalità</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Antinfluenzale</td> <td>&gt;= 65 anni</td> <td>offerta attiva</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Categorie rischio</td> <td>offerta attiva</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> </tr> <tr> <td>personale sanitario</td> <td>offerta attiva</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> </tr> <tr> <td>Pneumococco</td> <td>coorte 65enni</td> <td>Offerta Attiva Pn 13 a 65 anni Pn 23 a 66 anni</td> <td>55%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Dift-Tet-Pertosse</td> <td>tutti adulti</td> <td>Att ordinaria</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> </tr> <tr> <td>gravide 28-32 sett</td> <td>Att ordinaria</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> <td>incremento</td> </tr> <tr> <td>Zoster</td> <td>coorte 65enni</td> <td>offerta attiva</td> <td>20%</td> <td>35%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Vaccinazioni Adulti:</b> attività vaccinale a favore di categorie specifiche (fragili)</p> <p>a) <b>Istituti penitenziari:</b> antidiftotetanea, antiepatite B, antipneumococcica, antinfluenzale (anno 2017 somministrate 195 dosi di vaccino in collaborazione con i medici delle strutture) Obiettivi: mantenimento</p> <p>b) <b>Percorsi dedicati a soggetti a rischio definiti da protocolli interaziendali AOU e AUS:</b> trapiantati di cellule staminali, trapiantati o in attesa di trapianto di organo solido, persone positive al virus dell'immunodeficienza umana. Obiettivo: mantenimento</p> <table border="1" data-bbox="464 1865 1390 2042"> <thead> <tr> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 pazienti in carico</td> <td>87 pazienti in carico</td> <td>173 pazienti in carico</td> <td>275 pazienti presi in carico</td> <td>361 pazienti presi in carico</td> </tr> </tbody> </table>	vaccinazione	Destinatari	Modalità	2018	2019	2020	Antinfluenzale	>= 65 anni	offerta attiva	75%	75%	75%	Categorie rischio	offerta attiva	incremento	incremento	incremento	personale sanitario	offerta attiva	incremento	incremento	incremento	Pneumococco	coorte 65enni	Offerta Attiva Pn 13 a 65 anni Pn 23 a 66 anni	55%	75%	75%	Dift-Tet-Pertosse	tutti adulti	Att ordinaria	incremento	incremento	incremento	gravide 28-32 sett	Att ordinaria	incremento	incremento	incremento	Zoster	coorte 65enni	offerta attiva	20%	35%	50%	2013	2014	2015	2016	2017	2 pazienti in carico	87 pazienti in carico	173 pazienti in carico	275 pazienti presi in carico	361 pazienti presi in carico
vaccinazione	Destinatari	Modalità	2018	2019	2020																																																			
Antinfluenzale	>= 65 anni	offerta attiva	75%	75%	75%																																																			
	Categorie rischio	offerta attiva	incremento	incremento	incremento																																																			
	personale sanitario	offerta attiva	incremento	incremento	incremento																																																			
Pneumococco	coorte 65enni	Offerta Attiva Pn 13 a 65 anni Pn 23 a 66 anni	55%	75%	75%																																																			
Dift-Tet-Pertosse	tutti adulti	Att ordinaria	incremento	incremento	incremento																																																			
	gravide 28-32 sett	Att ordinaria	incremento	incremento	incremento																																																			
Zoster	coorte 65enni	offerta attiva	20%	35%	50%																																																			
2013	2014	2015	2016	2017																																																				
2 pazienti in carico	87 pazienti in carico	173 pazienti in carico	275 pazienti presi in carico	361 pazienti presi in carico																																																				

2 nuovi pazienti	85 nuovi pazienti	86 nuovi pazienti	102 nuovi pazienti	86 nuovi pazienti
---------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

c) **Percorsi dedicati a soggetti con patologie croniche con elevato a rischio per malattie invasive batteriche:** in accordo col PRP 2015 – 2018 e in collaborazione con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, previsto inserimento nella lettera di dimissioni indicazione all'esecuzione presso ambulatori specifici del Sip di programma personalizzato di vaccinazioni. Obiettivo: incremento degli accessi

tipo di vaccino	2014	2015	2016	2017
Pneumococco 23 val.	759	502	872	1.117
Pneumococco 13 val.	940	729	931	1597
Emofilo influenza b	211	167	216	395
Meningococco ACW135Y coniug.	270	278	390	4.535*
Meningococco B a DNA ricomb.	77	401	390	1.450*

\* il dato comprende sia soggetti con fattori di rischio per malattie invasive batteriche sia soggetti sani che hanno richiesto la vaccinazione contro meningococco

d) **Persone richiedenti asilo e assistite nell'ambito dei programmi Mare Nostrum e Triton:** in attuazione della normativa nazionale e delle disposizioni regionali in materia, vengono garantite le medesime prestazioni vaccinali che si applicano alla popolazione residente. Attività gennaio 2014 – febbraio 2018 Obiettivo: mantenimento

Totale persone che hanno completato il ciclo di 3 vaccinazioni	679
Totale persone che hanno completato il ciclo di 2 vaccinazioni	1.447
Totale persone che hanno iniziato il ciclo con la prima dose	2.070
N° di sedute vaccinali dedicate	309
N° di dosi di vaccini somministrati	12.367

**Vaccinazioni Minori:** offerta attiva ai destinatari, in collaborazione con PLS, MMG, Consultorio Familiare, Ospedali Aziendali, Policlinico-Baggiovara, Sassuolo, Servizio Sociale, delle vaccinazioni riportate nella tabella sottostante per il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti

vaccinazione	Destinatari	Modalità	2018	2019	2020
MeningococcoB	coorte 12 mesi	offerta attiva	75%	95%	95%
Rotavirus	coorte 12 mesi	offerta attiva	60%	75%	95%
Varicella 1 dose	coorte 24 mesi	offerta attiva	75%	95%	95%

	HPV maschi	coorte 11 enni	offerta attiva	60%	75%	95%
	IPV	coorte 13 enni	offerta attiva	60%	75%	90%
	Meningococco ACWY	coorte 13 enni	offerta attiva	75%	95%	95%
	<p>A integrazione di quanto previsto in termini di offerta vaccinale alla popolazione , il Servizio Igiene Pubblica ( SIP) e la Pediatria di Comunità ( PdC ), intendono definire nel corso del 2018 , il Protocollo per le vaccinazioni in ambiente protetto, in integrazione con le strutture ospedaliere del territorio nel corso del 2019 , l'attivazione sul sito WEB aziendale di un'unica pagina di accesso a tutte le prestazioni vaccinali erogate dalla Ausl di Modena nel corso del 2020 , sviluppare la possibilità per il cittadino di accedere a una piattaforma WEB per la gestione diretta degli spostamenti degli appuntamenti vaccinali, relativi ad alcune tipologie</p>					
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Le attività vaccinali rivolte all'adulto e quelle raccomandate per i minori si realizzano in ambito provinciale. Le dimensioni aziendali del Servizio di Igiene Pubblica e della Pediatria di Comunità costituiscono garanzia di pari modalità e qualità di erogazione delle prestazioni in tutte le diverse articolazioni distrettuali costituendo in tale modo elemento di equità a prescindere dai punti di accesso da parte del cittadino ( n.1 punto erogativo per distretto per gli adulti e n. 23 punti erogativi per i minori ). Programmare interventi di formazione per gli operatori sanitari dei servizi territoriali ed ospedalieri e per gli operatori delle scuole ( nidi e materne)</p>					
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	- Azienda Ausl di Modena, Aziende ospedaliere, Enti comunali e gestori privati di scuole					
<b>Referenti dell'intervento</b>	Sighinolfi Giulio – Responsabile pediatria di Comunità – mail: g.sighinolfi@ausl.mo.it tel. 059/2134325					
<b>Risorse non finanziarie</b>						

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 3

### **1°: attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA;**

**Descrizione:** attuazione del nuovo calendario vaccinale nei tempi prescritti dal Piano nazionale prevenzione vaccinale-PNPV

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**2°: attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA**

**Descrizione:** miglioramento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA al 24° mese d'età

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

**3°: monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente**

**Descrizione:** Report sulle coperture vaccinali previste dalla norma vigente

**Tipo:** S | N

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

- **Obiettivo 2018:** s

- **Obiettivo 2019:** s

- **Obiettivo 2020:** s

### 30. Piano attività per la non autosufficienza-programma disabili

Completato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA Via P.zza della Vittoria, 8 - 41013 Castelfranco E. (MO) Tel. 059 800 711 - Fax 059 818 033 PEC: pec@cert.unionedelsorbara.mo.it Codice Fiscale 94090840367 Partita IVA 02716680364</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>Sì</b>
Aree	<b>C.</b>

<b>Descrizione</b>	La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.
<b>Razionale</b>	Obiettivo complessivo, trasversale a tutte le aree di intervento, è la realizzazione di un sistema di welfare basato su di una prospettiva dei diritti dei cittadini all'accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura, superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni. La persona, il suo sistema di relazioni e il suo contesto di vita, sono poste al centro del sistema di servizi che si organizza attorno ad essi per rispondere in maniera efficace ed integrata al bisogno e per riconoscere i diritti e la capacità di autodeterminazione di ogni cittadino.
<b>Destinatari</b>	<p>Persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92</p> <p>Persone con disabilità e/o invalide ai sensi della L. 68/99</p> <p>Persone con gravissime cerebrolesioni, gravissime mielolesioni, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidamento della funzione di coordinamento dei servizi/attività inerenti la non autosufficienza di ambito distrettuale. Sostegno alla domiciliarità e nuove opportunità assistenziali.</li> <li>2. Consolidamento degli interventi socio-sanitari attraverso l'integrazione funzionale dei servizi già dalla fase dell'accoglienza.</li> <li>3. Assistenza domiciliare socio-assistenziale (comprensiva dei servizi collaterali quali consegna pasti a domicilio, telesoccorso, servizio di lavanderia) e socio-educativa (comprensiva del servizio di educativa territoriale) così come prevista dalla DGR 514/09 e s.m.i..</li> </ol>

4. Elaborazione di specifici progetti individualizzati a sostegno del lavoro di cura rivolto alle persone con disabilità grave (DGR 1122/02) e persone con gravissima disabilità acquisita (DGR 2068/04), anche prevedendo l'erogazione dell'assegno di cura. L'assegno di cura rappresenta, infatti, una risorsa da utilizzare nell'ambito di uno specifico progetto del Servizio Sociale a seguito di una valutazione globale e multi- dimensionale che tiene conto delle risorse della persona disabile e della tenuta del contesto familiare in relazione alle caratteristiche e alle esigenze di accudimento di cui necessita.

5. Riconoscimento del contributo aggiuntivo di 160 euro per i disabili e per le persone con gravissima disabilità destinatari di assegni di cura, applicando i criteri ed i limiti indicati nella DGR 1206/2007, qualora ricorrano le condizioni previste dalla citata deliberazione;

6. Ricoveri di sollievo, intesi come opportunità e risorsa per il sostegno al lavoro di cura di famigliari e care givers e il mantenimento a domicilio della persona con disabilità; costituiscono una delle opportunità da utilizzare nel Programma personalizzato di vita e di cura. L'accoglienza temporanea di sollievo ha durata di norma massimo di 30 giorni, variabile in relazione ai bisogni del disabile e dei familiari e a quanto previsto nel Programma di Assistenza Individualizzato;

7. Azioni per la promozione dell'utilizzo di tutte le misure di tutela giuridica oggi disponibili (amministratore di sostegno, associazionismo);

8. Consolidamento degli interventi indicati nell'allegato 5 della DGR 1206/07 per la consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico;

9. Dimissioni protette.

#### 10. CENTRI SOCIO RIABILITATIVI DIURNI ACCREDITATI DISTRETTUALI ED EXTRA DISTRETTUALI

I Centri socio-riabilitativi diurni accreditati distrettuali ed extradistrettuali sono strutture socio-sanitarie a carattere diurno destinate a persone in età adulta che a causa di disabilità fisiche, intellettive, relazionali o plurime presentano una situazione di non autosufficienza fisica e/o assenza di autonomia relazionale particolarmente marcata in particolare rispetto alle abilità di base della vita quotidiana e/o in aspetti quali la comunicazione, le relazioni, la cura di sé, l'orientamento. A tali caratteristiche si possono associare problemi comportamentali particolarmente frequenti o imprevedibili.

I Centri Diurni hanno tra le proprie finalità garantire percorsi educativi per il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale e sociale, interventi assistenziali per sostenere l'autosufficienza e favorire l'autonomia personale e sociale, attività ricreative, occupazionali e di partecipazione alla vita sociale e di comunità. Essi perseguono altresì la finalità del sostegno al lavoro di cura della rete familiare e/o dei care givers.

#### 11. ASSISTENZA RESIDENZIALE PER DISABILI

Il Distretto garantisce assistenza residenziale per le persone con disabilità per le quali non è più possibile, anche temporaneamente, la permanenza al proprio domicilio. Si tratta di persone che necessitano di assistenza continua e risultano prive dei necessari supporti, famigliari o meno.

L'assistenza residenziale fornisce ospitalità, assistenza per la cura di sé e per i bisogni della vita quotidiana, attua interventi volti alla acquisizione/mantenimento della autonomia individuale possibile, al potenziamento delle capacità cognitive e relazionali e attiva strategie per l'integrazione sociale.

In base al Progetto Individualizzato di vita e di cura definito dalla UVM, l'assistenza residenziale può essere realizzata:

- in Centri socio-riabilitativi residenziali accreditati per disabili;
- in strutture residenziali con minore intensità assistenziale rispetto ai Centri accreditati, quali Comunità Alloggio, Appartamenti Protetti, Gruppi appartamento.

Sul Distretto non sono attualmente presenti servizi residenziali rivolti alle persone

	<p>disabili.</p> <p>12. REALIZZAZIONE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER LA GRAVISSIMA DISABILITÀ ACQUISITA (DGR 2068/04 e s.m.i.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza residenziale rivolta a persone con gravissima disabilità acquisita attraverso l'utilizzo di posti letto accreditati presso la Casa Residenza per Anziani EX RSA con sede a Castelfranco Emilia;</li> <li>- Progetti personalizzati di assistenza residenziale in Case Residenza per Anziani accreditate o in Centri socio-riabilitativi residenziali accreditati per disabili extradistrettuali.</li> </ul> <p>13. ESPRESSIONE FABBISOGNO SERVIZI PER DISABILI ACCREDITATI:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Centro Socio-Riabilitativo Residenziale (CSRR)</td> <td style="width: 30%;">Gerosa Extradistrettuale</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pegaso Extradistrettuale</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nazareno Extradistrettuale</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">TOTALE POSTI CSRR</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>Centro Socio-Riabilitativo Diurno (CSRD)</td> <td>Il Girasole Distrettuale</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Arcobaleno Distrettuale</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Casoni Distrettuale</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Emmanuel Extradistrettuale</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ulteriore fabbisogno</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">TOTALE POSTI CSRD</td> <td style="text-align: right;">37</td> </tr> </table>	Centro Socio-Riabilitativo Residenziale (CSRR)	Gerosa Extradistrettuale	5		Pegaso Extradistrettuale	1		Nazareno Extradistrettuale	16		TOTALE POSTI CSRR	22	Centro Socio-Riabilitativo Diurno (CSRD)	Il Girasole Distrettuale	8		Arcobaleno Distrettuale	8		Casoni Distrettuale	12		Emmanuel Extradistrettuale	4		ulteriore fabbisogno	5		TOTALE POSTI CSRD	37
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale (CSRR)	Gerosa Extradistrettuale	5																													
	Pegaso Extradistrettuale	1																													
	Nazareno Extradistrettuale	16																													
	TOTALE POSTI CSRR	22																													
Centro Socio-Riabilitativo Diurno (CSRD)	Il Girasole Distrettuale	8																													
	Arcobaleno Distrettuale	8																													
	Casoni Distrettuale	12																													
	Emmanuel Extradistrettuale	4																													
	ulteriore fabbisogno	5																													
	TOTALE POSTI CSRD	37																													
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per l'autonomia, la scuola e il lavoro, politiche di contrasto a barriere e discriminazioni, politiche urbanistiche e politiche per la coesione sociale, politiche per la salute.																														
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl, Comuni, Coop. sociali																														
<b>Referenti dell'intervento</b>	Elena Zini Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 1 Unione Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - sanitario - Polo 2 Unione Responsabili Servizi Scolastici Comuni di Bastiglia, Bomporto, Castelfranco Emilia, Nonantola, Ravarino e San Cesario.																														
<b>Risorse non finanziarie</b>	L'esercizio delle funzioni amministrative – tecnico contabili relative alla gestione Fondo Regionale per la non Autosufficienza e del FNA resta in capo all'Azienda Usl, fermo restando che la gestione del FRNA da parte della USL deve integrarsi con la gestione amministrativa di risorse del fondo stesso da parte dei Comuni, là dove vengono anticipate dai Comuni spese per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza. In particolare la gestione del Fondo Regionale per la Non autosufficienza sotto il profilo tecnico contabile riguarda, ai sensi della DGR 1206/07, " la predisposizione, l'approvazione e la stipula delle convenzioni (e in prospettiva degli accordi di fornitura) con i soggetti gestori delle strutture diurne o residenziali e con i soggetti gestori dell'assistenza domiciliare, e gli adempimenti di attuazione delle convenzioni (compreso l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); la liquidazione e l'erogazione degli assegni di cura; l'organizzazione e/o il finanziamento delle iniziative che possono essere supportate dal FRNA, e l'adozione dei relativi atti amministrativi, (compresi i rapporti dal punto di vista amministrativo-contabile con i diversi soggetti, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento); l'acquisizione di beni e servizi, cioè l'attività contrattuale in generale nel rispetto della vigente normativa, strumentali o di supporto alla realizzazione degli interventi																														



e delle attività supportate dal FRNA (compresi i rapporti con i fornitori, l'accertamento dello svolgimento delle attività, la liquidazione delle fatture ed il relativo pagamento)". Qualora spese a carico del Fondo per la realizzazione di progetti specifici integrati inseriti nel Programma distrettuale delle attività per la non autosufficienza venissero anticipate dai Comuni, l'Az. Usl si impegna a provvedere ai pagamenti delle somme anticipate entro 60 giorni dall'invio della richiesta al Servizio economico finanziario della Az. Usl stessa.

In relazione al Fondo il criterio di riparto è il seguente:

- 40% USL
- 60 % Comuni.

Azione B appalto: le spese relative ai laboratori protetti saranno ripartite tra i Comuni aderenti all'Unione sulla base del 50% della popolazione residente al 31/12/2016 e 50% utenti al 31/12/2018.

---

**Totale preventivo 2018: € 3.172.301,64**

---

- FRNA: 2.146.496,67 €
- FNNA: 262.000,00 €
- Unione di comuni (*UNIONE COMUNI DEL SORBARA*):763.804,97 €

---

**Indicatori locali: 1**

---

**1°: Evidenza di un progetto di riorganizzazione dei servizi per disabili**

**Descrizione:** Evidenza di un progetto di riorganizzazione dei servizi per disabili

**Tipo:** Numerico

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

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

## 31. Azioni per l'inclusione scolastica dei disabili

Completato

Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE DEI COMUNI DEL SORBARA - COMUNE DI CASTELFRANCO - COMUNE DI SAN CESARIO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;E.</b>

<b>Descrizione</b>	<p>L'inclusione scolastica degli studenti con disabilità avviene secondo il dettato della legge 104/1992 e s.m.i che trova applicazione in accordi di programma territoriali sottoscritti tra Ufficio Scolastico Regionale – ambito territoriale per la Provincia di Modena, dall'AUSL, dagli Enti locali e dalle Istituzioni Scolastiche, oltre che del D.Lgs n. 66/2017 "Norme per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità"</p> <p>Ai sensi del comma 5 dell'art. 3 del citato D.Lgs, gli Enti Locali, nel riparto delle competenze, provvedono ad assicurare gli interventi necessari per garantire l'assistenza per l'autonomia e per la comunicazione personale, inclusa l'assegnazione del personale, in coerenza con le mansioni dei collaboratori scolastici.</p>
<b>Razionale</b>	<p>L'inclusione scolastica risponde a differenti bisogni educativi e si realizza attraverso strategie educative e didattiche finalizzate allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno nel rispetto del diritto all'autodeterminazione e nella prospettiva della migliore qualità di vita.</p> <p>L'inclusione scolastica si realizza nell'identità culturale, educativa, progettuale, nell'organizzazione e nel curriculum delle istituzioni scolastiche, nonché attraverso la definizione e la condivisione del progetto individuale fra scuole, famiglie e altri soggetti, pubblici e privati, operanti nel territorio.</p> <p>L'inclusione scolastica è inoltre impegno fondamentale di tutte le componenti della comunità scolastica, le quali, nell'ambito degli specifici ruoli e responsabilità, concorrono ad assicurare il successo formativo dei bambini/e, alunni/e, studenti e studentesse .</p> <p>L'inclusione scolastica è attuata attraverso la definizione e la condivisione di un PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (PEI) quale parte integrante del PROGETTO INDIVIDUALE, di cui all'art. 14 della Legge 328/00.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Bambini/e della scuola dell'infanzia, alunni/e della scuola primaria e della scuola secondaria di 1 ° grado, studenti e studentesse della scuola secondaria di 2 ° grado con disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Premesso che l'Unione ( limitatamente ai Comuni compresi nel Polo 2 ) i Comuni di Castelfranco e San Cesario provvedono, nei limiti delle risorse disponibili, ad assegnare alle scuole personale per l'assistenza, finalizzata alla conquista dell'autonomia fisica, relazionale e di apprendimento, degli alunni certificati ai sensi</p>

dell'art. 3 della Legge 104/92 e per i quali, di norma, il relativo profilo di funzionamento ( che dal 1.01.2019 sostituisce la diagnosi funzionale e il profilo dinamico - funzionale ) preveda espressamente tali competenze professionali.

Il profilo di funzionamento , di cui all'art.12 della Legge 104/1992 e s.m.i, costituisce infatti il documento propedeutico alla predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI) nonché definisce le competenze professionali e la tipologia delle misure di sostegno necessarie per l'inclusione scolastica.

Gli interventi di competenza degli Enti Locali si integrano con le attività assistenziali di base ed educativo – didattiche di competenza del personale non docente .

In particolare il personale educativo - assistenziale individuato dagli Enti Locali:

- fa parte del personale non docente, è di supporto all'istruzione e non è responsabile della programmazione didattica
- coopera come figura professionale complementare alla realizzazione di attività funzionali al progetto educativo/didattico
- supporta gli interventi educativi/assistenziali rivolti a favorire la comunicazione, la relazione, l'autonomia e i processi di apprendimento.

Il servizio di assistenza educativa deve essere svolto nel rispetto del Piano Educativo Individuale (P.E.I); il quale individua strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie, nonché indica le modalità di coordinamento degli interventi ivi previsti e la loro interazione con il Progetto Individuale di cui all'art. 14 – comma 2- della Legge 328/00.

Gli Enti Locali nel corso di validità del presente piano intendono definire e sviluppare, anche sulla base di specifici accordi/protocolli territoriali tra i diversi attori coinvolti, le modalità di integrazione tra i servizi degli Enti Locali, il Servizio di NPIA dell'Ausl e le Istituzioni Scolastiche per la definizione, il monitoraggio e la verifica del Piano educativo individualizzato, il quale tra l'altro :

- individua strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e dell'autonomia.
- indica le modalità di coordinamento degli interventi ivi previsti e la loro interazione con il Progetto Individuale.

Si intende altresì promuovere l'elaborazione, da parte dei competenti servizi sociali e sanitari territoriali ed in collaborazione con le Istituzioni Scolastiche, del Progetto individuale di cui all'art. 14, comma 2 della Legge 328/00.

La legge n. 328/00 (“ Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”) prevede infatti che, affinché si ottenga in pieno l'integrazione scolastica, lavorativa, sociale e familiare della persona con disabilità, i singoli vari interventi di integrazione/inclusione siano tra loro coordinati, non solo per evitare inefficaci sovrapposizioni, ma soprattutto per indirizzare meglio l'insieme di tali interventi verso un'adeguata risposta alle particolari ed individuali esigenze della persona beneficiaria. Il principale strumento è quello della predisposizione di progetti individuali per ogni singola persona con disabilità, attraverso i quali poter creare percorsi personalizzati per ciascuno ed in cui i vari interventi siano coordinati in maniera mirata massimizzando così gli effetti degli stessi e riuscendo, diversamente da interventi settoriali e tra loro disgiunti, a rispondere in maniera complessiva ai bisogni ed alle aspirazioni del beneficiario.

L'Unione ed i Comuni di Castelfranco Emilia e San Cesario, al fine di migliorare l'inclusione scolastica e sociale dello studente con disabilità, con particolare riferimento all'acquisizione di autonomie personali, garantiscono, previo accordo con lo studente e la famiglia la collaborazione di un giovane con funzioni di tutoring. Il tutor, la cui attività deve essere compresa all'interno del PEI, si prende cura dello studente facilitando:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'integrazione tra il percorso scolastico, comprese le attività laboratoriali e quelle fuori dalla scuola</li> <li>- l'apprendimento dello studente</li> <li>- l'integrazione nel gruppo dei pari, nelle situazioni culturali, sportive e ricreative del territorio.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Azioni a sostegno della genitorialità -
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Unione - Comuni di Castelfranco e San Cesario s/P NPIA - Istituzioni Scolastiche
<b>Referenti dell'intervento</b>	Claudia Bastai - Responsabile Servizio Sociale e Socio - Sanitario - Polo 2 Manuela Bonettini - Responsabile Area Servizi al cittadino Comune di Castelfranco Paola Barreca - Responsabile Servizi Scolastici Comune di Castelfranco Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 2.397.521,00**

- Altri fondi statali/pubblci (*CONTRIBUTI PROV.LI L.12/03 E L 26/01*): 95.653,54 €
- Altri soggetti privati (*FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO*): 300.000,00 €

**Risorse comunali: 2.001.867,46 € di cui:**

- COMUNE DI BASTIGLIA: 205.478,76 €
- COMUNE DI BOMPORTO: 317.784,56 €
- COMUNE DI CASTELFRANCO EMILIA: 775.781,00 €
- COMUNE DI NONANTOLA: 494.412,36 €
- COMUNE DI RAVARINO: 208.410,78 €
- COMUNE DI SAN CESARIO S/P - DATO NON PERVENUTO: 0,00 €

**Indicatori locali: 1**

**1°: Piano individualizzato**

**Descrizione:** n. piani individualizzati elaborati/n. studenti con disabilità frequentanti istituzioni scolastiche

**Tipo:** Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0
- **Obiettivo 2019:** >10%
- **Obiettivo 2020:** >20%

## INDICE

Allegato A)	1
<b>1. FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO</b>	<b>12</b>
1.1.QUADRO SOCIO – DEMOGRAFICO*	12
1.2.QUADRO SOCIO – ECONOMICO	14
1.3.LE FAMIGLIE*	15
1.4.IL TERZO SETTORE	16
1.5.LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE E LA PREVENZIONE	21
1.6.SPORTELLI SOCIALI: L’OFFERTA DEI SERVIZI	26
1.7.AZIONI A SOSTEGNO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	29
1.10ANZIANI	29
1.11DISABILI	29
1.12AZIONI A SOSTEGNO DELLE POLITICHE ABITATIVE	32
<b>2. MODELLO DI GOVERNANCE LOCALE E ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL’AMBITO DISTRETTUALE</b>	<b>32</b>
2.1.SERVIZIO SOCIALE E SOCIO – SANITARIO	32
2.2. CASA DELLA SALUTE	34
2.4.AZIENDA PUBBLICA DEI SERVIZI ALLA PERSONA	39
<b>3. SCELTE STRATEGICHE E PRIORITA’</b>	<b>39</b>
<b>4. SCHEDE D’INTERVENTO</b>	<b>43</b>
<b>5. LISTA INDICATORI A MISURAZIONE DISTRETTUALE</b>	<b>45</b>
<b>6. SEZIONE POVERTA’</b>	<b>51</b>
6.1. Definizione di priorità rispetto al rafforzamento su base triennale del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà	51
6.2. Sintesi delle scelte previste nell’avviso 3 PON FSE inclusione	54
6.3. Sintesi del Piano Integrato territoriale	55
6.4. Informazione sull’organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale, incluse le professionalità impiegate e modello di governance realizzato a livello distrettuale.	59
6.5 Modello di governance dell’ambito distrettuale	61
6.6. Modello organizzativo per l’attivazione, costituzione e funzionamento dell’equipè multidisciplinare	61
<b>7. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO</b>	<b>68</b>
<b>8. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO</b>	<b>72</b>
<b>9. PREVENTIVO DI SPESA 2018</b>	<b>73</b>

**SCHEDE INTERVENTO:**

1. Case della salute e Medicina d'iniziativa	77
2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata	85
3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	93
4. Budget di salute	98
5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	103
6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	109
7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	112
8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	116
9. Medicina di genere	119
10. Contrasto dell'esclusione sociale e sostegno all'inclusione attiva	121
11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti	129
12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	132
13. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie	136
14. Promozione delle pari opportunità e contrasto alla violenza di genere	139
15. Interventi nei primi 1000 giorni di vita e a sostegno alla genitorialità	145
16. Progetto adolescenza	152
17. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	157

18. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico	159
19. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano	163
20. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza – FRNA	169
21. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	174
22. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	177
23. Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico e terzo settore	182
24. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	185
25. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	189
26. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	192
27. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali – SST	196
28. L'ITC-Tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per nuovo modello di E-Welfare	199
29. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali	201
30. Piano attività per la non autosufficienza-programma disabili	206
31. Azioni per l'inclusione scolastica dei disabili	210