

# **PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020**

## **DISTRETTO DI REGGIO EMILIA**

COMUNE DI REGGIO EMILIA

UNIONE TERRA DI MEZZO (Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto)

UNIONE COLLINE MATILDICHE (Comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo)

AZIENDA USL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

31 luglio 2018

INDICE

### **1. FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO**

**Premessa**

**1.1 Il contesto socio-demografico**

**1.2 Il contesto economico**

**1.3 Stato di salute della popolazione**

**1.4 Il contesto ambientale**

**1.5 Il contrasto alla fragilità**

**1.6 La programmazione sociale e socio-sanitaria**

**1.37 La governance locale**

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

**2.1 Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale**

**Premessa**

**2.1.1 Dal punto di vista dei servizi**

**2.1.2 Obiettivi strategici e priorità di lavoro**

**2.2 Contrasto alla fragilità**

**Premessa**

**2.2.1 Contrasto alla fragilità in ambito anziani**

**2.2.2 Contrasto alla fragilità in ambito disabilità**

**2.2.3. Contrasto alla fragilità nell'ambito Famiglie, Bambini e Ragazzi**

**2.2.4. Contrasto alla fragilità ambito Salute Mentale e Dipendenze patologiche**

**2.3 La programmazione sociale e socio-sanitaria del Distretto come elemento portante del sistema**

**Premessa**

**2.3.1 Ufficio di Piano e accreditamento**

**2.3.2 Unità di valutazione multidimensionali e multiprofessionali**

**2.3.3 Case della Salute**

**2.3.4 P.U.A.**

**2.3.5 Linee di sviluppo dei Servizi sociali Territoriali**

**2.3.6 Sistema informativo**

**FOCUS: Equità nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari**

**FOCUS: Rapporti con la dimensione regionale**

**FOCUS: La spesa e le fonti di finanziamento**

### **3. SCHEDE INTERVENTO E LISTA INDICATORI DA MONITORARE**

#### **4. SEZIONE DEDICATA AL TEMA POVERTA'**

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

**4.2 Sintesi delle scelte previste all'avviso 3 PON INCLUSIONE**

**4.3 Sintesi del Piano Integrato Territoriale dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari ai sensi della L.R. 14/15 e così come previsto nella DGR 73/2018**

**4.4 Informazioni sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale**

**4.5 Modello di governance realizzato a livello distrettuale che rappresenta l'articolazione della rete della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale**

**4.6 Modello organizzativo per l'attivazione costituzione e funzionamento dell'equipe multidisciplinare**

**4.7. Modalità e strumenti per la partecipazione e il confronto con i soggetti del Terzo Settore a livello distrettuale**

#### **5. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO**

#### **6. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO**

#### **7. PREVENTIVO DI SPESA 2018**

#### **ACCORDO DI PROGRAMMA**

##### **ALLEGATI**

**indice allegati**

**1. ACCORDI DI PROGRAMMA PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

**2. PIANO INTEGRATO TERRITORIALE**

**3. DELIBERE TRASPORTO PUBBLICO LOCALE**

**4. LINEE DI INDIRIZZO DIMISSIONI PROTETTE**

**5. PROCEDURA NUOVI LEA**

**6. REGOLAMENTO ASSEGNI DI CURA DISABILI**

**7. PROTOCOLLO PASSAGGIO NPI-SERVIZIO DISABILI ADULTI**



## **1. FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO**

### **Premessa**

Il documento è un'elaborazione degli indicatori pubblicati nel sistema informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali dell'Emilia Romagna nella sezione "Piani di Zona per la salute ed il benessere sociale".

Gli indicatori sono stati selezionati, commentati attraverso tabelle e grafici per cercare di fornire un quadro complessivo del distretto di Reggio Emilia da un punto di vista demografico, economico e sociale.

Laddove non è stato possibile rilevare il dato distrettuale, si è utilizzato il livello provinciale, regionale e nazionale. A completamento di alcune sezioni si sono riportati alcuni dati riferiti al solo comune di Reggio Emilia. Per quanto riguarda l'anno di riferimento è stato utilizzato l'ultimo disponibile.

Per agevolare la lettura dei dati si è pensato di articolare il documento nelle seguenti sezioni di interesse:

analisi della struttura demografica della popolazione per età, genere e cittadinanza evidenziando sia le principali trasformazioni demografiche avvenute negli ultimi anni, sia le prospettive future.

analisi del contesto economico attraverso indicatori relativi al lavoro, alle imprese, al reddito indagando anche alcuni indicatori legati alla povertà delle famiglie.

analisi dello stato di salute della popolazione attraverso indicatori di diversa natura e tipologia: dall'aspettativa di vita ai servizi di prevenzione esistenti sul territorio.

analisi del contesto ambientale e in particolare la qualità dell'aria.

analisi dei servizi presenti sul territorio a sostegno della fragilità suddivisi per minori, anziani, disabili e per quelle fasce di popolazione che si trovano in situazioni di difficoltà o di disagio.

analisi delle diverse tipologie di servizi esistenti sul territorio: dagli sportelli sociali alle associazioni di promozione sociale.

## INDICE

### **1.1. Il contesto socio-demografico**

*La popolazione residente*  
*La piramide della popolazione*  
*La popolazione straniera*  
*Saldo naturale e migratorio della popolazione residente*  
*La natalità, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza*  
*Le famiglie*  
*Il livello di istruzione*

### **1.2. Il contesto economico**

*Le imprese*  
*Il tasso di occupazione e di disoccupazione*  
*Il reddito*  
*Gli indici di povertà*  
*La spesa media mensile delle famiglie*  
*Gli sfratti*  
*L'edilizia residenziale pubblica*  
*I centri di ascolto Caritas*

### **1.3. Lo stato di salute della popolazione**

*L'aspettativa di vita*  
*La mortalità*  
*Gli stili di vita*  
*I programmi di screening*  
*Le principali tipologie di tumori*  
*La copertura vaccinale*  
*I consultori familiari e la gravidanza*

### **1.4. Il contesto ambientale**

*La qualità dell'aria*

### **1.5. Il contrasto alla fragilità**

*I servizi per minori*  
*I servizi domiciliari per anziani*  
*I servizi residenziali per anziani*  
*I servizi per disabili*  
*I servizi per le persone in difficoltà*  
*Gli accessi all'ospedale e al pronto soccorso*

### **1.6. La programmazione sociale e socio-sanitaria**

*Gli sportelli Sociali*  
*I centri per le famiglie*  
*Il Terzo settore*

## 1.1 Il contesto socio-demografico

Gli indicatori di questa sezione confermano una trasformazione della popolazione, che risulta evidente dalla piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza.

Si registra una diminuzione della popolazione, il calo delle nascite e l'aumento della popolazione anziana.

La dimensione media delle famiglie si attesta a 2,15 componenti e la tipologia prevalente è quella monopersonale.

### *La popolazione residente*

Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia risiedono 227.132 abitanti. Il 75,6% degli abitanti del distretto risiede a Reggio Emilia.

Dopo un aumento consistente della popolazione dal 1997 al 2013, negli ultimi anni si registra un calo demografico che ha comportato un cambiamento nella struttura e negli indici della popolazione.

Nell'arco di 20 anni Cadelbosco di Sopra è il comune che ha registrato l'incremento più consistente della popolazione (+50,7%), mentre Castelnovo di Sotto è quello che ha visto la crescita minore (+17,5%).

### *La distribuzione della popolazione per classi di età*

Nel 2016 la popolazione nei comuni del distretto è maggiormente distribuita nelle classi oltre i 75 anni (10,6%) e nelle classi dai 40 ai 44 anni (8,6%). Nel 2016 le donne in età anziana rappresentano il 6,5% della popolazione complessiva e secondo le previsioni future, nel 2035 questa percentuale potrebbe salire al 6,9%. Nel 2016 la popolazione dai 40 ai 44 anni è pari all'8,8% e nel 2035 potrebbe scendere al 5,9%.

### *La popolazione straniera residente*

Dal 2005 al 2017 la componente straniera nei comuni del distretto di Reggio Emilia ha avuto un fortissimo incremento (+80,2%). Bagnolo in Piano è il comune che dal 2005 al 2017 ha registrato l'incremento più consistente (+93,2%), mentre Vezzano sul Crostolo è quello che ha visto rispetto agli altri comuni la crescita minore (+7,5%).

Dopo un aumento consistente della popolazione straniera fino al 2013, negli ultimi anni (dal 2013 al 2016) si registra un calo demografico (-3.863 abitanti). Le nazionalità maggiormente rappresentative sono: l'Albania (Reggio Emilia e Vezzano sul Crostolo), il Marocco (Quattro Castella), la Romania (Cadelbosco di Sopra) e l'India (Albinea, Bagnolo in Piano e a Castenovo di Sotto).

### *Il tasso di crescita della popolazione e gli indici demografici*

Il saldo naturale della popolazione (differenza tra nati vivi e morti) fino al 2013 ha avuto un andamento positivo in tutti i comuni del distretto (con il numero delle nascite superiore ai decessi), per poi registrare un'inversione di tendenza: nel 2014 e nel 2015 i decessi hanno superato le nascite.

Il tasso di natalità in crescita fino al 2007 (11,88‰) è progressivamente diminuito fino al 2016 (8,89‰). Cadelbosco di Sopra è il comune che registra il più alto tasso di natalità (10,63‰), mentre Albinea il più basso (6,11‰).

L'indice di vecchiaia, in diminuzione fino al 2011, è progressivamente aumentato e nel 2017 è pari a 135,5. Vezzano sul Crostolo registra l'indice più alto di vecchiaia con la presenza di 168 anziani ogni 100 minori, mentre Cadelbosco di Sopra è quello con l'indice di vecchiaia più basso (105,8).



### Le famiglie

Complessivamente le famiglie residenti nel distretto sono 100.474. Per quanto riguarda la composizione si rileva quanto segue:

- il 38,9% delle famiglie è costituito da un solo componente;
- il 34,0% delle famiglie è costituito da uno o più anziani (65 e +);
- il 25,7% delle famiglie è costituito da almeno un componente di età inferiore ai 18 anni;
- il 17,0% delle famiglie è costituito da almeno un componente straniero.

### L'istruzione

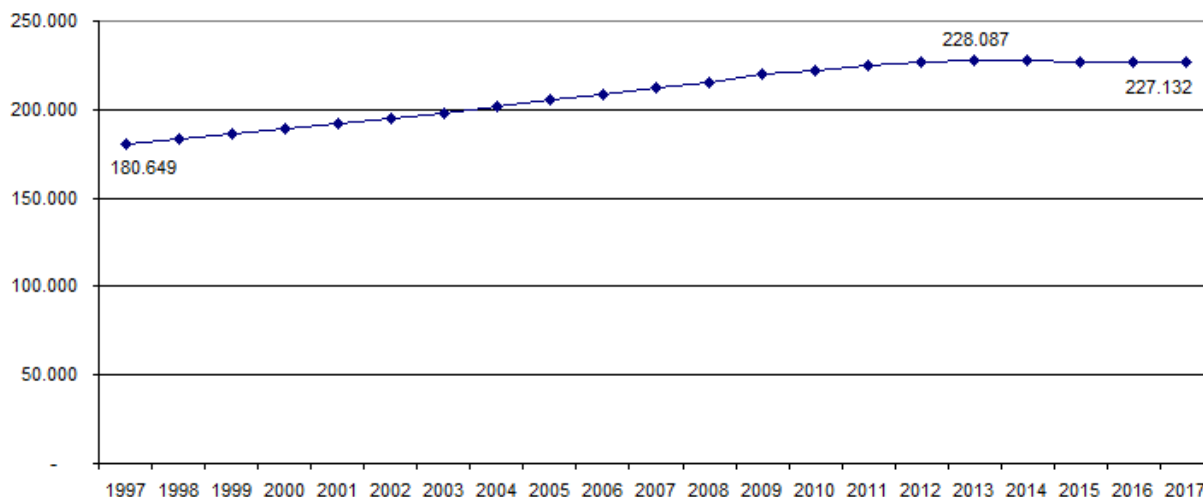
Nel 2016 l'Emilia Romagna presenta una quota di popolazione con un livello di istruzione primaria (29,3%) inferiore al dato nazionale (33,1%) e una quota di popolazione con un livello di istruzione secondaria (47,9%) e terziaria (22,9%) superiore al dato nazionale (45,8% e 21,1%).

Nel 2016 la Provincia di Reggio Emilia registra un aumento degli iscritti nella scuola primaria e secondaria di II grado. Rispetto al 2015 si registra un calo degli studenti nella scuola secondaria di I grado. Aumentano anche gli studenti nelle sedi universitarie di Reggio Emilia: dal 2007 al 2017 gli iscritti sono aumentati di 3.641 unità.

### La popolazione residente nel distretto di Reggio Emilia

Negli ultimi 20 anni il quadro demografico del distretto di Reggio Emilia ha subito forti modificazioni: il numero totale dei residenti è passato da 180.649 al 1/1/1997 a 227.132 al 1/1/2017<sup>1</sup>.

Popolazione nel distretto di Reggio Emilia dal 1997 al 2017

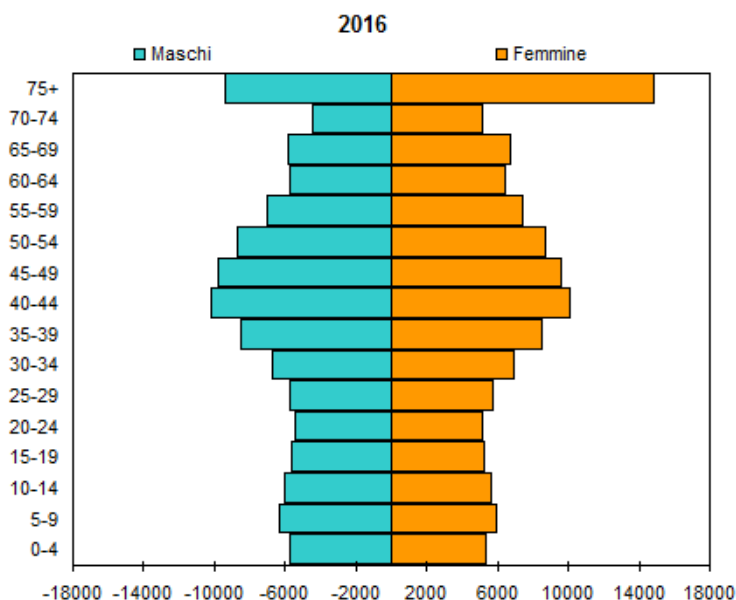


Dal 1997 al 2017 la popolazione è aumentata in tutti i comuni del distretto. Cadelbosco di Sopra è il comune che dal 1997 al 2017 registra l'aumento più consistente della popolazione (+50,7%), mentre Castelnovo di Sotto registra l'incremento più basso (17,5%).

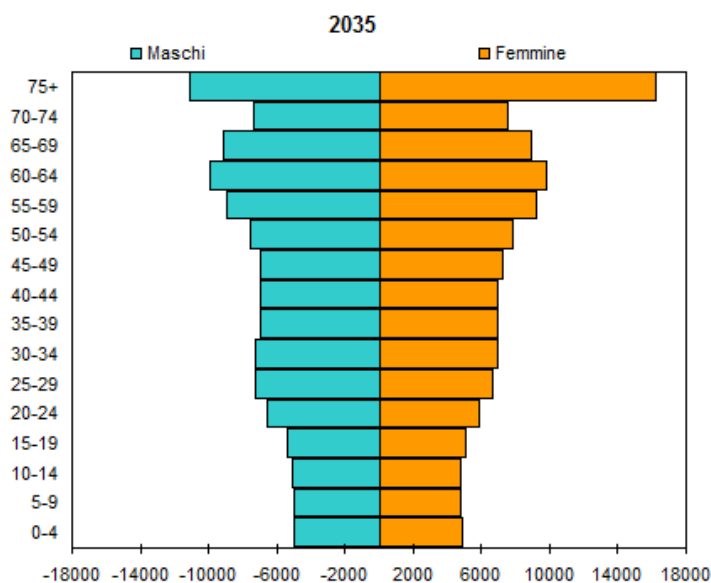
<b>Comuni distretto</b>	<b>del Popolazione 1997</b>	<b>%</b>	<b>Popolazione 2017</b>	<b>%</b>	<b>Var. ass. (1997-2017)</b>	<b>Var. % (1997-2017)</b>
Reggio Emilia	137.242	76,0%	171.714	75,6%	34.472	25,1%
Quattro Castella	10.329	5,7%	13.285	5,8%	2.956	28,6%
Cadelbosco di Sopra	7.087	3,9%	10.682	4,7%	3.595	50,7%
Bagnolo in Piano	7.728	4,3%	9.820	4,3%	2.092	27,1%
Castelnovo di Sotto	7.279	4,0%	8.555	3,8%	1.276	17,5%
Albinea	7.460	4,1%	8.814	3,9%	1.354	18,2%
Vezzano sul Crostolo	3.524	2,0%	4.262	1,9%	738	20,9%
<b>Totale</b>	<b>180.649</b>	<b>100,0%</b>	<b>227.132</b>	<b>100,0%</b>	<b>46.483</b>	<b>25,7%</b>

## La piramide della popolazione residente per classi di età nel distretto di Reggio Emilia

Nel 2016 la piramide della popolazione per classi di età evidenzia che il 4,8% della popolazione si colloca nella fascia di età 0-4 anni; l'8,8% nella fascia 40-44 anni e il 10,6% nella fascia over 75 anni. Nel 2016 la componente femminile anziana over 75 rappresenta il 61,2% della popolazione della stessa classe di età.



Le previsioni della popolazione nel 2035 stimano al 4,2% la popolazione nella fascia di età 0-4 anni; al 5,9% la fascia 40-44 anni e all'11,6% la fascia over 75 anni. Nel 2035 la componente femminile anziana over 75 sulla popolazione della stessa classe di età è stimata al 59,5%.



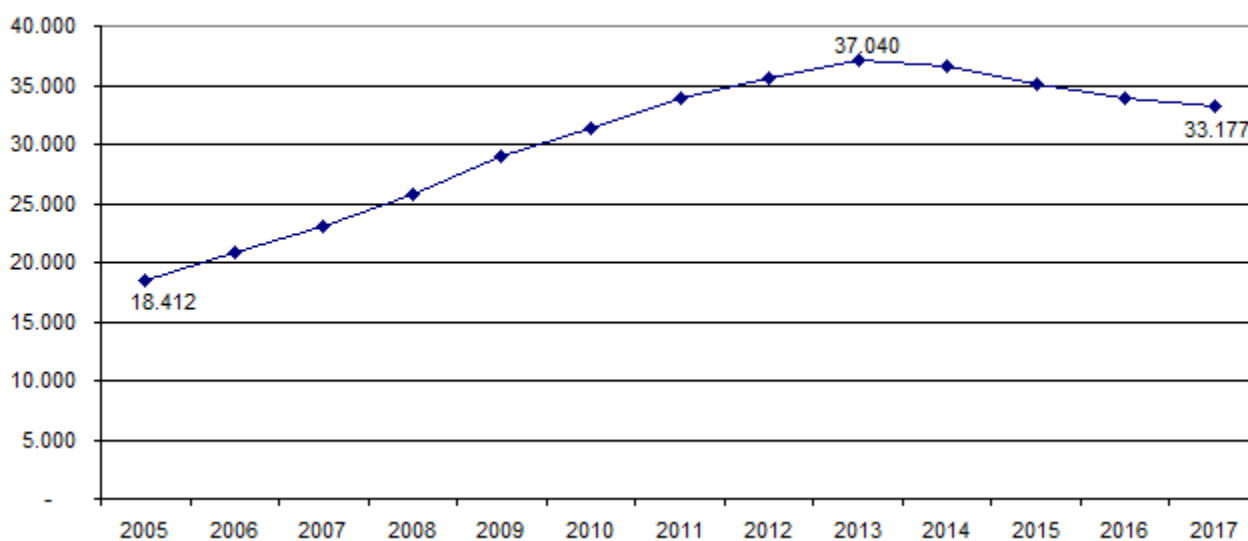
Il capovolgimento della piramide per età, prima con una base molto larga e una punta stretta, oggi con una base ridotta e una punta sempre più ampia, mostra una "battuta d'arresto" della popolazione. Si assisterà a una progressiva riduzione numerica delle coorti di donne in età feconda (14-50 anni), dall'altro si assisterà a coorti di popolazione in età anziana (65 anni e più) sempre più infoltite dalle positive condizioni di sopravvivenza presenti e future. Il processo di invecchiamento

della popolazione, il calo delle nascite e della mortalità, l'aumento delle famiglie composte da una sola persona richiede un'attenzione sempre maggiore alle politiche sociali ed economiche nell'ambito dell'assistenza sociale.

### La popolazione straniera nel distretto di Reggio Emilia

Il costante aumento della popolazione è in gran parte dovuto all'aumento della popolazione straniera che dal 2005 al 2017 nel distretto di Reggio Emilia è passata da 18.412 a 33.177 abitanti. Si segnala che dal 2013 la presenza straniera ha registrato un calo di 3.863 abitanti.

Popolazione straniera nel distretto di Reggio Emilia dal 2005 al 2017



Dal 2005 al 2017 la popolazione straniera è aumentata in tutti i comuni del distretto. Bagnolo in Piano è il comune che dal 2005 al 2017 registra l'aumento più consistente della popolazione straniera (+93,2%), mentre Vezzano sul Crostolo registra l'incremento più basso (7,5%).

Comuni distretto	del Popolazione 2005	%	Popolazione 2017	%	Var. ass. (2005-2017)	Var. % (2005-2017)
Reggio Emilia	15.052	81,8%	28.298	85,3%	13.246	88,0%
Bagnolo in Piano	592	3,2%	1.144	3,4%	552	93,2%
Cadelbosco di Sopra	906	4,9%	1.101	3,3%	195	21,5%
Castelnovo di Sotto	722	3,9%	1.063	3,2%	341	47,2%
Quattro Castella	538	2,9%	813	2,5%	275	51,1%
Albinea	374	2,0%	513	1,5%	139	37,2%
Vezzano sul Crostolo	228	1,2%	245	0,7%	17	7,5%
<b>Totale</b>	<b>18.412</b>	<b>100,0%</b>	<b>33.177</b>	<b>100,0%</b>	<b>14.765</b>	<b>80,2%</b>

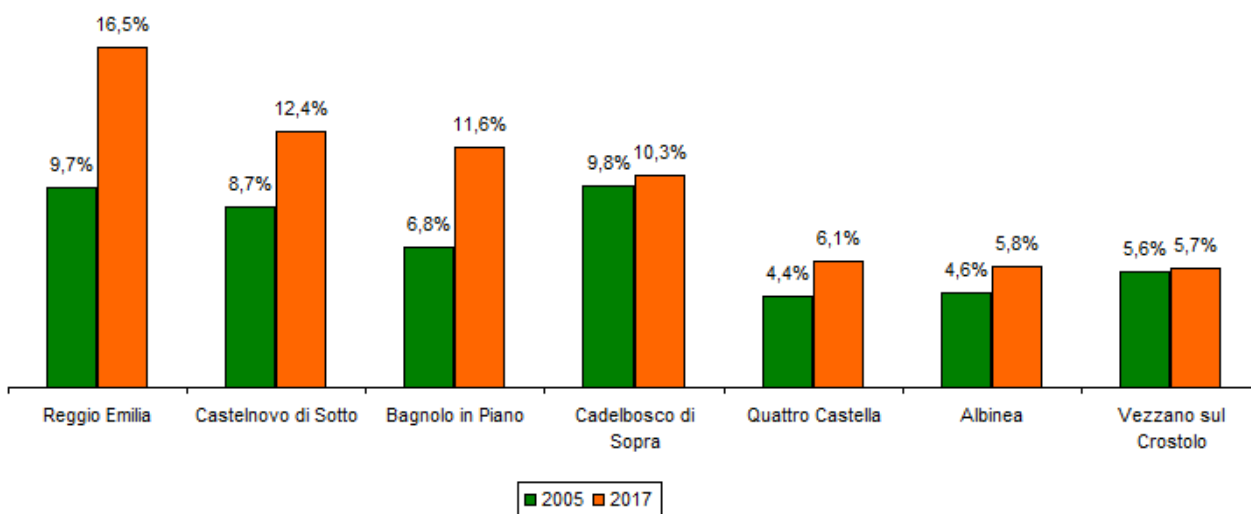
## L'incidenza della popolazione straniera nel distretto di Reggio Emilia

Dal 2005 al 2017 l'incidenza della popolazione straniera sulla popolazione residente nel distretto è passata dall'8,9% al 14,6%. Nel 2017 l'incidenza maggiore della popolazione straniera si registra nel comune di Reggio Emilia (16,5%). Segue il comune di Castelnovo di Sotto (12,4%), e il comune di Bagnolo in Piano (11,6%).

La fascia d'età più rappresentata è quella tra i 25 e i 50 anni, a cui si aggiunge un buon numero di under 25. Le donne sono in numero superiore agli uomini. L'apporto della presenza straniera è stata fondamentale per la "tenuta" delle nascite e dell'indice di fecondità soprattutto nei comuni che presentano un'alta incidenza di persone anziane.

Comuni distretto	2005			2017		
	del Popolazione residente	Popolazione straniera	Incidenza % pop. straniera	Popolazione residente	Popolazione straniera	Incidenza % pop. straniera
Reggio Emilia	155.191	15.052	9,7%	171.714	28.298	16,5%
Castelnovo di Sotto	8.294	722	8,7%	8.555	1.063	12,4%
Bagnolo in Piano	8.743	592	6,8%	9.820	1.144	11,6%
Cadelbosco di Sopra	9.287	906	9,8%	10.682	1.101	10,3%
Quattro Castella	12.098	538	4,4%	13.285	813	6,1%
Albinea	8.121	374	4,6%	8.814	513	5,8%
Vezzano sul Crostolo	4.045	228	5,6%	4.262	245	5,7%
Totale	205.779	18.412	8,9%	227.132	33.177	14,6%

Incidenza % della popolazione straniera sulla popolazione residente.  
Raffronto 2005 - 2017

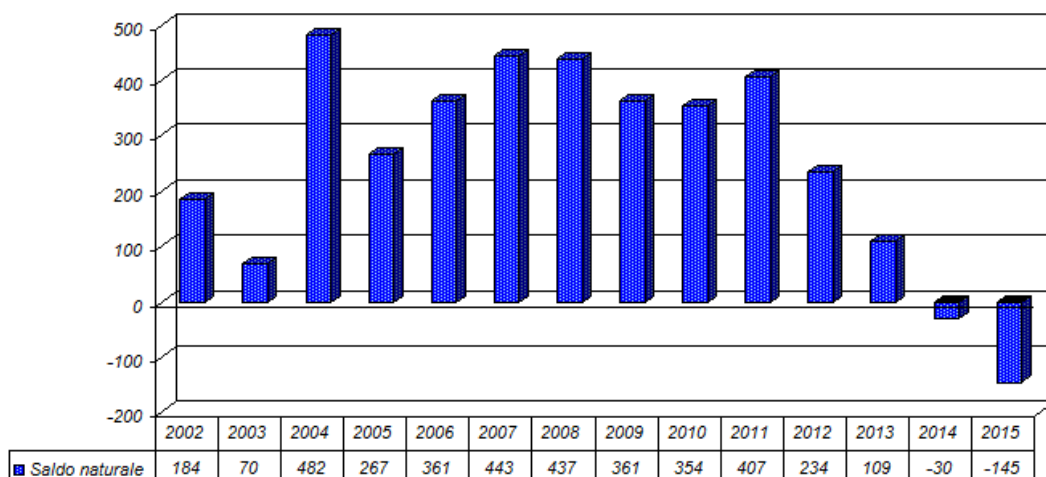


### Saldo naturale e migratorio della popolazione residente nel distretto di Reggio Emilia

Il **saldo naturale** della popolazione (differenza tra nati vivi e morti) mostra un andamento positivo fino al 2013 (le nascite superano i decessi) per poi registrare un'inversione di tendenza: nel 2014 e nel 2015 i decessi superano le nascite.

Anche il **tasso di crescita naturale** della popolazione (rapporto tra il saldo naturale e la popolazione media di quell'anno per mille individui) passa da 0,97 nel 2002 a -0,64 nel 2015, registrando un aumento fino al 2008 e poi una decrescita costante. Valori bassi o negativi indicano un numero basso di nascite, che non compensa il numero di decessi. Questa relazione "meno madri potenziali/meno nascite", e quella "più individui in età anziana/più decessi", scaturisce l'instaurarsi di un saldo naturale (nascite - decessi) negativo che tenderà ad assumere nel futuro dimensioni sempre più rilevanti.

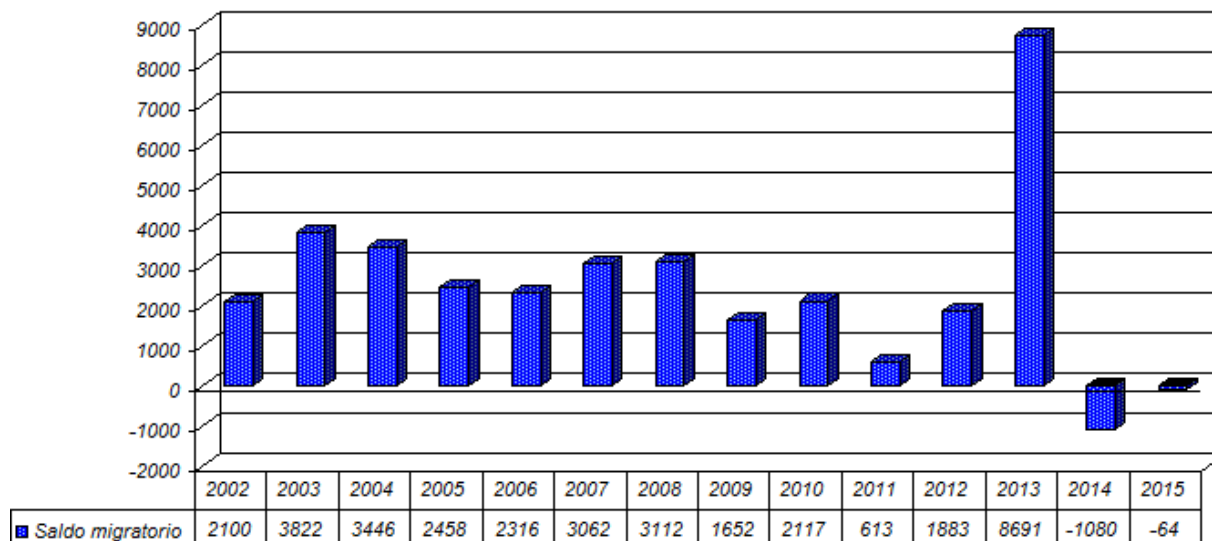
Saldo naturale nel Distretto di Reggio Emilia dal 2002 al 2015



Dal 2002 al 2013 il **saldo migratorio** (differenza tra il numero di iscritti e il numero di cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza) è sempre stato positivo, mentre negli ultimi due anni si registra un'inversione di tendenza: i flussi in uscita sono superiori a quelli in entrata.

Il **tasso di crescita migratorio** (rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente per mille individui) passa dall'11,6 nel 2002 al -0,28 nel 2015: il tasso inizia una forte decrescita nel 2009 (eccezione anno 2013).

**Saldo migratorio nel Distretto di Reggio Emilia dal 2002 al 2015**

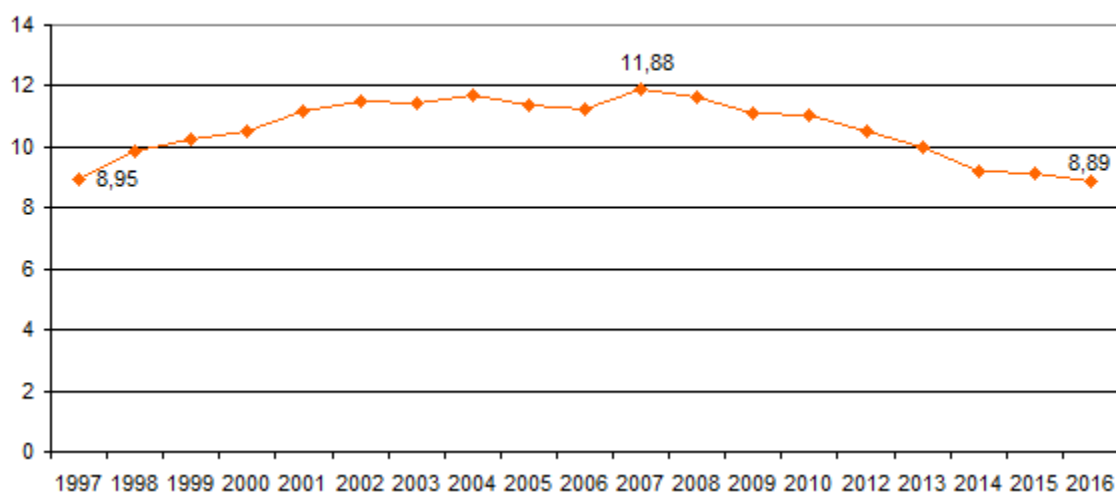


## La natalità nel distretto di Reggio Emilia

Dal 2007 al 2016 il tasso di natalità<sup>2</sup> in Italia è progressivamente diminuito e le previsioni future al 2034 stimano un indice dell'8,48 per mille. Nel 2022 ci saranno 4.000 classi di prima elementare in meno rispetto a oggi, e nel giro di pochi anni molti plessi scolastici verranno chiusi per mancanza di scolari. Il riequilibrio parziale dovuto agli immigrati, a sua volta, ha portato a uno sbilanciamento delle nascite tra Nord e Sud del Paese. Inoltre, si può supporre che nel futuro prossimo non si registrerà un numero di nascite e/o flussi migratori imponenti tali da contrastare il rapido processo di invecchiamento che si sta delineando visto che le nuove generazioni (ossia coloro che dovrebbero dar luogo a tali nascite) sono numericamente esigue e anche le straniere residenti, che hanno fino ad oggi sostenuto il livello di fecondità, stanno rapidamente "invecchiando".

Anche nel distretto di Reggio Emilia il tasso di natalità dal 1997 al 2016 è diminuito, passando da 8,95 a 8,89 per mille abitanti. Rimane comunque al di sopra del valore registrato a livello regionale (7,8) e nazionale (7,8).

Tasso di natalità dal 1997 al 2017 nel distretto di Reggio Emilia



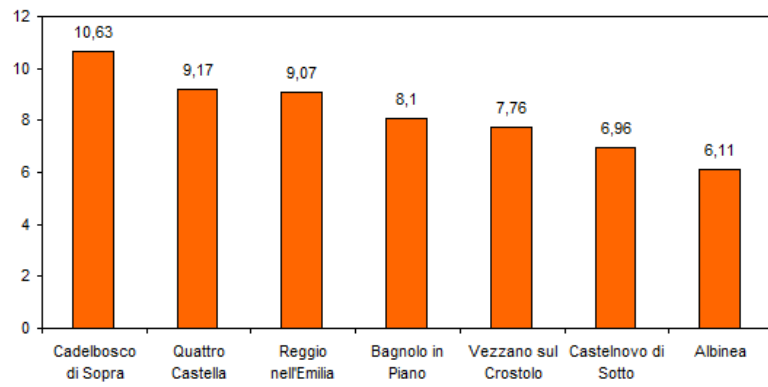
Il tasso di natalità presenta valori differenti nei singoli comuni che compongono il distretto. Cadelbosco di sopra è il comune che registra il più alto tasso di natalità (10,63).

Comuni del distretto	Reggio Emilia	Unione Colline Matildiche			Unione Terra di Mezzo			Totale distretto
		Albinea	Quattro Castella	Vezzano sul Crostolo	Cadelbosco di Sopra	Bagnolo in Piano	Castelnuovo di Sotto	
<b>Nati vivi (2016)</b>	1.554	54	121	33	113	79	59	<b>2.013</b>
<b>Tasso grezzo di natalità (2016)</b>	9,07	6,11	9,17	7,76	10,63	8,1	6,96	<b>8,89</b>

<sup>2</sup> Tasso di natalità: Nati/ Pop. residente x 1000 abitanti



Tasso di natalità nei comuni del distretto (2016)



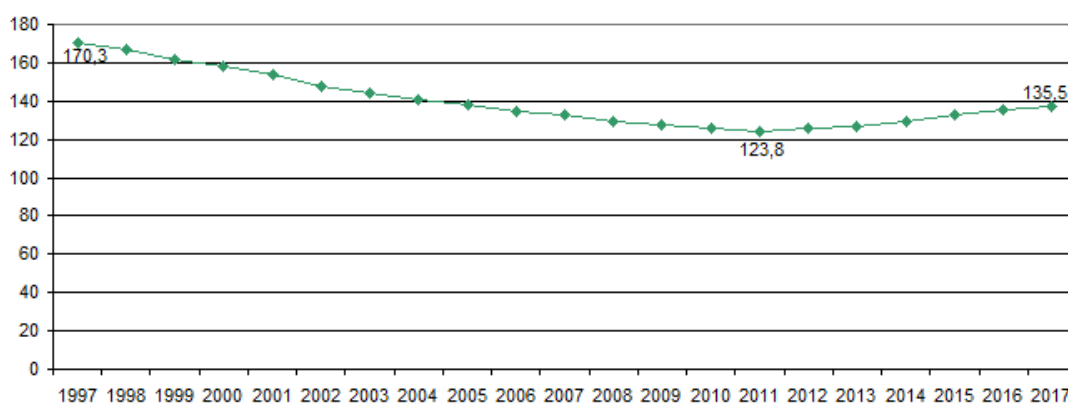
## L'indice di vecchiaia nel distretto di Reggio Emilia

Il grado di invecchiamento della popolazione è misurato dall'indice di vecchiaia<sup>3</sup>. Dal 1997 al 2011 nel distretto di Reggio Emilia l'indice è progressivamente diminuito (170,3 a 123,8), per poi aumentare costantemente fino al 2017 (135,5).

Ciò vuol dire che se nel 1997 c'erano circa 170 anziani, maggiori di 65 anni ogni 100 minori di 14 anni, nella rilevazione del 2017 gli anziani risultano 135. Nel 2035 si prevede un indice di vecchiaia pari a 202,69. Si può supporre che nel futuro sarà difficile contrastare il rapido processo di invecchiamento che si sta delineando visto che le nuove generazioni (ossia coloro che dovrebbero dare un impulso alla ripresa delle nascite) sono numericamente esigue e anche le donne straniere residenti, che hanno fino ad oggi sostenuto il livello di fecondità, stanno rapidamente "invecchiando"

L'invecchiamento della popolazione nel distretto di Reggio Emilia è inferiore a quello registrato a livello regionale (177,5) e a livello nazionale (165,3).

Indice di vecchiaia nel distretto di Reggio Emilia dal 1997 al 2017

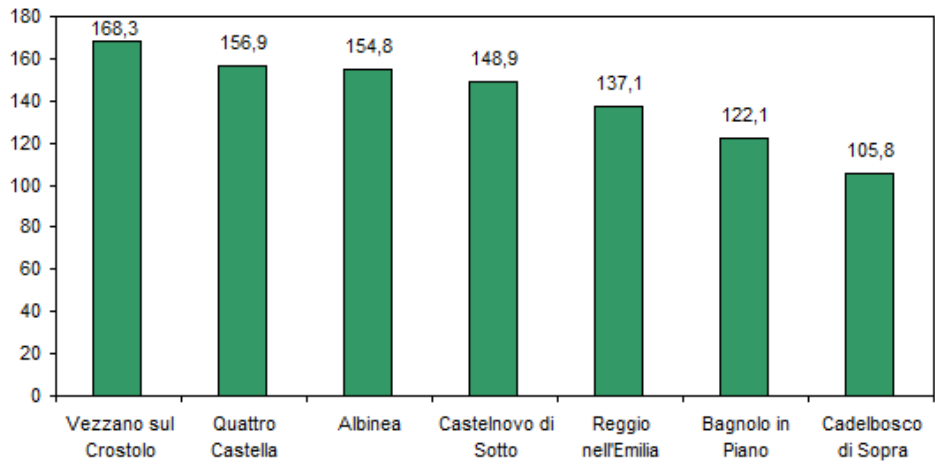


L'indice di vecchiaia presenta valori differenti nei singoli comuni che compongono il distretto. Vezzano sul Crostolo è il comune che registra il più alto indice di vecchiaia (168,3).

Comuni del distretto	Reggio Emilia	Unione Colline Matildiche			Unione Terra di Mezzo			Totale distretto
		Albinea	Quattro Castella	Vezzano sul Crostolo	Cadelbosc o di Sopra	Bagnolo in Piano	Castelnov o di Sotto	
<b>Indice di vecchiaia (2017)</b>	137,1	154,8	156,9	168,3	105,8	122,1	148,9	<b>137,4</b>

<sup>3</sup> Indice di vecchiaia: Pop. >65 anni / Pop. 0-14 anni x 100.

Indice di vecchiaia nei comuni del distretto (2017)



## L'indice di dipendenza nel distretto di Reggio Emilia

L'indice di dipendenza<sup>4</sup> calcola quanti individui ci sono in età non attiva ogni 100 in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione.

Il denominatore rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore.

Nel 2002 gli individui in età non attiva erano 51,4 ogni 100 in età attiva. Nel 2015 ci sono 55,2 individui in età non attiva ogni 100 in età attiva.

Indice di dipendenza nel distretto di Reggio Emilia dal 2002 al 2015



Le conseguenze del calo della popolazione in età lavorativa sono le seguenti:

- diminuzione del PIL pro capite;
- problemi per il sistema di protezione sociale;
- effetti sulla produttività;
- cambiamento negli stili di consumo;
- cambiamento nei modelli di risparmio;
- effetti sulle strutture familiari;
- effetti sui bisogni sociali (conseguenze forti per il welfare).

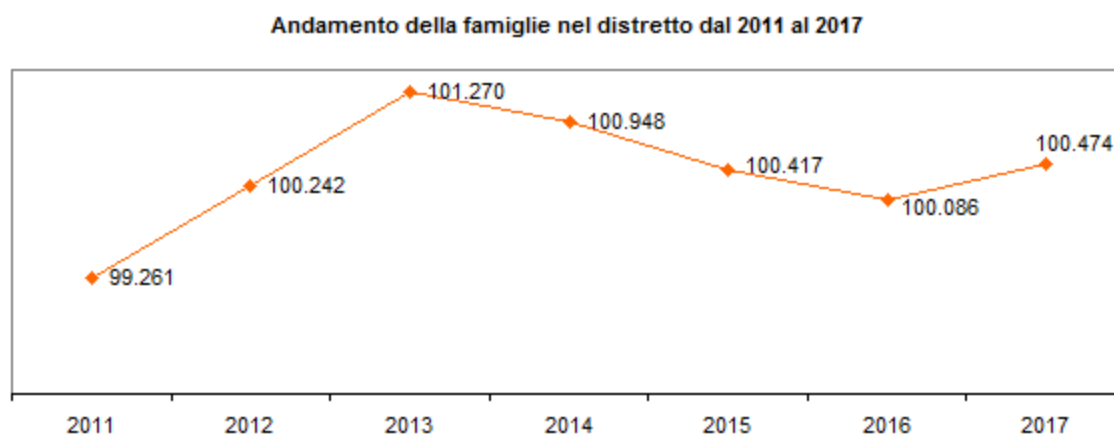
<sup>4</sup> Indice di dipendenza:  $\text{Pop. } < 14 + \text{Pop. } > 65 / \text{Pop. } 15-64 \times 100$

## Le famiglie nel distretto di Reggio Emilia

Nel 2017 le famiglie in Emilia-Romagna sono 2.001.717; in Provincia di Reggio Emilia 226.822 e nel distretto di Reggio Emilia 100.474. Il numero medio dei componenti per famiglia in regione è 2,21, nella provincia 2,34 e nel distretto 2,15.

Comuni del distretto	Famiglie	%
Reggio Emilia	78.098	77,7%
Quattro Castella	5.340	5,3%
Cadelbosco di Sopra	4.201	4,2%
Bagnolo in Piano	3.881	3,9%
Albinea	3.711	3,7%
Castelnovo di Sotto	3.422	3,4%
Vezzano sul Crostolo	1.821	1,8%
<b>Totale</b>	<b>100.474</b>	<b>100,0%</b>

Dal 2011 al 2013 le famiglie del distretto sono aumentate di 2.009 unità; dal 2013 al 2016 sono diminuite di 1.184 unità; dal 2016 al 2017 sono aumentate di 388 unità.



Per quanto riguarda la composizione delle famiglie si rileva quanto segue:

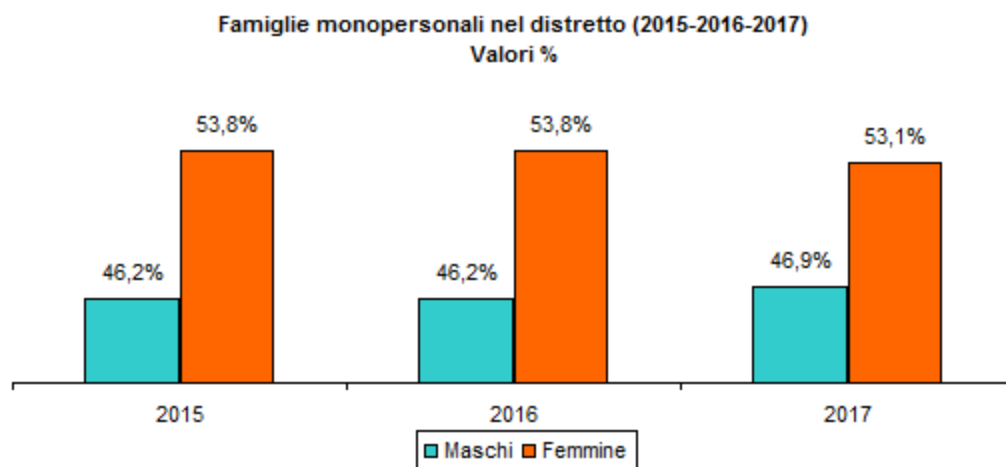
- il 38,9% delle famiglie è costituito da un solo componente;
- il 34,0% delle famiglie è costituito da uno o più anziani (65 e +);
- il 25,7% delle famiglie è costituito da almeno un componente di età inferiore ai 18 anni;
- il 17,0% delle famiglie è costituito da almeno un componente straniero.

Nel 2017 la percentuale di famiglie monopersonali nel distretto è pari al 38,9%, superiore a quella registrata in Emilia-Romagna (37,2%) e in provincia (34,8%).

Nel distretto di Reggio Emilia circa 1/3 delle famiglie monopersonali sono costituite da anziani (in prevalenza donne). Questo dato non identifica di per sé problematiche di solitudine o isolamento, ma può essere uno degli indicatori di cui tenere conto nell'azione territoriale. Il dato di genere risulta più marcato nelle famiglie monopersonali sopra i 75 anni in cui le femmine sono circa il triplo dei maschi.

#### Numero di famiglie monopersonali per classi di età e sesso. Distretto: Reggio Emilia - Anno 2017

Classi di età	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
<=24 anni	657	3,6%	312	1,5%	969	2,5%
25-34 anni	3.369	18,4%	2.101	10,1%	5.470	14,0%
35-44 anni	4.354	23,8%	2.543	12,2%	6.897	17,6%
45-54 anni	3.928	21,4%	3.004	14,5%	6.932	17,7%
55-64 anni	2.362	12,9%	3.151	15,2%	5.513	14,1%
65-74 anni	1.587	8,7%	2.870	13,8%	4.457	11,4%
75 anni e oltre	2.065	11,3%	6.792	32,7%	8.857	22,7%
<b>Totale</b>	<b>18.322</b>	<b>100,0%</b>	<b>20.773</b>	<b>100,0%</b>	<b>39.095</b>	<b>100,0%</b>



Le famiglie nel distretto di Reggio Emilia per numero e tipologia di componenti nel 2017

Numero componenti anziani (65 e +)					
Numero componenti	0	1	2	3 e più	Totale
1	25.781	13.314	0	0	39.095
2	11.609	4.534	9.030	0	25.173
3	13.144	1.753	2.047	157	17.101
4	11.971	860	494	35	13.360
5 e più	4.274	917	523	31	5.745
<b>Totale</b>	<b>66.779</b>	<b>21.378</b>	<b>12.094</b>	<b>223</b>	<b>100.474</b>

Numero componenti anziani (75 e +)					
Numero componenti	0	1	2	3 e più	Totale

<b>1</b>	30.238	8.857	0	0	39.095
<b>2</b>	17.743	3.823	3.607	0	25.173
<b>3</b>	15.273	1.140	654	34	17.101
<b>4</b>	12.713	498	143	6	13.360
<b>5 e più</b>	5.009	575	158	3	5.745
<b>Totale</b>	<b>80.976</b>	<b>14.893</b>	<b>4.562</b>	<b>43</b>	<b>100.474</b>

Le famiglie nel distretto con almeno un componente straniero sono 17.038 (17% di tutte le famiglie). Le famiglie del distretto composte interamente da stranieri sono 13.154 (13%) registrando un valore superiore a quello regionale (9%). Anche tra le famiglie straniere prevalgono i monopersonali (46%).

#### Le famiglie nel distretto di Reggio Emilia per componenti e nazionalità nel 2017

Composizione del nucleo	Numero di componenti						Totale
	1	2	3	4	5	6 e più	
<b>Nessuno Straniero</b>	31.326	22.863	14.786	11.046	2.578	837	83.436
<b>Alcuni Stranieri</b>	0	806	948	945	624	561	3.884
<b>Tutti Stranieri</b>	7.769	1.504	1.367	1.369	744	401	13.154
<b>Totale</b>	39.095	25.173	17.101	13.360	3.946	1.799	100.474

#### Le famiglie nel distretto di Reggio Emilia per componenti minorenni e nazionalità nel 2017

Composizione del nucleo	Numero di componenti minorenni					Totale
	0	1	2	3	4 e più	
<b>Nessuno Straniero</b>	64.000	10.730	7.299	1.217	190	83.436
<b>Alcuni Stranieri</b>	1.408	1.154	892	332	98	3.884
<b>Tutti Stranieri</b>	9.452	1.695	1.378	496	133	13.154
<b>Totale</b>	74.860	13.579	9.569	2.045	421	100.474

Le famiglie italiane con componenti minorenni rappresentano il 23,3%; quelle straniere con componenti minorenni il 36,3%.

Composizione del nucleo	Famiglie con minorenni	Famiglie complessive	% famiglie con minorenni
<b>Famiglie italiane</b>	19.436	83.436	23,3%
<b>Famiglie con almeno uno straniero</b>	6.178	17.038	36,3%

## Il livello di istruzione in Italia, in Emilia Romagna e in provincia di Reggio Emilia

Per offrire un panorama del sistema formativo, si riportano alcuni dati relativi ai vari livelli di istruzione in Italia, in Emilia Romagna e in provincia<sup>5</sup> di Reggio Emilia.

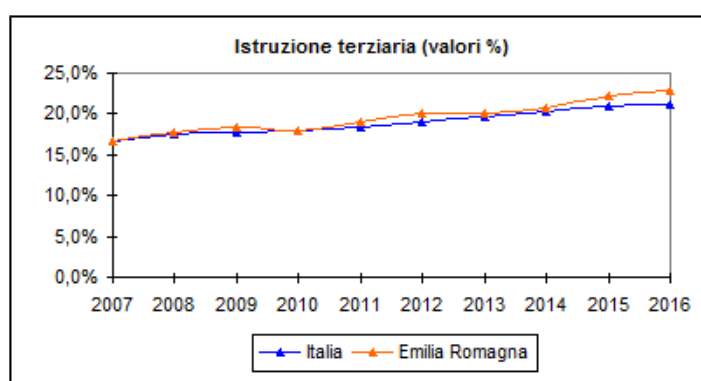
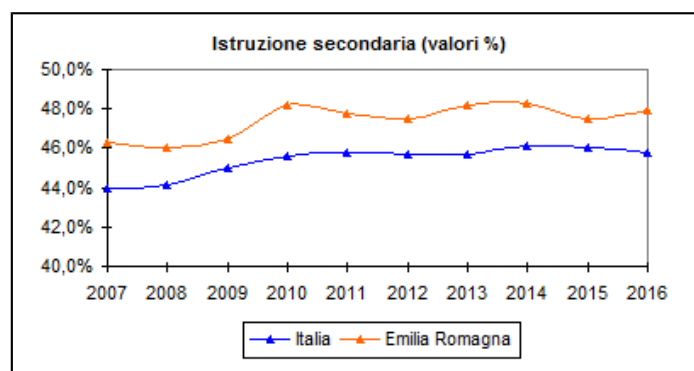
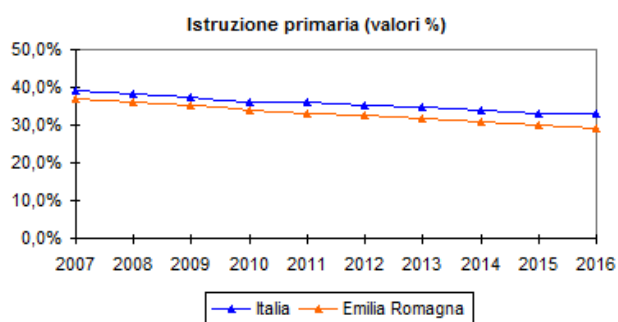
Nel 2016 l'Emilia Romagna presenta una quota di popolazione con un livello di istruzione primaria (29,3%) inferiore al dato nazionale (33,1%) e una quota di popolazione con un livello di istruzione secondaria (47,9%) e terziaria (22,9%) superiore al dato nazionale (45,8% e 21,1%). Il livello di istruzione della Regione Emilia-Romagna appare quindi superiore al dato nazionale.

### Italia: quota di popolazione 25-64 anni per livello di istruzione

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Istr. primaria	39,3%	38,3%	37,3%	36,3%	35,9%	35,3%	34,6%	33,7%	33,1%	33,1%
Istr. secondaria	44,0%	44,1%	45,0%	45,6%	45,8%	45,7%	45,7%	46,1%	46,0%	45,8%
Istr. terziaria	16,6%	17,6%	17,8%	18,0%	18,3%	19,0%	19,6%	20,2%	20,9%	21,1%

### Emilia Romagna: quota di popolazione 25-64 anni per livello di istruzione

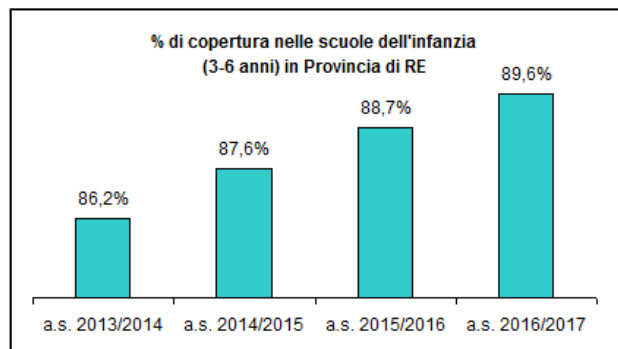
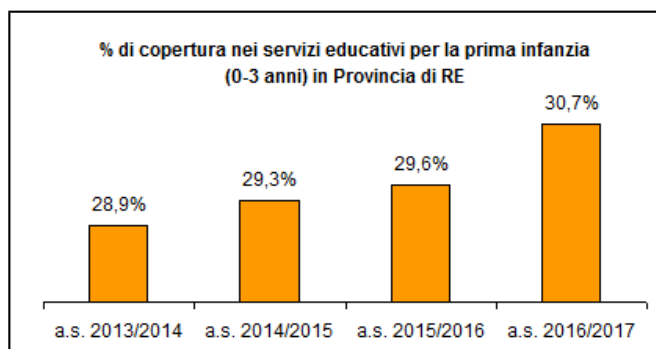
Istr. primaria	37,1%	36,2%	35,1%	33,8%	33,2%	32,5%	31,8%	31,0%	30,2%	29,3%
Istr. secondaria	46,3%	46,0%	46,5%	48,2%	47,8%	47,5%	48,2%	48,3%	47,5%	47,9%
Istr. terziaria	16,6%	17,8%	18,4%	18,0%	19,0%	20,0%	20,1%	20,8%	22,3%	22,9%



<sup>5</sup> I dati provinciali sono stati pubblicati nell'annuario scolastico della provincia di Reggio Emilia



Nell'a.s. 2016/2017 la provincia di Reggio Emilia registra un elevato tasso di copertura nei servizi educativi: per la prima infanzia (0-3 anni) il tasso di copertura è il 30,7%; nelle scuole dell'infanzia (3-6 anni) l'89,9%.

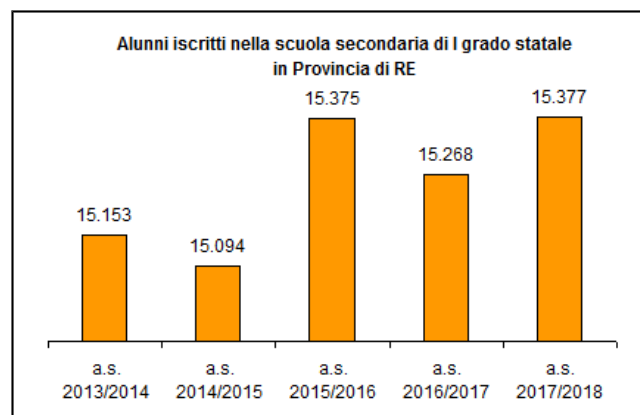
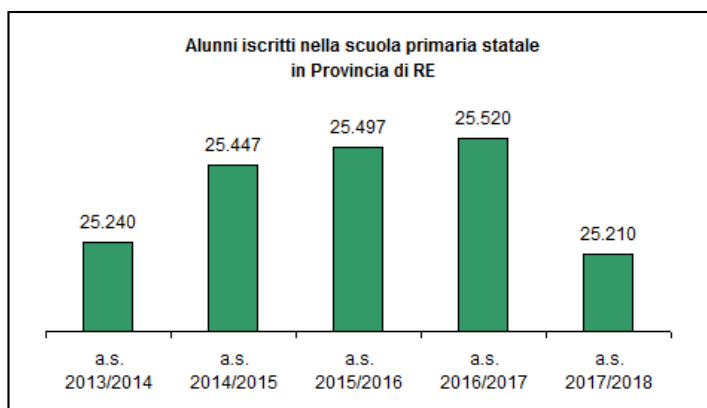


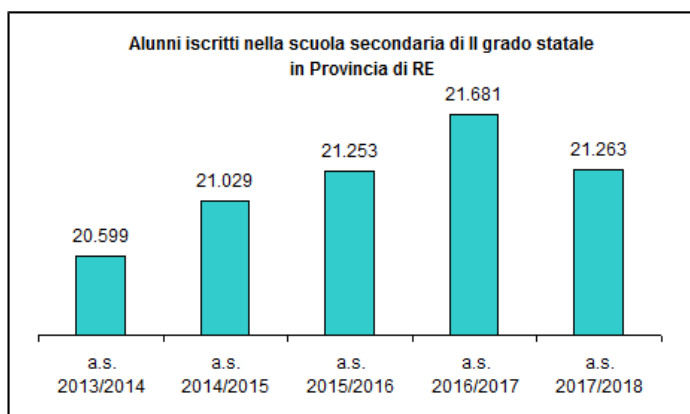
Per quanto riguarda la provincia di Reggio Emilia, gli iscritti nella scuola primaria sono 25.520. Dal 2007 al 2016 gli alunni sono aumentati, anche se negli ultimi quattro anni la crescita è stata più contenuta.

La diminuzione della natalità e degli stranieri incide notevolmente sull'andamento delle iscrizioni. Dal 2007 al 2013 gli alunni della scuola secondaria di I grado sono aumentati per poi registrare negli ultimi anni un andamento altalenante. Nel 2016 gli iscritti sono 15.268 (107 in meno rispetto al 2015).

Nella scuola secondaria di II grado si registra un aumento degli iscritti (dal 2007 al 2016 si contano 3.550 alunni in più).

	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
Primaria	23.150	23.953	24.159	24.599	24.672	25.132	25.240	25.447	25.497	25.520
Secondaria I grado	13.181	13.546	14.279	14.658	14.999	15.008	15.153	15.094	15.375	15.268
Secondaria II grado	18.131	18.746	18.807	19.400	19.685	20.423	20.599	21.028	21.253	21.681
Università	4.457	4.539	5.616	5.712	5.841	5.911	6.360	6.652	7.378	8.098

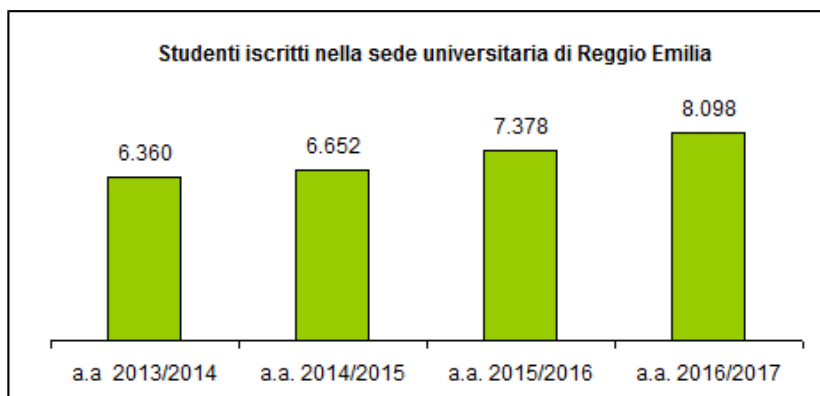




Per quanto riguarda l'Università, in Emilia Romagna i giovani tra i 30 e i 34 anni che hanno conseguito un titolo di studio universitario sono il 29,6%; un valore più alto di quello nazionale (26,2%).

Positivo è anche l'andamento negli anni: dal 2007 al 2016 il livello di istruzione universitario è passato dal 21,7% al 29,6%.

Aumentano anche gli studenti nelle sedi universitarie di Reggio Emilia: dal 2007 al 2017 gli iscritti sono aumentati di 3.641 unità.



### La dispersione scolastica

Secondo il rapporto "Noi Italia 2017", dell'Istituto nazionale di statistica, nel 2016 la quota di giovani che ha abbandonato precocemente gli studi è scesa al 13,8% contro il 16% dell'obiettivo nazionale previsto da Europa 2020 e il 10% fissato invece per la media europea. Allo stesso tempo, sempre nel 2016, il 26,2% dei 30-34enni ha conseguito un titolo di studio universitario, in linea con l'obiettivo nazionale ma mantenendosi al di sotto dell'obiettivo previsto per l'intera UE, pari al 40%.

## 1.2 Il contesto economico

il Rapporto 2017 sull'economia regionale evidenzia risultati positivi per l'Emilia-Romagna. Il territorio attrae nuovi investimenti industriali e tecnologici, anche esteri, rafforzando una tendenza basata su saperi, alte professionalità e condizioni istituzionali e socio-economiche presenti nel territorio regionale. E soprattutto, continua a veder calare la disoccupazione, rendendo concreto l'obiettivo della piena occupazione al 2020. Con un aumento del Pil dell'1,7% l'Emilia-Romagna si conferma la prima regione italiana per ritmo di crescita insieme alla Lombardia. Una Crescita che si registra anche nella provincia di Reggio Emilia.

### *Le imprese*

Nel 2017 le imprese in provincia di Reggio Emilia sono 55.042 (di cui 25.564 presenti nei comuni del distretto). Le attività economiche si concentrano prevalentemente nei seguenti settori: costruzioni (25,6%), commercio (19,5%), manifatturiero (11,3%).

### *L'andamento del mercato del lavoro*

Negli ultimi anni diversi fattori hanno influenzato il mercato del lavoro. I tassi di occupazione e disoccupazione hanno registrato andamenti altalenanti, anche se Reggio Emilia continua a mantenere, rispetto ad altre realtà valori positivi. Nel 2017 il tasso di occupazione nella provincia di Reggio Emilia è pari al 68,4% contro il dato nazionale del 58,0%. Rispetto al 2007 il tasso di occupazione ha perso 2,4 punti percentuali. Il tasso di disoccupazione è pari al 4,9%, un valore positivo rispetto a quello registrato a livello nazionale (11,2%).

### *Il reddito medio*

L'Emilia-Romagna nel 2015 registra un PIL medio pro-capite pari a 119, valore superiore al dato nazionale (96). Tuttavia negli ultimi anni la regione registra valori in costante diminuzione: si passa infatti da 144 nel 2001, a 130 nel 2007 a 119 nel 2015.

In provincia di Reggio Emilia il reddito medio è pari a 22.899 euro, in linea con quello regionale e superiore al livello nazionale. Il reddito medio provinciale è in linea con il reddito medio registrato nei singoli comuni del distretto. Albinea è il comune con il reddito medio più alto (28.437 euro), mentre Castelnovo di Sotto è il comune con il reddito medio più basso (20.744 euro).

### *La situazione socio-economica*

Secondo la strategia Europa 2020 l'unione europea dovrebbe ridurre di 20 milioni di unità il numero di persone esposte a rischio povertà o di esclusione sociale. L'obiettivo fissato per l'Italia è una riduzione di 2,2 milioni di individui rispetto ai 15 milioni del 2008. La soglia di povertà assoluta *rappresenta la spesa minima necessaria per acquisire i beni e servizi inseriti nel paniere di povertà assoluta*; vale a dire un valore in denaro necessario ad un sostentamento minimo. Si considera invece al di sotto della soglia di povertà relativa *“una famiglia di due componenti con una spesa per consumi inferiore o uguale alla spesa media per consumi pro-capite”*. Ciò significa che se un nucleo di due persone consuma meno della spesa media per consumi di una sola persona (1050,95 euro nel 2015) è considerato povero.

In questo modo si riescono a legare povertà e disuguaglianza: un paese complessivamente povero ma caratterizzato da una disuguaglianza molto ridotta avrà un tasso di povertà relativa poco rilevante poiché gran parte della popolazione vivrà secondo uno stile di vita non troppo differente rispetto ai più poveri.

L'Emilia Romagna registra, per quanto riguarda il livello di povertà, percentuali positive rispetto alla media nazionale; le persone che vivono in condizioni di povertà relativa rappresentano il 9,7%, mentre in Italia l'incidenza di povertà relativa raggiunge il 20%.

Anche per quanto riguarda gli sfratti Reggio Emilia nel 2016 registra uno dei tassi più bassi di provvedimenti emessi per 1.000 famiglie (2,26); questo valore infatti è al di sotto della media regionale (3,07).

Nel 2015 per quanto riguarda gli alloggi di edilizia residenziale pubblica, il canone medio annuo regionale è di 1.480 euro.

Nel 2014 le persone che si sono rivolte nel centro di ascolto della Caritas di Reggio Emilia e Guastalla sono state 1.353, manifestando prevalentemente problematiche economiche.

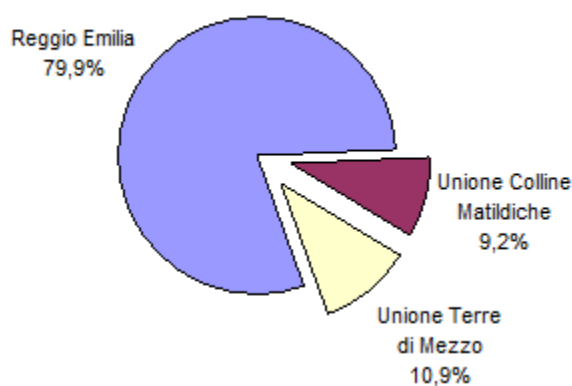
## Le imprese nel distretto di Reggio Emilia

Le imprese<sup>6</sup> nel 2017 in provincia di Reggio Emilia sono 55.042 (di cui 25.564 nel distretto di Reggio Emilia). Il numero di addetti nelle imprese del distretto di Reggio Emilia è pari a 93.302.

### Numero di imprese e addetti nei comune del distretto di Reggio Emilia (2017)

Comuni del distretto	Numero imprese	%	Numero addetti	%
Reggio Emilia	20.436	79,9%	78.860	84,5%
Albinea	740	2,9%	2.139	2,3%
Quattro Castella	1.213	4,7%	2.868	3,1%
Vezzano sul Crostolo	389	1,5%	1.377	1,5%
Cadelbosco di Sopra	1.058	4,1%	2.832	3,0%
Bagnolo in Piano	855	3,3%	2.597	2,8%
Castelnovo di Sotto	873	3,4%	2.629	2,8%
<b>Totale distretto</b>	<b>25.564</b>	<b>100,0%</b>	<b>93.302</b>	<b>100,0%</b>

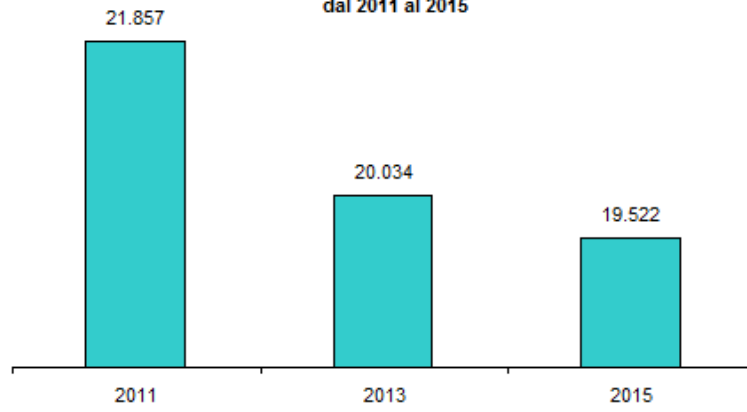
Distribuzione delle imprese nel distretto (2017)



Dal 2011 al 2015 le imprese nel distretto di Reggio Emilia sono diminuite di 2.335 unità. Nel 2017 si registra una ripresa economica: le imprese sono aumentate di 6.042 unità rispetto al 2015.

<sup>6</sup> In questa sezione si riportano i dati della Camera di Commercio di Reggio Emilia relativi al 2017.

**Numero imprese nel distretto di Reggio Emilia  
dal 2011 al 2015**

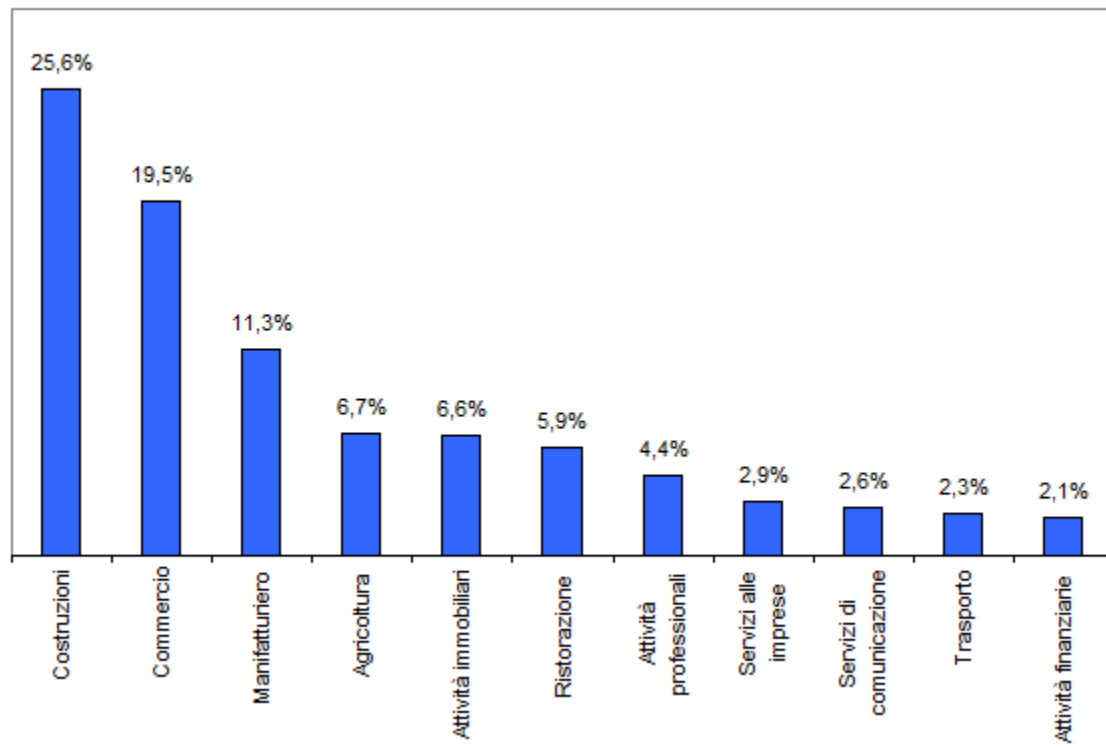


Nel 2017 le attività economiche delle imprese presenti nel distretto si concentrano prevalentemente nei seguenti settori: costruzioni (25,6%), commercio (19,5%) e manifatturiero (11,3%).

### Imprese per attività nei comuni del distretto di Reggio Emilia (2017)

	Agricoltura	Manifatturiero	Costruzioni	Commercio	Trasporto	Ristorazione	Servizi di comunicazione	Attività finanziarie	Attività immobiliari	Attività professionali	Servizi di supporto alle imprese	Altro	Totale
Reggio Emilia	1.020	2.080	5.395	4.023	414	1.196	615	452	1.420	1.008	630	2.183	20.436
Albinea	114	128	101	146	20	54	9	10	47	32	21	58	740
Quattro Castella	131	174	255	278	34	75	16	19	71	26	35	99	1.213
Vezzano sul Crostolo	45	68	91	68	9	33	3	8	21	14	4	25	389
<b>Tot. Unione Colline Matildiche</b>	<b>290</b>	<b>370</b>	<b>447</b>	<b>492</b>	<b>63</b>	<b>162</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>139</b>	<b>72</b>	<b>60</b>	<b>182</b>	<b>2.342</b>
Cadelbosco di Sopra	171	190	284	152	47	41	5	9	51	14	26	68	1.058
Bagnolo in Piano	107	130	200	157	35	61	10	14	34	16	14	77	855
Castelnovo di Sotto	118	124	211	161	31	44	12	17	44	16	21	74	873
<b>Tot. Unione Terra di Mezzo</b>	<b>396</b>	<b>444</b>	<b>695</b>	<b>470</b>	<b>113</b>	<b>146</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>129</b>	<b>46</b>	<b>61</b>	<b>219</b>	<b>2.786</b>
<b>Totale distretto</b>	<b>1.706</b>	<b>2.894</b>	<b>6.537</b>	<b>4.985</b>	<b>590</b>	<b>1.504</b>	<b>670</b>	<b>529</b>	<b>1.688</b>	<b>1.126</b>	<b>751</b>	<b>2.584</b>	<b>25.564</b>
% imprese per attività	6,7%	11,3%	25,6%	19,5%	2,3%	5,9%	2,6%	2,1%	6,6%	4,4%	2,9%	10,1%	100,0%

Imprese per attività economica nel distretto (2017)





### Le imprese femminili, giovanili e straniere (dato distrettuale)

Nel 2017 le imprese femminili presenti nel distretto di Reggio Emilia sono 4.353 (17% delle imprese complessive), quelle giovanili 2.658 (10%) e quelle straniere 4.921 (19%).

#### Imprese femminili, giovanili e straniere nei comuni del distretto di Reggio Emilia (2017)

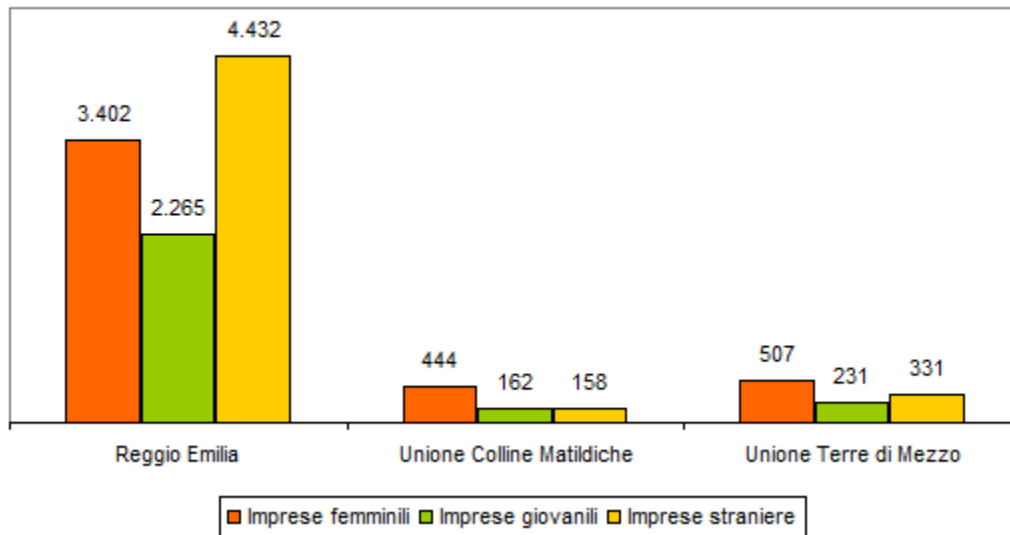
	Imprese femminili	%	Imprese giovanili	%	Imprese straniere	%
Reggio Emilia	3.402	78,2%	2.265	85,2%	4.432	90,1%
Albinea	150	3,4%	49	1,8%	57	1,2%
Quattro Castella	222	5,1%	89	3,3%	80	1,6%
Vezzano sul Crostolo	72	1,7%	24	0,9%	21	0,4%
Cadelbosco di Sopra	182	4,2%	82	3,1%	135	2,7%
Bagnolo in Piano	159	3,7%	81	3,0%	119	2,4%
Castelnovo di Sotto	166	3,8%	68	2,6%	77	1,6%
<b>Totale distretto</b>	<b>4.353</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.658</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.921</b>	<b>100,0%</b>

I comuni delle Unioni hanno l'incidenza più elevata di imprese femminili, mentre Reggio Emilia registra l'incidenza più alta di imprese straniere.

#### Distribuzione delle imprese femminili, giovanili e straniere nel distretto di Reggio Emilia (2017)

	Imprese femminili	%	Imprese giovanili	%	Imprese straniere	%
Reggio Emilia	3.402	78,2%	2.265	85,2%	4.432	90,1%
Unione Colline Matildiche	444	10,2%	162	6,1%	158	3,2%
Unione Terra di Mezzo	507	11,6%	231	8,7%	331	6,7%
<b>Totale distretto</b>	<b>4.353</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.658</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.921</b>	<b>100,0%</b>

Imprese femminili, giovanili e straniere nel distretto (2017)



## Il tasso di occupazione e di disoccupazione (dato nazionale, regionale e provinciale)

La strategia Europa 2020 fissa il **tasso di occupazione** a livello europeo al 75% e al 67-69% per l'Italia. Nel 2017 il tasso di occupazione nel nostro Paese è pari al 58,0%. In Provincia di Reggio Emilia è pari al 68,4% e risulta al di sopra del dato nazionale (58,0%), e in linea con quello regionale (68,6%). La componente maschile della forza lavoro è superiore a quella femminile (76,8% contro il 59,8%). La quota di persone che lavorano dopo i 65 anni resta elevata, anche in considerazione della presenza di molte attività produttive con le caratteristiche di piccole imprese, aziende familiari e lavoratori in proprio.

### Serie storica tassi di occupazione (15-64 anni) - valori %

Anni	Italia			Emilia Romagna			Reggio Emilia		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2007	70,6	46,6	58,3	78,3	62,0	70,2	80,3	61,0	70,8
2008	70,1	47,2	58,6	78,0	62,3	70,2	82,6	60,8	71,9
2009	68,5	46,4	58,6	75,3	61,5	68,4	77,5	61,8	69,7
2010	67,5	46,1	56,8	74,7	60,0	67,3	75,8	56,7	66,3
2011	67,3	46,5	56,8	74,8	60,9	67,8	76,3	58,1	67,2
2012	68,3	47,1	56,6	73,7	61,4	67,5	75,1	59,3	67,2
2013	64,7	46,5	55,5	72,9	59,7	66,2	73,8	59,6	66,7
2014	64,7	46,8	55,7	73,5	59,1	66,3	73,4	58,2	65,8
2015	65,5	47,2	56,3	73,8	59,7	66,7	73,7	58,9	66,3
2016	66,5	48,1	57,2	74,7	62,2	68,4	74,8	61,6	68,2
2017	67,1	48,9	58,0	75,2	62,1	68,6	76,8	59,8	68,4

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

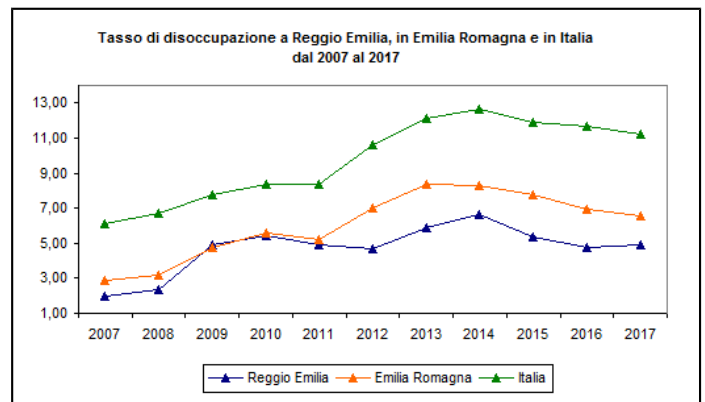
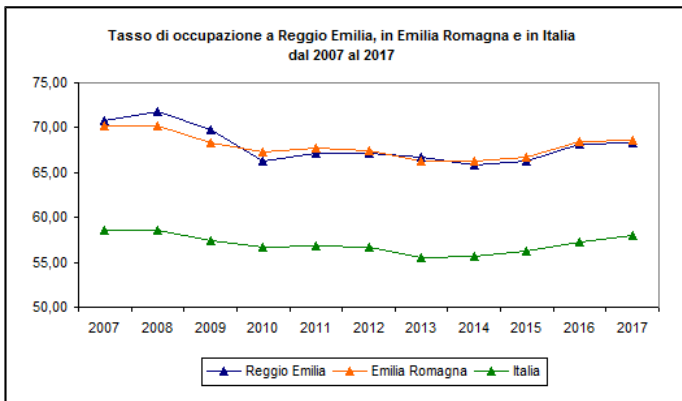
Il **tasso di disoccupazione** è il rapporto percentuale fra la popolazione nella fascia di età considerata in cerca di occupazione e le forze di lavoro totali della stessa fascia di età. Nel 2017 il tasso di disoccupazione in Provincia di Reggio Emilia pari a 4,9%, registrando valori positivi rispetto alla media regionale (6,5%) e nazionale (11,2%). La provincia di Reggio Emilia è al 5° posto tra le province italiane con il tasso di disoccupazione più basso.

### Serie storica tassi di disoccupazione (>15 anni) – valori %

Anni	Italia			Emilia Romagna			Reggio Emilia		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2007	4,9	7,8	6,1	2,0	3,9	2,8	1,9	2,0	2,0
2008	5,5	8,5	6,7	2,3	4,2	3,2	1,5	3,5	2,3
2009	6,7	9,2	7,7	4,1	5,5	4,7	4,5	5,4	4,9
2010	7,5	9,6	8,4	4,6	6,9	5,6	4,9	6,1	5,4
2011	7,5	9,5	8,4	4,4	6,3	5,2	4,2	5,8	4,9
2012	9,8	11,8	10,7	6,3	7,8	7,0	3,9	5,7	4,7
2013	11,5	13,1	12,1	7,3	9,6	8,4	5,1	6,8	5,9
2014	11,9	13,8	12,7	7,3	9,5	8,3	6,4	6,9	6,6

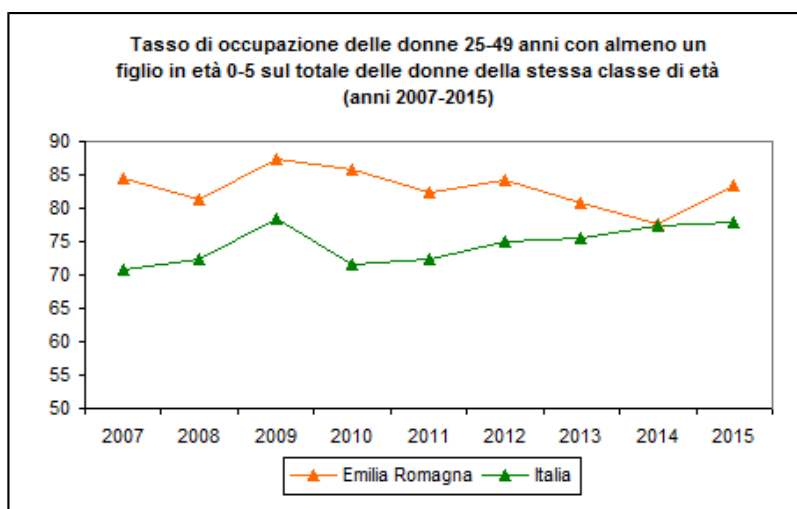
2015	11,3	12,7	11,9	6,6	9,1	7,7	5,8	4,8	5,4
2016	10,9	12,8	11,7	6,0	8,0	6,9	4,3	5,2	4,7
2017	10,3	12,4	11,2	5,3	8,0	6,5	4,2	5,8	4,9

Fonte: elaborazione su dati ISTAT



## Il tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con almeno un figlio in età 0-5 (dato regionale e nazionale)

Il tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con almeno un figlio in età 0-5 anni sul tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni senza figli per 100 mostra a livello regionale un valore pari all'83,5%, superiore rispetto alla media nazionale (77,8%) ed in linea con la media delle altre regioni del nord Italia (83,3%).



Da un'indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana condotta da Istat sui residenti in Emilia-Romagna è emerso che la fascia di popolazione compresa tra i 65-74 anni è quella che dedica in media maggior tempo a settimana al lavoro domestico e di cura della famiglia (quasi 21 ore/sett).

Segue la fascia di età 30-39 anni con oltre 16 ore/sett, mentre i giovani di età compresa tra i 20-29 anni vi dedicano meno tempo (circa 8 ore e mezzo/sett).

Dalla tabella emerge la differenza di genere nel tempo dedicato al lavoro domestico. Nel 2015 le donne dedicano in media 22 ore alla settimana, gli uomini 7 ore.

### Ore e minuti a settimana dedicati al lavoro domestico e di cura della famiglia in Emilia Romagna

Età	2012		2013		2014		2015	
	M	F	M	F	M	F	M	F
20-29	3.05.00	10.39.00	3.21.00	14.14.00	3.45.00	10.50.00	4.07.00	12.47.00
30-39	5.27.00	21.06.00	7.49.00	24.08.00	6.33.00	21.18.00	7.04.00	25.07.00
40-49	5.42.00	23.11.00	6.52.00	25.06.00	8.09.00	24.00.00	7.31.00	24.06.00
50-64	7.04.00	26.09.06	6.39.00	26.06.07	7.02.00	26.52.07	7.30.00	23.53.00

		0		0		0		0
65-74	9.33.00	32.17.00	8.43.00	28.14.00	10.15.00	29.03.00	9.51.00	29.36.00
Media complessiva	<b>6.11.00</b>	<b>21.52.00</b>	<b>6.40.00</b>	<b>22.22.00</b>	<b>7.05.00</b>	<b>21.49.00</b>	<b>7.22.00</b>	<b>22.02.00</b>

## Il tasso di occupazione giovanile (dato nazionale, regionale e provinciale)

In riferimento al tasso di occupazione giovanile (15-24) la provincia di Reggio Emilia registra nel 2017 un valore superiore alla media e nazionale e leggermente inferiore alla media regionale.

### Serie storica tassi di occupazione (15-24 anni) - valori %

Anni	Italia			Emilia Romagna			Reggio Emilia		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2007	29,4	19,5	24,5	36,6	27,0	31,9	39,0	33,6	36,4
2008	29,0	19,2	24,2	36,1	27,5	31,9	36,8	27,7	32,1
2009	25,9	16,9	21,5	32,0	23,4	27,8	37,3	21,6	29,0
2010	24,0	16,3	20,2	28,3	23,0	25,7	34,6	20,4	26,9
2011	22,8	15,5	19,2	25,7	23,1	24,5	25,6	19,1	22,3
2012	21,8	15,0	18,5	25,8	21,5	23,7	25,4	21,0	23,2
2013	18,7	13,7	16,3	21,1	17,6	19,4	21,7	19,8	20,8
2014	18,2	12,8	15,6	22,4	15,7	19,2	23,0	16,6	19,7
2015	18,6	12,4	15,6	23,9	17,1	20,6	21,2	18,1	19,7
2016	19,2	13,7	16,6	25,6	20,7	23,2	23,6	18,1	21,1
2017	20,1	13,9	17,1	28,0	19,2	23,8	25,2	19,7	22,6

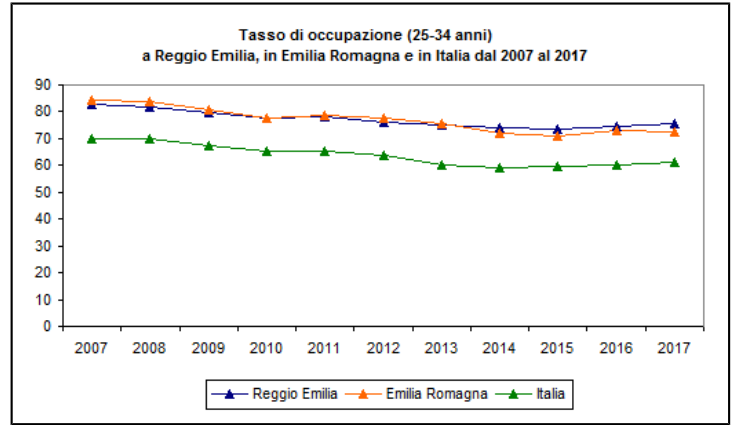
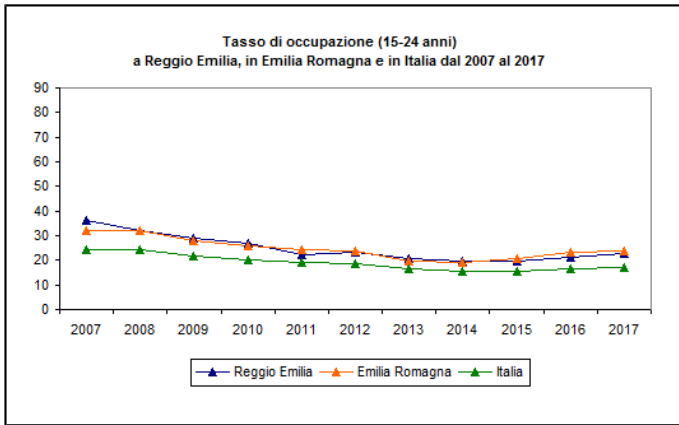
Fonte: elaborazione su dati ISTAT

In riferimento al tasso di occupazione giovanile (25-34) la provincia di Reggio Emilia registra nel 2017 un valore superiore alla media nazionale e regionale. La componente maschile della forza lavoro è superiore a quella femminile (89,6% contro il 62,0%).

### Serie storica tassi di occupazione (25-34 anni) - valori %

Anni	Italia			Emilia Romagna			Reggio Emilia		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2007	81,1	59,1	70,1	91,7	76,6	84,2	95,9	70,1	82,9
2008	80,4	59,7	70,1	91,3	76,2	83,8	94,1	68,5	81,8
2009	77,3	57,7	67,5	88,0	73,5	80,7	85,6	73,7	79,8
2010	75,4	55,5	65,4	87,4	68,1	77,7	85,5	68,4	77,5
2011	75,0	55,6	65,3	87,0	70,5	78,7	86,8	67,9	78,1
2012	72,6	55,1	63,8	84,6	71,1	77,8	84,6	67,6	76,1
2013	68,2	52,1	60,1	83,2	68,4	75,7	86,8	64,1	75,1
2014	66,9	51,9	59,4	79,8	64,1	71,9	84,6	63,0	74,3
2015	67,8	51,4	59,7	80,4	62,0	71,2	82,9	63,5	73,3
2016	68,9	51,5	60,3	83,5	63,0	73,2	87,4	64,5	74,5
2017	69,7	52,7	61,3	80,9	64,3	72,6	89,6	62,0	75,6

Fonte: elaborazione su dati ISTAT





## Il tasso di disoccupazione giovanile (dato nazionale, regionale e provinciale)

In riferimento al tasso di disoccupazione giovanile (15-24) la provincia di Reggio Emilia registra nel 2017 un valore nettamente inferiore alla media nazionale e superiore alla media regionale.

### Serie storica tassi di disoccupazione (15-24 anni) - valori %

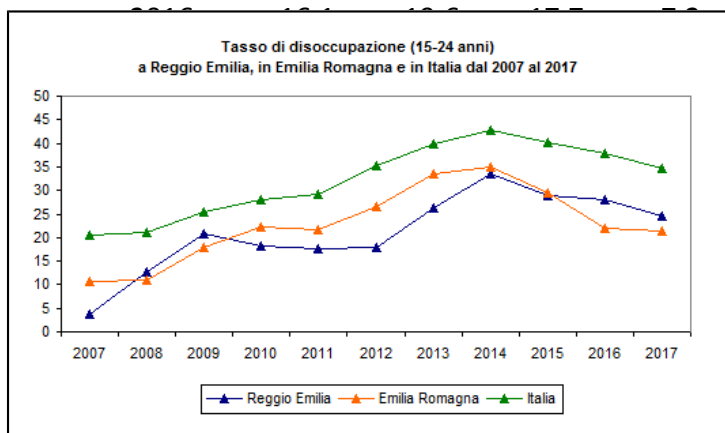
Anni	Italia			Emilia Romagna			Reggio Emilia		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2007	18,4	23,3	20,4	8,7	13,3	10,7	5,7	1,4	3,8
2008	18,8	24,7	21,2	10,3	11,9	11,0	11,3	14,5	12,8
2009	23,2	28,5	25,3	16,0	20,2	17,8	16,4	26,6	20,7
2010	26,9	29,4	27,9	19,9	25,0	22,2	17,5	19,1	18,2
2011	27,1	32,1	29,2	20,1	23,7	21,8	16,8	18,3	17,5
2012	33,7	37,6	35,3	27,5	25,7	26,7	16,9	19,2	18,0
2013	39,0	41,5	40,0	33,0	34,2	33,6	25,8	27,2	26,4
2014	41,3	44,7	42,7	31,7	39,2	34,9	33,5	33,5	33,5
2015	38,8	42,6	40,3	26,5	33,4	29,5	35,0	19,3	28,8
2016	36,5	39,6	37,8	20,5	24,0	22,0	24,7	33,1	28,1
2017	33,0	37,3	34,7	17,0	27,1	21,3	24,6	24,9	24,7

Fonte: elaborazione su dati ISTAT

In riferimento al tasso di disoccupazione giovanile (25-34) la provincia di Reggio Emilia registra nel 2017 un valore di gran lunga inferiore alla media nazionale (5,4 contro 17) e regionale (5,4 contro 10).

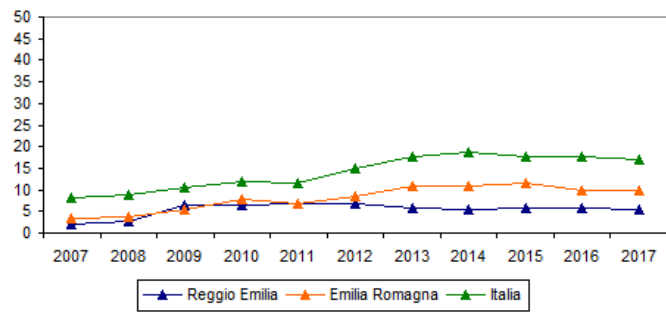
### Serie storica tassi di disoccupazione (25-34 anni) - valori %

Anni	Italia			Emilia Romagna			Reggio Emilia		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
2007	6,6	10,4	8,3	2,5	4,6	3,5	1,3	2,8	2,0
2008	7,3	10,8	8,9	2,5	5,1	3,7	1,4	4,8	2,8
2009	9,0	12,5	10,6	3,9	7,2	5,4	4,7	8,3	6,4
2010	10,4	14,0	11,9	6,0	10,3	7,9	6,0	7,3	6,5
2011	10,2	13,6	11,7	5,4	8,7	6,9	5,7	8,4	6,8
2012	13,6	16,5	14,9	7,2	10,2	8,6	5,2	8,5	6,7
2013	16,5	19,3	17,7	8,6	13,5	10,9	3,6	8,3	5,7
2014	17,3	20,1	18,6	9,3	12,9	10,9	4,0	7,9	5,6
2015	16,4	19,6	17,8	8,2	15,3	11,4	5,8	6,0	5,9
2016	13,2	9,9	11,5	3,4	8,1	5,7	3,1	8,4	5,7
2017	12,6	10,0	11,3	3,1	8,4	5,7	3,1	8,4	5,4



Fonte: elaborazione su dati ISTAT

Tasso di disoccupazione (25-34 anni)  
a Reggio Emilia, in Emilia Romagna e in Italia dal 2007 al 2017



## Il reddito medio in Italia, in Emilia Romagna e a Reggio Emilia

Reggio Emilia è una città con un elevato livello di benessere e qualità della vita. Nel 2015 il reddito medio<sup>7</sup> nella provincia di Reggio Emilia è pari a 22.899 euro ed è più alto di quello registrato a livello nazionale (20.674 euro) e regionale (22.676 euro).

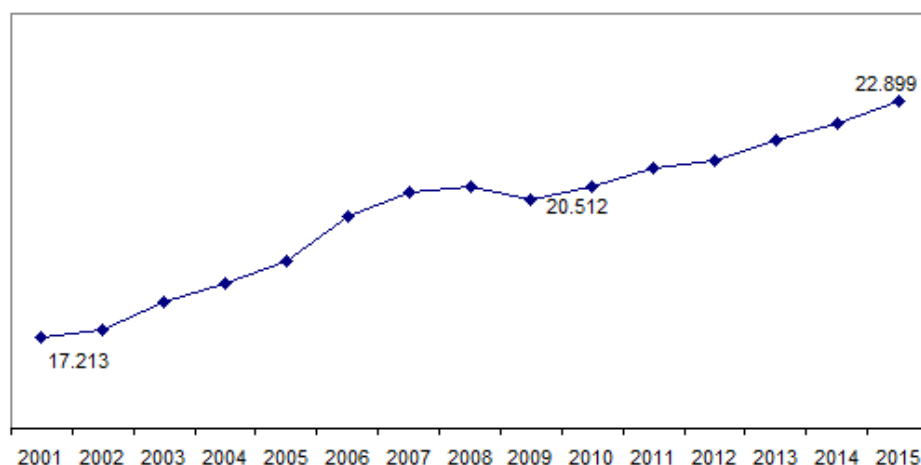
Italia	Emilia Romagna	Reggio Emilia
20.674	22.676	22.899

Dal 2001 al 2015 il reddito medio in provincia di Reggio Emilia è aumentato di 5.686 euro.

### Serie storica del reddito medio in provincia di Reggio Emilia

Anni	Reddito medio (valore in euro)	Variazione assoluta (anno precedente)	Variazione % (anno precedente)
2001	17.213	-	-
2002	17.371	158	0,9%
2003	18.063	692	4,0%
2004	18.514	451	2,5%
2005	19.034	520	2,8%
2006	20.103	1.069	5,6%
2007	20.704	601	3,0%
2008	20.824	120	0,6%
2009	20.512	-312	-1,5%
2010	20.831	319	1,6%
2011	21.266	435	2,1%
2012	21.453	187	0,9%
2013	21.946	493	2,3%
2014	22.357	411	1,9%
2015	22.899	542	2,4%

Reddito medio in provincia di Reggio Emilia dal 2001 al 2015

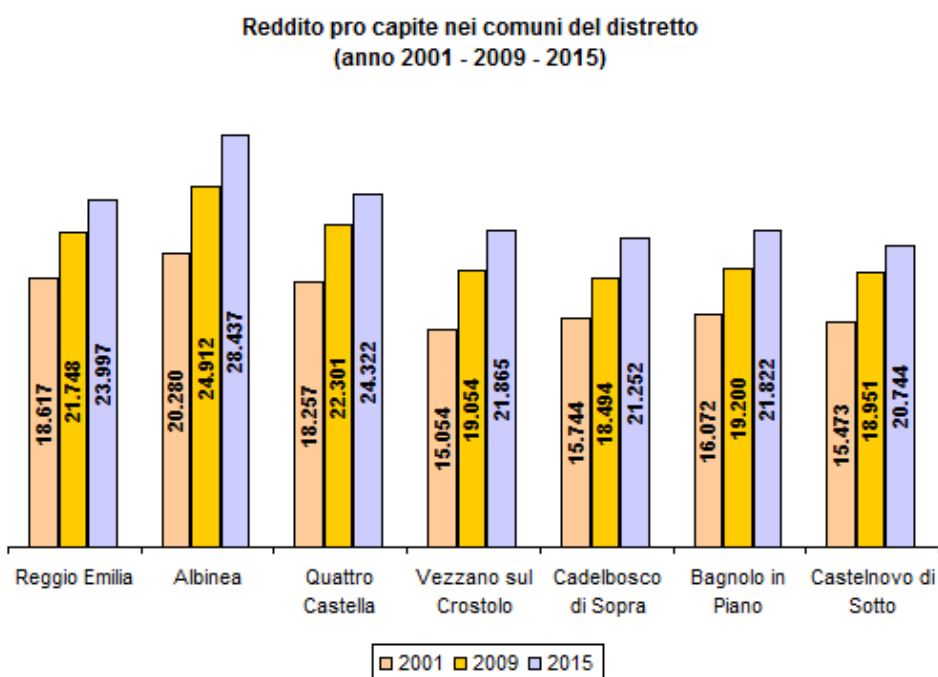


<sup>7</sup> I dati sui redditi IRPEF provengono dal sito: Comuni-italiani.it.

## Il reddito medio nei comuni del distretto di Reggio Emilia

Dal 2001 al 2015 il reddito medio è aumentato in tutti i Comuni del distretto. Nel 2015 il reddito medio più alto si registra ad Albinea (28.437 euro), a Quattro Castella (24.322 euro) e a Reggio Emilia (23.997 euro).

Comuni del distretto	Reggio Emilia	Unione Colline Matildiche			Unione Terra di Mezzo		
		Albinea	Quattro Castella	Vezzano sul Crostolo	Cadelbosco di Sopra	Bagnolo in Piano	Castelnovo di Sotto
2001	18.617	20.280	18.257	15.054	15.744	16.072	15.473
2002	18.826	20.870	18.291	15.274	15.638	16.503	15.449
2003	19.268	21.617	19.476	15.981	16.613	16.827	16.178
2004	19.758	22.373	19.540	16.537	16.843	17.294	16.671
2005	20.274	22.846	20.228	16.937	17.150	17.626	17.246
2006	21.372	24.003	21.720	18.149	18.359	18.647	18.049
2007	21.868	25.091	22.470	18.689	18.726	19.193	18.617
2008	21.919	25.270	22.679	19.233	19.008	19.337	18.979
2009	21.748	24.912	22.301	19.054	18.494	19.200	18.951
2010	21.989	25.693	22.820	19.217	19.020	19.686	18.967
2011	22.453	27.067	23.080	20.164	19.811	20.274	19.513
2012	22.558	26.563	23.539	20.369	19.819	20.200	19.750
2013	22.966	27.247	23.960	20.935	20.437	20.839	19.751
2014	23.451	27.658	24.131	21.615	20.796	21.146	20.200
2015	23.997	28.437	24.322	21.865	21.252	21.822	20.744



## Gli indici di povertà

In riferimento al reddito l'Emilia-Romagna presenta, in media, dei livelli più elevati rispetto al resto del Paese. Nonostante questo l'impovertimento delle famiglie interessa anche il territorio emiliano. In Emilia-Romagna le persone che vivono in condizioni di povertà relativa rappresentano il 9,7%, mentre in Italia l'incidenza di povertà relativa è quasi il 20%.

### Gli indici di povertà in Italia e in Emilia Romagna (valori %)

Indice	Italia	Emilia-Romagna
Povertà relativa	19,9%	9,7%
Bassa intensità di lavoro	11,7%	4,9%
Deprivazione	11,5%	5,95
Rischio di povertà	28,7%	15,4%

L'indice di deprivazione (materiale e sociale) è composto dalla somma di cinque indicatori: % persone con titolo di studio pari o inferiore a licenza elementare, % disoccupati o in cerca di prima occupazione, numero di occupanti per 100 mq nelle abitazioni, % abitazioni occupate in affitto, % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi.

L'Emilia-Romagna si colloca, nel panorama italiano, su livelli dell'indice di deprivazione tendenzialmente inferiori.

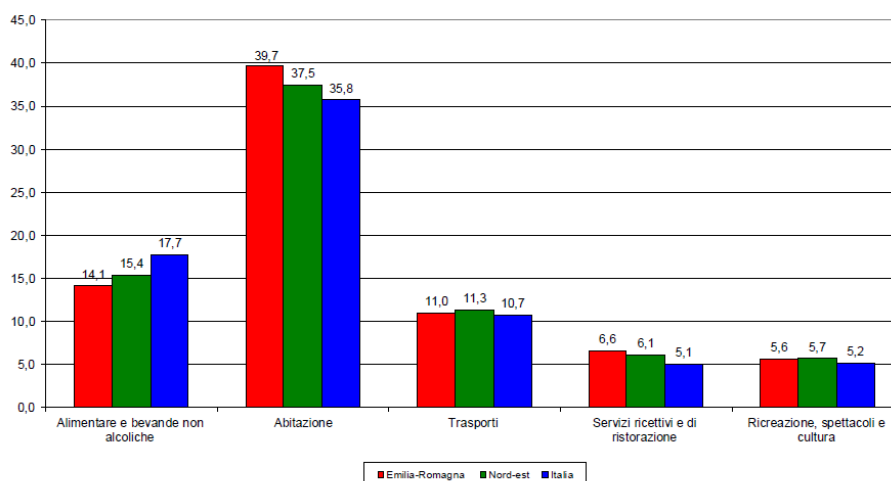
### Indice di deprivazione nel distretto di Reggio Emilia e in Emilia Romagna (anno 2011)

Indicatori	Distretto di Reggio Emilia	Regione Emilia-Romagna
Persone con titolo di studio pari o inferiore a licenza elementare	27,4%	28,7%
Popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione	8,6%	6,7%
Abitanti/100 mq	2,43	2,29
Abitazioni occupate in affitto	20,7%	19,3%
Famiglie monogenitoriali	9,9%	10,3%

## La spesa media mensile delle famiglie

Nel 2016 in Emilia Romagna la spesa media per l'acquisto di beni e servizi è pari 2.975 euro al mese, valore che supera di oltre 450 euro la spesa media rilevata in Italia. Le voci che incidono maggiormente sui bilanci delle famiglie sono le spese per l'abitazione (40% della spesa media mensile totale).

### Incidenza delle principali voci di spesa - anno 2016 (valori percentuali sul totale della spesa)



Fonte: Istat. Indagine sulle spese delle famiglie

## Gli sfratti

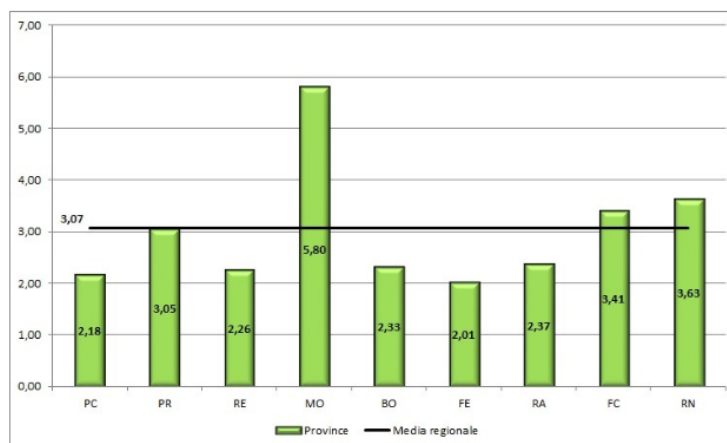
In provincia di Reggio Emilia, e anche in regione, più del 97% dei provvedimenti di sfratto emessi sono legati a morosità. Nel 2016 a Reggio Emilia sono stati emessi 511 sfratti, con un rapporto di 442 per numero di famiglie. Nello stesso periodo in Emilia-Romagna sono stati 6.124, con un rapporto sfratti/n. famiglie di 326. Nel 2016 Reggio Emilia ha uno dei tassi più bassi di provvedimenti emessi per 1.000 famiglie (2,26); questo valore infatti è al di sotto della media regionale (3,07). La situazione cambia per quanto riguarda gli sfratti eseguiti, che a Reggio sono praticamente tutti.

### Le procedure di sfratto nel 2016

Sfratti	Provincia di Reggio Emilia	Emilia-Romagna	Italia
<b>Provvedimenti di sfratto emessi</b>	511	6.124	61.718
<b>Richieste di esecuzione</b>	2.732	15.760	158.720
<b>Sfratti eseguiti</b>	507	3.407	35.336
<b>% di sfratti eseguiti</b>	99,2%	55,6%	57,3%

[Fonte: Gli sfratti in Italia: andamento delle procedure di rilascio di immobili ad uso abitativo – Ministero dell'Interno - anno 2016]

## Provvedimenti di sfratto emessi per 1.000 famiglie in Emilia-Romagna nel 2016.

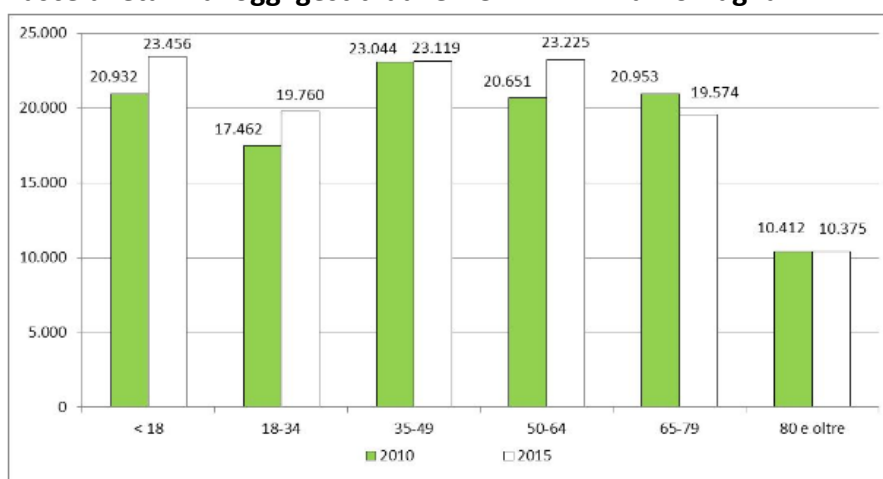


### L'edilizia residenziale pubblica

L'edilizia residenziale pubblica (ERP) rimane la principale misura in ordine di importanza a sostegno delle famiglie bisognose. Il patrimonio degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (ERP), gestito dalle Aziende casa dell'Emilia-Romagna (ACER) è composto da 54.755 appartamenti e, nel quinquennio 2010-2015, evidenzia un leggero incremento circa pari al 2%.

Nel quinquennio considerato aumentano le nuove generazioni: i minori crescono del 12% e quelli tra i 18 e i 34 anni del 13%, fenomeno influenzato dal flusso immigratorio. Nelle età successive si rileva una certa stabilità della consistenza degli utenti dai 35 ai 49 anni, un incremento del 12,5% di quelli con età compresa tra i 50 e 64 anni dovuto all'invecchiamento della popolazione, infine si assiste ad una diminuzione degli anziani soprattutto fra coloro che hanno dai 65 ai 79 anni (7%) mentre gli ultraottantenni rimangono sostanzialmente stabili. Il canone medio annuo regionale è stato di 1.480 euro.

### Utenti ERP per fasce di età in alloggi gestiti dalle ACER in Emilia-Romagna. Anni 2010 e 2015



Fonte dati: elaborazione Evert su dati Anagrafe utenza ERP della Regione Emilia-Romagna

## Centro di ascolto Caritas: il progetto di accoglienza invernale 2017/2018 a Reggio Emilia

Nel 2017 le persone accolte sono state 238 e i letti messi a disposizione 143.

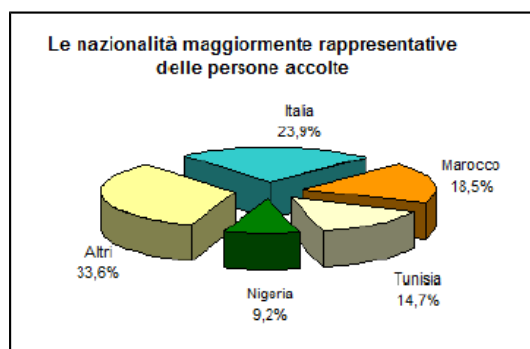
### Le persone accolte

Stranieri	181
Italiani	57
Uomini	192
Donne	28
Minori	18

I minori sono in riferimento a nuclei famigliari e donne senza marito/compagno

### La situazione occupazionale delle persone accolte

141 persone	Disoccupate
44 persone	Non in regola con i documenti
13 persone	Occupate
11 persone	Dichiarano di non lavorare
2 persone	Richiedenti asilo politico





### **1.3 Stato di salute della popolazione**

Le conoscenze sullo stato di salute della popolazione sono essenziali ai fini della programmazione sanitaria, per la definizione dei programmi di prevenzione e la valutazione dell'efficacia e della qualità delle cure sanitarie.

Le migliori condizioni di salute sono associate ad un incremento delle attività di prevenzione. I dati evidenziano l'aumento delle persone che si sottopongono a controlli preventivi e alle attività di screening.

La situazione non è altrettanto positiva per quanto riguarda i comportamenti a rischio (aumentano in particolare le persone in soprappeso e i bevitori a rischio).

#### *L'aspettativa di vita*

Dal 2002 al 2016 la speranza di vita è aumentata: nel 2016 in Italia il numero medio di anni che una persona può vivere è pari a 82,8, in Emilia Romagna 83,3 e a Reggio Emilia 83,0.

#### *La mortalità*

Nel 2016 i decessi rilevati dall'azienda Ausl di Reggio Emilia sono 5.493 e riguardano in misura maggiore il sesso femminile: 2.908 femmine contro 2.585 maschi. Il tasso standardizzato di mortalità per 100.000 abitanti è 944,93, in Emilia-Romagna 905,88.

#### *Gli stili di vita*

I principali fattori di rischio in Emilia Romagna sono: il fumo, l'alcol, l'alimentazione scorretta e l'inattività fisica. Nella provincia di Reggio Emilia i dati relativi dell'ultima indagine sugli stili di vita (2015-2017) evidenziano che il 40,5% degli intervistati è in soprappeso, il 27% è un fumatore, il 26,5% si considera un bevitore a rischio e il 26,1% conduce una vita sedentaria, cioè non svolge un lavoro pesante e non fa attività fisica.

#### *I programmi di prevenzione*

Nell'Ausl di Reggio Emilia la percentuale di partecipazione ai vari programmi di screening per la prevenzione dei tumori è più alta rispetto all'Ausl della Romagna.

L'Emilia Romagna ha una copertura vaccinale dell'87,2% e il distretto di Reggio Emilia registra un valore superiore a quello regionale (90,3%).

#### *I consultori familiari e la gravidanza*

Per quanto riguarda i consultori familiari dal 2013 al 2017 sono diminuiti gli utenti complessivi (-195) e sono aumentati gli utenti stranieri (+64). L'aumento degli stranieri ha riguardato prevalentemente le donne. Nel 2017 la partecipazione delle donne a corsi pre-parto a Reggio Emilia (29,8%) è più bassa rispetto alla regione (31,9%). Nel 2016 a Reggio Emilia le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 974 ed hanno riguardato prevalentemente le donne residenti nel territorio (80%).

## L'aspettativa di vita (o speranza di vita)<sup>8</sup>

Dal 2002 al 2016 la speranza di vita è aumentata: nel 2016 in Italia il numero medio di anni che una persona può vivere è pari a 82,8, in Emilia Romagna 83,3 e nella provincia di Reggio Emilia 83,0.

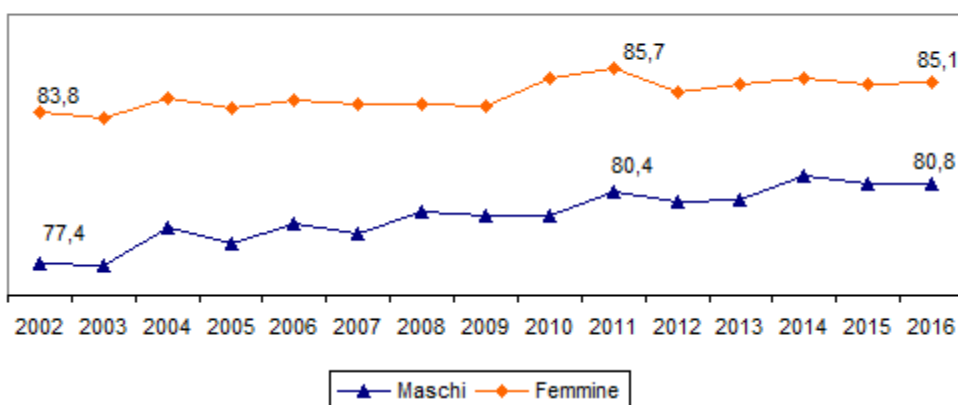
Dal 2002 al 2016 aumenta la speranza di vita negli uomini e ciò riduce la storica differenza con le donne, che rimangono comunque più longeve.

Nel 2016 la regione mostra valori più elevati rispetto alla media nazionale, in relazione ai maschi e alle femmine; la provincia di Reggio Emilia registra valori inferiori alla regione ed è in linea con quelli nazionali.

### L'aspettativa di vita per genere in Italia, Emilia Romagna e Reggio Emilia dal 2002 al 2016

Anni	Italia		Emilia Romagna		Provincia di Reggio Emilia	
	M	F	M	F	M	F
2002	77,2	83	77,6	83,8	77,4	83,8
2003	77,2	82,8	77,8	83,3	77,3	83,6
2004	77,9	83,6	78,5	84	78,9	84,4
2005	78,1	83,5	78,8	84	78,2	84
2006	78,4	83,9	79,1	84,3	79,1	84,3
2007	78,6	83,9	79,2	84,4	78,6	84,2
2008	78,7	83,9	79,4	84,4	79,6	84,2
2009	78,9	84,0	79,7	84,5	79,4	84,1
2010	79,3	84,3	79,9	84,8	79,4	85,3
2011	79,5	84,4	80,3	84,9	80,4	85,7
2012	79,6	84,4	80,2	84,9	80,0	84,7
2013	79,8	84,6	85,5	85,1	80,1	85,1
2014	80,3	85,0	81,0	85,4	81,1	85,3
2015	80,1	84,6	80,9	85,0	80,8	85,0
2016	80,6	85,0	81,2	85,3	80,8	85,1

Aspettativa di vita per genere nella provincia di Reggio Emilia dal 2002 al 2016



<sup>8</sup> La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che restano da vivere a una persona alla sua nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento (Fonte: ISTAT).

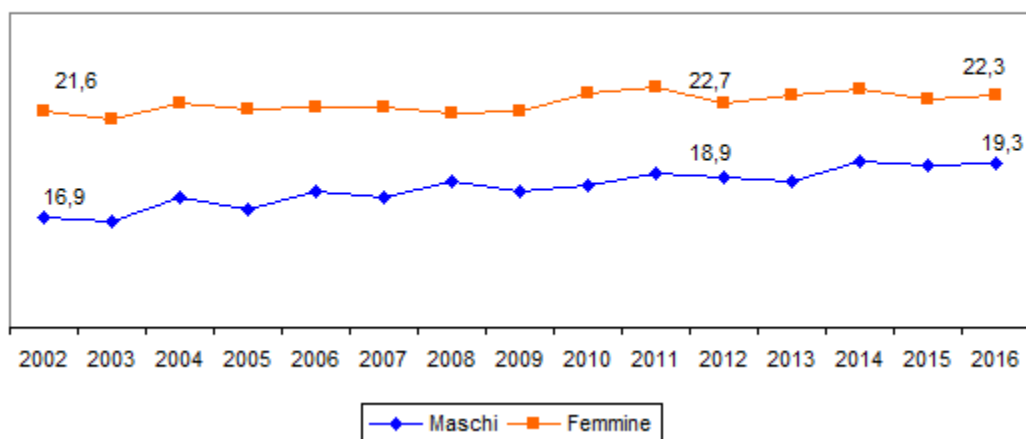
Nel 2016 la speranza di vita a 65 anni<sup>9</sup> in Italia è pari a 20,7, in Emilia Romagna 21,1 e nella provincia di Reggio Emilia 20,8. La regione mostra valori più elevati rispetto alla media nazionale, in relazione ai maschi e alle femmine; la provincia di Reggio Emilia registra valori inferiori alla regione ed è in linea con quelli nazionali.

#### Speranza di vita a 65 anni per genere in Italia, Emilia Romagna e Reggio Emilia dal 2002 al 2016

Anni	Italia		Emilia Romagna		Provincia di Reggio Emilia	
	M	F	M	F	M	F
2002	16,9	20,8	17,3	21,5	16,9	21,6
2003	16,8	20,5	17,2	21,1	16,7	21,3
2004	17,3	21,3	17,8	21,7	17,8	22,0
2005	17,4	21,1	17,9	21,7	17,3	21,7
2006	17,7	21,4	18,1	21,9	18,1	21,8
2007	17,8	21,4	18,3	21,9	17,8	21,8
2008	17,8	21,4	18,3	21,8	18,5	21,65
2009	17,9	21,5	18,4	21,9	18,1	21,6
2010	18,2	21,7	18,6	22,2	18,3	22,4
2011	18,3	21,8	18,9	22,2	18,9	22,7
2012	18,3	21,8	18,7	22,2	18,7	22,0
2013	18,6	22,0	19,1	22,4	18,5	22,3
2014	18,9	22,3	19,3	22,7	19,4	22,6
2015	18,7	21,9	19,2	22,2	19,2	22,2
2016	19,1	22,3	19,6	22,5	19,3	22,3

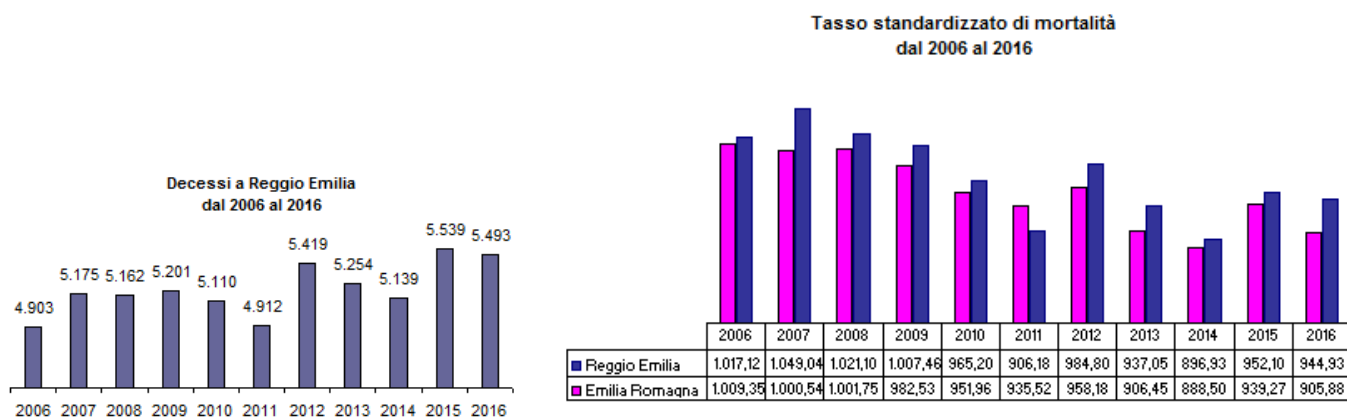
<sup>9</sup> La speranza di vita a 65 anni indica il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi ancora di vivere in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento (Fonte: ISTAT).

**Speranza di vita a 65 anni per genere in provincia di Reggio Emilia  
dal 2002 al 2016**



**La mortalità**

Nel 2016 i decessi rilevati dall'azienda Ausl di Reggio Emilia sono 5.493 e riguardano in misura maggiore il sesso femminile: 2.908 femmine contro 2.585 maschi. Il tasso standardizzato di mortalità<sup>10</sup> per 100.000 abitanti a Reggio Emilia nel 2016 è 944,93 (nel 2006 era 1017,12).



Nel 2016 i dati rilevati dall'azienda Ausl di Reggio Emilia evidenziano che la prima causa di morte è rappresentata da malattie del sistema circolatorio (34,26%). La seconda causa di morte è rappresentata da tumori (28,36%) e la terza da malattie del sistema respiratorio (8,25%). I tassi di mortalità più elevati vengono registrati nelle classi di età più anziane. I dati appaiono in linea con quelli registrati nella Regione Emilia-Romagna.

---

**2016**

---

<sup>10</sup> Il tasso standardizzato di mortalità è dato dal numero dei deceduti nell'anno di riferimento rapportato a 100.000 residenti di una popolazione al netto della sua struttura per età.

<b>Cause di mortalità</b>	<b>Valori % AUSL Reggio Emilia</b>	<b>Valori % AUSL Emilia- Romagna</b>
Malattie sistema circolatorio	34,3%	34,7%
Tumori	28,4%	28,7%
Malattie sistema respiratorio	8,2%	8,0%
Altro	29,1%	28,6%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### **Il tasso di mortalità infantile**

In provincia di Reggio Emilia il tasso di mortalità infantile<sup>11</sup> dal 2013 al 2016 è progressivamente diminuito, passando da 3,95 a 1,85. Nel 2016 il tasso di mortalità infantile a Reggio Emilia è pari a 1,85 registrando un valore inferiore a quello regionale (2,23).

<b>Tasso di mortalità</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Reggio Emilia				
Tasso di mortalità infantile	3,95	3,16	2,11	1,85
Tasso di mortalità neonatale	2,17	1,69	1,06	1,39
Emilia-Romagna				
Tasso di mortalità infantile	2,92	3,01	2,48	2,23
Tasso di mortalità neonatale	2,02	2,16	1,55	1,38

<sup>11</sup> Il tasso di mortalità infantile è il rapporto tra il numero dei bambini morti entro il primo anno di vita nell'arco dell'anno solare al numero dei bambini nati vivi nello stesso anno, moltiplicando il risultato per mille.

## Gli stili di vita

L'indagine sullo stato di salute dei cittadini rileva che i principali fattori di rischio in Emilia Romagna sono: il fumo, l'alcol, l'alimentazione scorretta e l'inattività fisica.

Nella provincia di Reggio Emilia i dati dell'ultima indagine sugli stili di vita (2015-2017) evidenziano che il 40,5% degli intervistati è in soprappeso, il 27% è un fumatore, il 26,5% si considera un bevitore a rischio e

il 26,1% conduce una vita sedentaria, cioè non svolge un lavoro pesante e non fa attività fisica.

Il raffronto tra il triennio 2013-2015 e 2015-2017 evidenzia nella provincia di Reggio Emilia un aumento dei bevitori a rischio, dei fumatori e dei sedentari, mentre diminuiscono le persone in soprappeso.

Il raffronto con l'Emilia Romagna evidenzia valori più alti rispetto alla percentuale di sedentari e di bevitori a rischio.

Si riporta la tabella con gli indicatori nei trienni in cui è stata effettuata l'indagine.

<b>Stili di vita</b>	<b>Valore 2013-2015</b>	<b>Valore 2014-2016</b>	<b>Valore 2015-2017</b>
<b>% sedentari</b>			
Reggio Emilia	23,7	21,5	26,1
Emilia-Romagna	21,6	21,9	23,3
<b>% persone sovrappeso o obese</b>			
Reggio Emilia	42,3	42,1	40,5
Emilia-Romagna	42,8	42,7	42,2
<b>% bevitori a rischio</b>			
Reggio Emilia	22,7	25,8	26,5
Emilia-Romagna	22,2	23	23,3
<b>% fumatori</b>			
Reggio Emilia	25,3	27,8	27,0
Emilia-Romagna	27,8	28,2	27,9

## I programmi di screening

I programmi di screening tumorali attivi in Emilia Romagna sono i seguenti: cervice uterina, mammella e colon-retto. Nel 2016 i dati rilevati dall'azienda Ausl di Reggio Emilia evidenziano che il 91,4% della popolazione femminile (25-64 anni) si sottopone al test di screening per la prevenzione del tumore al collo dell'utero, l'82,2% si sottopone al test di screening per la prevenzione del tumore al seno, mentre il 77,7% delle donne (50-69 anni) si è sottoposto allo screening per la prevenzione del tumore al colon.

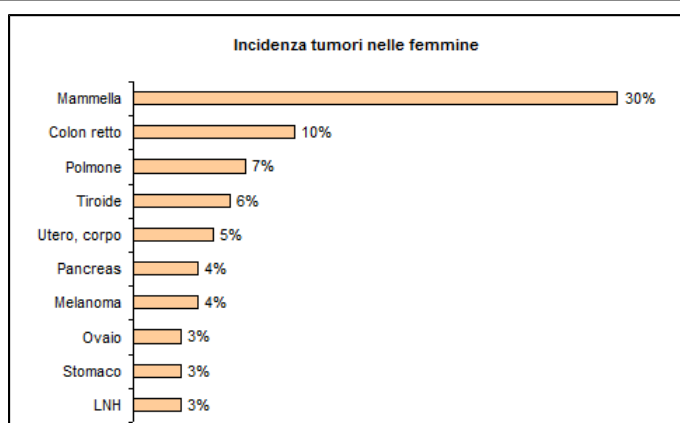
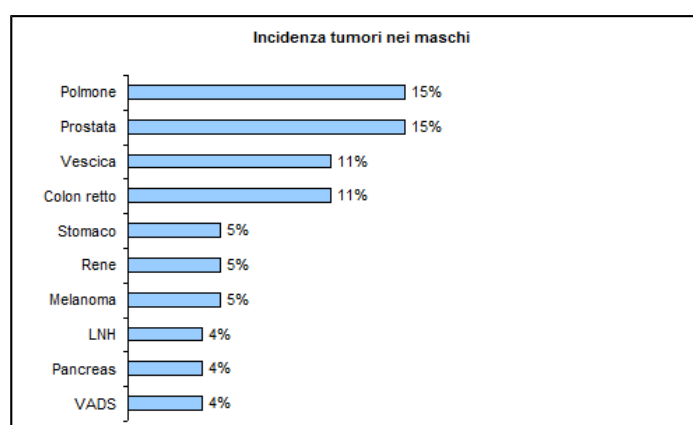
La tabella seguente mostra la percentuale di persone che hanno effettuato un test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (donne residenti 25-64 anni), mammella (donne residenti 25-64 anni) e colon-retto (persone residenti 50-69 anni).

La percentuale di partecipazione ai vari programmi di screening è più alta nell'Ausl di Reggio Emilia rispetto all'Ausl della Romagna.

Anni	Cervice uterina		Mammella		Colon-retto	
	AUSL	AUSL	AUSL	AUSL	AUSL	AUSL
	Reggio Emilia	Romagna	Reggio Emilia	Romagna	Reggio Emilia	Romagna
2011	82,9	65,3	89,5	78,6	85,6	56,9
2012	79,7	63,7	88,1	75,4	73,4	66,3
2013	90,9	62,5	96,7	79,9	84,8	54,5
2014	84,7	59,4	93,4	76,5	71,9	65,0
2015	66,2	57,1	92,9	81,9	80,8	54,9
2016	91,4	66,9	82,2	78,4	77,7	66,2

## Le principali tipologie di tumori

Nei maschi la principale tipologia tumorale interessa i polmoni (15%) e la prostata (15%), nelle femmine la mammella (30%).



## La copertura vaccinale

L'Emilia Romagna ha una delle coperture vaccinali più elevate in Italia e il distretto di Reggio Emilia registra coperture vaccinali più alte rispetto alla regione.

L'obiettivo di copertura a livello nazionale del vaccino per il morbillo, la parotite, la rosolia (MPR) è il raggiungimento del 95% della popolazione target. Il distretto di Reggio Emilia nel 2016 ha raggiunto una copertura del 90,3%, valore superiore a quello dell'Ausl regionale (87,2%) e provinciale (89,7). Anche per le altre tipologie di vaccino (polio, difterite, tetano, epatite B e pertosse) il distretto di Reggio Emilia registra valori più alti di quelli regionali.

Per quanto riguarda il vaccino antinfluenzale, somministrato alla persone anziane (65 e +) e su altre tipologie di soggetti a rischio, l'obiettivo di copertura a livello nazionale è il raggiungimento del 75% della popolazione target. Nel 2016 l'Ausl di Reggio Emilia<sup>12</sup> ha raggiunto il 56,6% di copertura, un valore superiore a quello dell'Ausl regionale (53,1%).

Viene in seguito riportata la sintesi delle percentuali di copertura vaccinale dal 2011 al 2016.

### Coperture vaccinali dal 2011 al 2016 (valori %)

<b>Copertura vaccinale nel distretto</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Vaccino MPR - morbillo, parotite e rosolia (1 dose)	93,3	91,9	89,3	89,2	88,5	90,3
Polio a cicli completi (3 dosi)	96,5	95,8	95,2	94,9	94,1	95,1
Difterite a cicli completi (3 dosi)	96,5	95,6	94,7	94,8	93,9	94,7
Tetano a cicli completi (3 dosi)	96,5	95,8	95	95,1	94,2	95,0
Epatite B a cicli completi (3 dosi)	96,3	95,4	94,2	94,6	93,5	94,4
Pertosse a cicli completi (3 dosi)	96,3	95,4	94,4	94,7	93,8	94,7

<b>Antinfluenzale negli anziani</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Ausl di Reggio Emilia	66,9	57	60,7	54,4	55,3	56,6
Ausl dell'Emilia-Romagna	64,7	56,3	57,2	50,6	51,9	53,1

<sup>12</sup> Il dato del distretto non è disponibile.



## I consultori familiari e la gravidanza

Per quanto riguarda i consultori familiari del distretto di Reggio Emilia, dal 2013 al 2017 sono diminuiti gli utenti complessivi (-195) e sono aumentati gli utenti stranieri (+64). L'aumento degli stranieri ha riguardato prevalentemente le donne. Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia le donne in gravidanza che si sono rivolte al consultorio sono state 886 (72,1% delle donne complessive). Dal 2013 al 2017 le donne straniere sono raddoppiate, passando da 448 a 886.

Consultori familiari	2013	2014	2015	2016	2017
<b>N. utenti per azienda di erogazione</b>					
Distretto di Reggio Emilia	20.276	19.892	30.937	19.423	20.081
- di cui stranieri	4.806	5.150	5.915	4.587	4.870
Provincia di Reggio Emilia	49.372	48.052	49.468	49.098	48.124
- di cui stranieri	10.009	10.160	9.355	9.381	9.330
Regione Emilia-Romagna	355.892	378.315	382.292	351.309	377.013
- di cui stranieri	71.446	74.283	73.024	70.036	73.103
<b>N. donne gravide per azienda di erogazione</b>					
Distretto di Reggio Emilia	448	716	651	706	886
- di cui straniere	256	456	409	413	572
Provincia di Reggio Emilia	1.354	2.144	2.290	2.311	2.554
- di cui straniere	702	1.175	1.171	1.162	1.331
Regione Emilia-Romagna	17.345	20.007	19.271	19.507	19.954
- di cui straniere	9.281	10.634	10.082	10.204	10.204
<b>N. medio di visite per donna gravida per azienda di erogazione</b>					
Distretto di Reggio Emilia	14,5	7,7	7,2	6,4	7,9
Provincia di Reggio Emilia	9,5	6,1	5,6	5,4	7,1
Regione Emilia-Romagna	7,1	6,3	6,4	6,5	6,7
Distretto di Reggio Emilia	14,5	7,7	7,2	6,4	7,9

## Le interruzioni volontarie di gravidanza (I.V.G.)<sup>13</sup>

Nel 2016 le interruzioni volontarie di gravidanza (I.V.G.) a Reggio Emilia (AUSL di residenza) sono state 537. Per quanto riguarda la cittadinanza, le donne italiane sono più numerose di quelle straniere, sia a Reggio Emilia (61,9%) sia in Emilia Romagna (57,8%).

### I.V.G. effettuate a Reggio Emilia e in Emilia Romagna per cittadinanza (anno 2016)

AUSL di residenza	Italiane	Straniere
Reggio Emilia	537	331
%	61,9%	38,1%
Emilia Romagna	3.926	2.865
%	57,8%	42,2%

Le interruzioni volontarie di gravidanza sono più frequenti nella fascia di età dai 20 ai 34 anni (53,9% a Reggio Emilia e 57,6% in Emilia Romagna).

<sup>13</sup> I dati sulle I.V.G. sono rielaborazioni dal volume "Relazione sulle interruzioni volontarie di gravidanze in Emilia Romagna nel 2016". Regione Emilia Romagna, Assessorato alla Sanità. Dicembre 2017.

**I.V.G. effettuate da donne residenti a Reggio Emilia e in Emilia Romagna per classi di età (anno 2016)**

<b>AUSL di residenza</b>	<b>&lt;18</b>	<b>18-19</b>	<b>20-34</b>	<b>35 e +</b>	<b>Totale</b>
Reggio Emilia	2,6%	4,0%	53,9%	39,4%	100%
Emilia Romagna	2,4%	4,2%	57,6%	35,8%	100%

## 1.4 Il contesto ambientale

L'evidenza scientifica relativa agli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute umana si è arricchita notevolmente negli ultimi anni. Le sostanze responsabili di effetti sulla salute sono principalmente il particolato (PM), il biossido di zolfo (SO<sub>2</sub>), il biossido di azoto (NO<sub>2</sub>) e l'ozono (O<sub>3</sub>).

È ovviamente il contesto urbano è quello in cui si manifestano i maggiori impatti sanitari; per questo si ritiene utile riportare alcuni indicatori sulla qualità dell'aria relativi alla provincia di Reggio Emilia.

### *La conformazione geografica della provincia di Reggio Emilia*

La provincia di Reggio Emilia è suddivisa in 2 ambiti territoriali:

- La Zona Pianura Ovest, ovvero quella porzione di territorio dove c'è il rischio di superamento del valore limite e/o delle soglie di allarme e dove occorre predisporre piani e programmi a lungo termine, è costituita dai comuni di: Albinea, Bagnolo in Piano, Bibbiano, Boretto, Brescello, Cadelbosco di Sopra, Campagnola Emilia, Campegine, Casalgrande, Castellarano, Castelnovo di Sotto, Cavriago, Correggio, Fabbrico, Gattatico, Gualtieri, Guastalla, Luzzara, Montecchio Emilia, Novellara, Poviglio, Quattro Castella, Reggiolo, Reggio nell'Emilia, Rio Saliceto, Rolo, Rubiera, San Martino in Rio, San Polo d'Enza, Sant'Ilario d'Enza, Scandiano.
- La Zona Appennino (collina e montagna), ovvero quella porzione di territorio dove i valori della qualità dell'aria sono inferiori al valore limite e dove occorre adottare piani di mantenimento, è costituita dai comuni di: Baiso, Carpineti, Casina, Canossa, Castelnovo né Monti, Canossa, Toano, Ventasso, Vetto, Vezzano sul Crostoso, Viano, Villa Minozzo.

### *Le stazioni di rilevamento della qualità dell'aria*

Sulla base di queste definizioni è possibile classificare le 5 stazioni di monitoraggio<sup>14</sup> della qualità dell'aria del territorio provinciale di Reggio Emilia:

- stazioni urbane (V.le Timavo e San Lazzaro)
- stazioni suburbane (Castellarano)
- stazioni rurali (San Rocco di Guastalla, Febbio di Villa Minozzo)

e, a seconda del contesto in cui operano<sup>15</sup>, in: stazioni da traffico (V.le Timavo) e stazioni di fondo (San Lazzaro, Castellarano, San Rocco, Febbio).

In tutte le stazioni fisse sono monitorati:

- gli ossidi di azoto (NO<sub>x</sub>) e il particolato (PM<sub>10</sub>),
- le polveri sottili PM<sub>2.5</sub>, la cui misurazione è iniziata nel 2008, vengono rilevate a Castellarano, Guastalla e in Via Amendola.
- il monossido di carbonio (CO) e il benzene e altri solventi sono misurati in Viale Timavo, l'ozono (O<sub>3</sub>) in Via Amendola, Castellarano, San Rocco e Febbio.

---

<sup>14</sup>stazioni urbane: siti fissi inseriti in aree edificate in continuo o almeno in modo predominante;

stazioni suburbane: siti fissi inseriti in te in cui sono presenti zone edificate, e zone non urbanizzate;

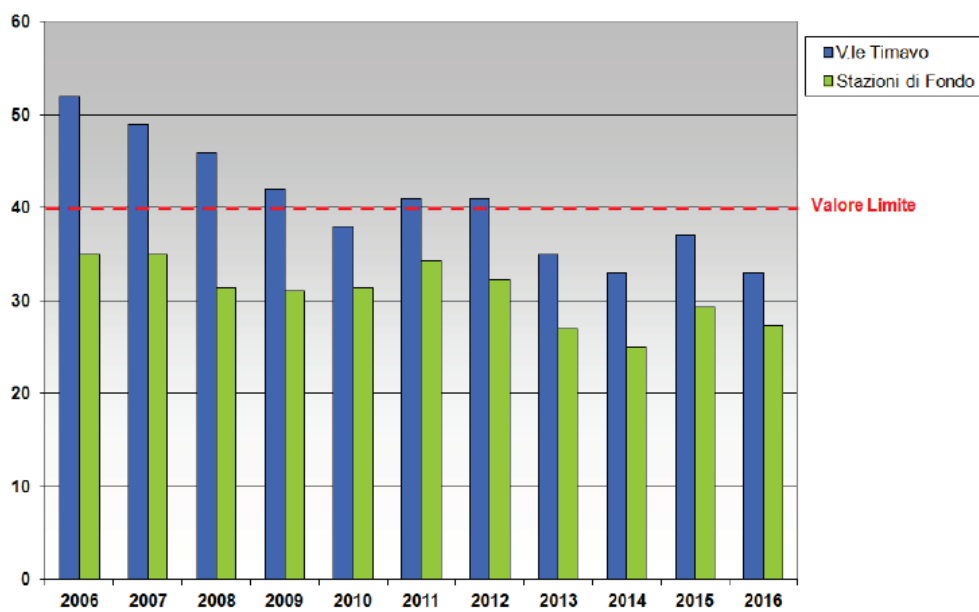
stazioni rurali: siti fissi inseriti in tutte le aree diverse da quelle urbane o suburbane. Il sito rurale si definisce remoto se è localizzato ad una distanza maggiore di 50 km dalle fonti di emissione.

<sup>15</sup>stazioni di misurazione di traffico: stazioni ubicate in posizione tale che il livello di inquinamento sia influenzato prevalentemente da emissioni da traffico; stazioni di misurazione di fondo: stazioni ubicate in posizione tale che il livello di inquinamento non sia influenzato prevalentemente da emissioni da specifiche fonti (industrie, traffico, riscaldamento residenziale, ecc.) ma dal contributo integrato di tutte le fonti poste sopravvento alla stazione rispetto alle direzioni predominanti dei venti nel sito;

## La qualità dell'aria

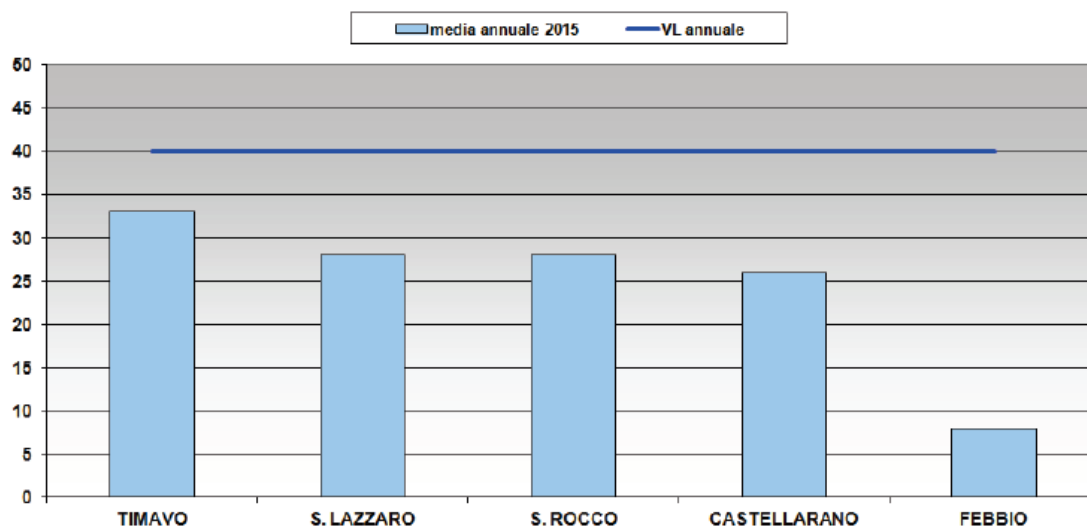
I dati del 2016 sulla concentrazione di **PM10** in V.le Timavo, evidenziano una marcata diminuzione sul valore medio annuale delle polveri rispetto al 2015.

**Trend storico della concentrazione media annuale di PM10 in stazioni di fondo e di traffico urbano (V.le Timavo)**



La media annuale di concentrazione di PM10 è inferiore al limite annuale di 40 µg/m<sup>3</sup> nelle stazioni di fondo urbano e suburbane e anche nella stazione da traffico di Viale Timavo, dove si registra una diminuzione del 12% rispetto al 2015.

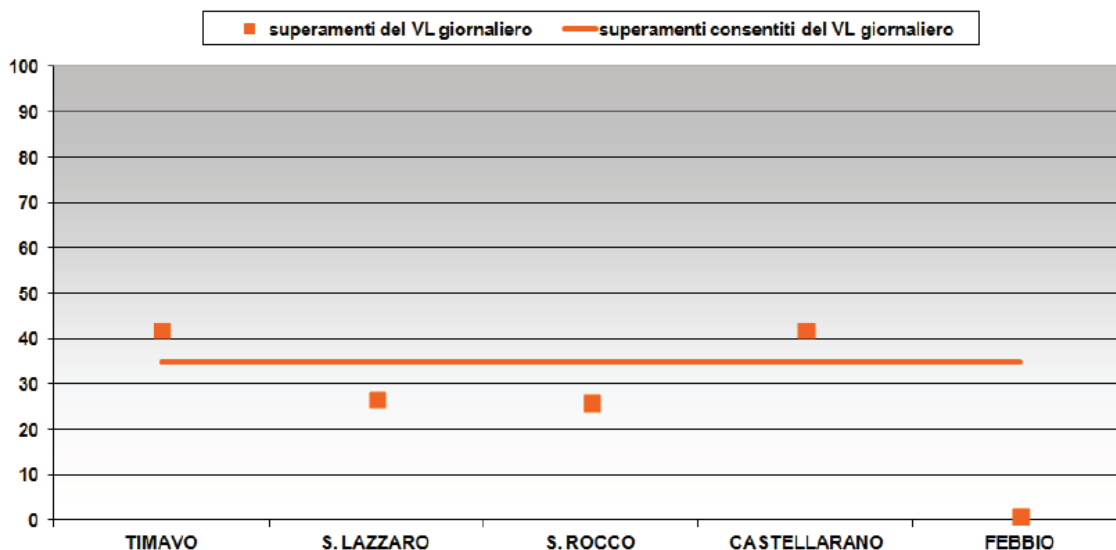
### **Concentrazione media annuale 2016 e rispetto del Valore limite del PM10**



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

**Numero di giorni di superamento del valore limite nelle 24 ore di 50 µg/m<sup>3</sup> di PM<sub>10</sub> e numero massimo consentito (35)**

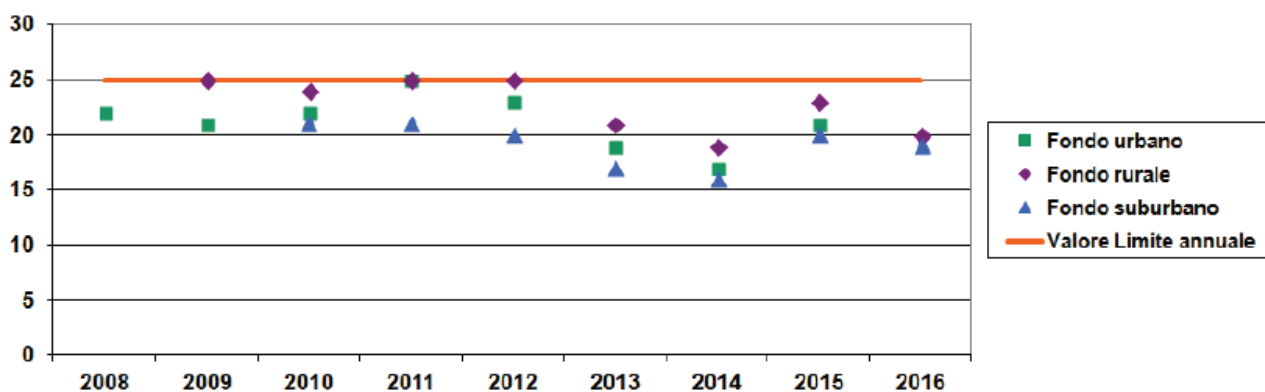
**in provincia di Reggio Emilia nel 2016.**



Il **PM<sub>2.5</sub>** nel periodo invernale e autunnale costituisce la stragrande maggioranza in peso del PM<sub>10</sub>, costituendone mediamente il 75-80% (con valori giornalieri che possono raggiungere il 100%). Nel periodo primaverile-estivo invece il PM<sub>2.5</sub> si attesta mediamente sul 60% in peso del PM<sub>10</sub>, con valori giornalieri che possono scendere fino al 35%.

Il PM<sub>2.5</sub> è rilevato a Reggio Emilia a partire dall'anno 2008 e non ha mai superato il valore limite annuale.

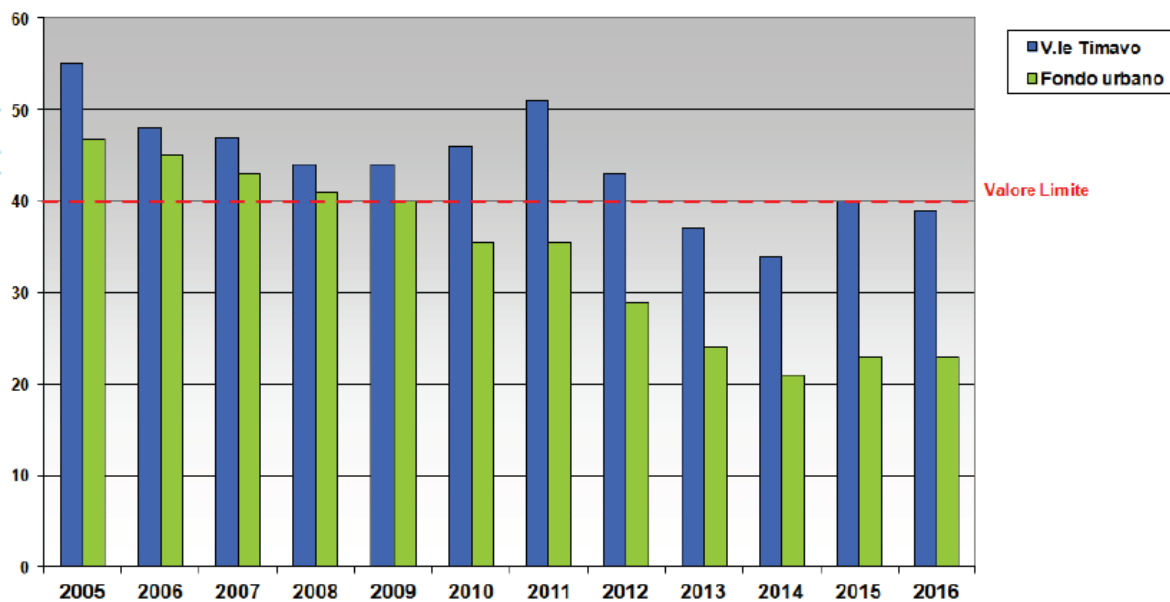
**Concentrazione media annuale e rispetto del VL del PM<sub>2.5</sub>.**



Per quanto riguarda il **biossido d'azoto**, la misurazione avviene in tutte le stazioni di monitoraggio. Per questo inquinante il verificarsi di eventi acuti legati al superamento del valore limite (200 µg/m<sup>3</sup>) espressi come media oraria, è quasi del tutto scomparso. Anche i valori medi di concentrazione si sono significativamente ridotti negli ultimi anni, anche nelle postazioni da traffico.

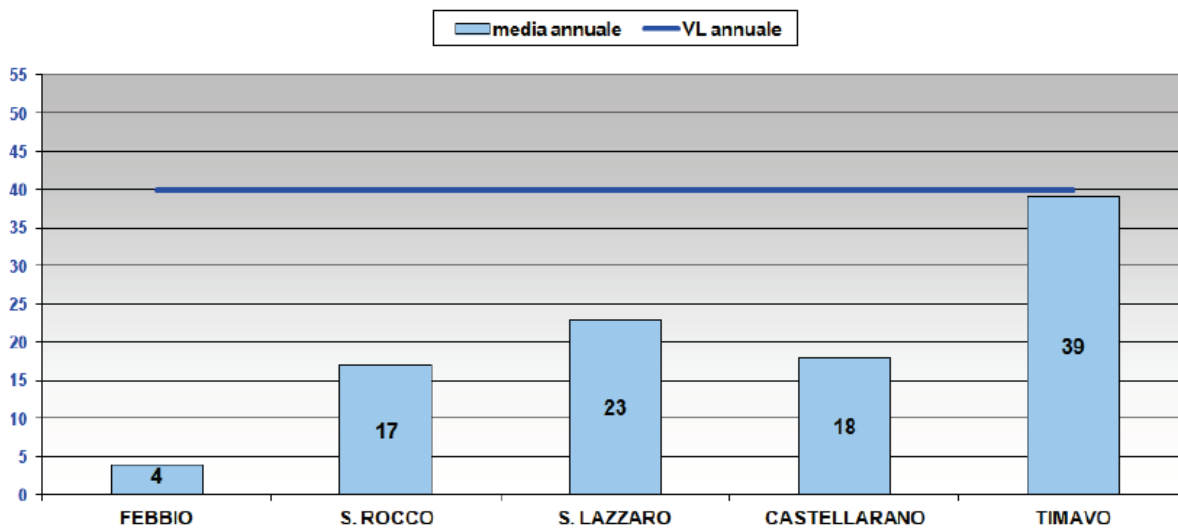
Nonostante vi sia stato un inverno caratterizzato da valori decisamente inferiori rispetto al 2015, nel complesso il 2016 presenta valori medi annuali in linea con quelli del 2015.

**Trend delle concentrazioni medie annuali di biossido di azoto nelle stazioni di fondo  
e nella stazione da traffico.**



**Concentrazione media annuale 2016 e rispetto del Valore limite dell'NO2.**





I mesi in cui questo componente può raggiungere concentrazioni elevate ai fini del rispetto dei valori limite per la protezione della salute sono maggio, giugno, luglio, agosto e talvolta settembre. In questi mesi si verificano numerosi superamenti del valore obiettivo di protezione della salute umana, pari a 120 µg/m<sup>3</sup>.

## **1.5 Il contrasto alla fragilità**

La trasformazione delle famiglie, l'invecchiamento della popolazione, l'immigrazione, il sostegno alle persone in situazioni di fragilità richiedono servizi sul territorio sempre più mirati e integrati.

I dati e gli indicatori di questa sezione consentono di offrire un quadro degli interventi socio-sanitari attivati nel territorio di Reggio Emilia a sostegno della popolazione nelle diverse fasce di età e per tipologia di bisogno. I dati sono così suddivisi:

- I servizi per minori
- I servizi domiciliari per anziani
- I servizi residenziali per anziani
- I servizi per la disabilità
- I servizi per le persone in difficoltà

Gli accessi all'ospedale e al pronto soccorso

## I servizi per minori

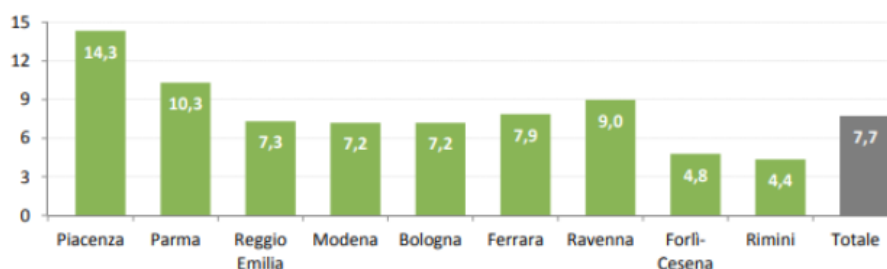
Nel 2014 in provincia di Reggio Emilia i **minori in carico ai servizi sociali** sono 7.008 (7,3% sul totale dei minori residenti). In Emilia-Romagna rappresentano il 7,7%.

### Minori in carico al 31.12.2014 e % di minori in carico sul totale dei minori residenti

	Minori in carico al 31.12.2014	Minori residenti al 1.1.2015	% sui minori residenti
Reggio Emilia	7.008	95.770	7,3%
Emilia-Romagna	55.141	714.051	7,7%

La provincia di Reggio Emilia ha un tasso di presa in carico del 7,3 ogni 100 minorenni residenti, mentre Piacenza registra il tasso più alto di presa in carico (14,3). Il tasso di presa in carico di Reggio Emilia è leggermente più basso di quello registrato a livello regionale (7,7), ed è in linea con i valori registrati nella provincia di Modena (7,2) e di Bologna (7,2).

### % minori in carico al 31.12.2014 sul totale dei minori residenti nelle province dell'Emilia Romagna



Nel 2014 nella provincia di Reggio Emilia i bambini e ragazzi con nuova presa in carico sono stati 1.264 (il 14,5% del totale dei minori in carico).

	Nuovi	Dimessi	Totale in corso dell'anno	% nuovi sul totale anno	% dimessi sul totale anno
Reggio Emilia	1.264	1.703	8.711	14,5%	19,5%
Emilia-Romagna	10.412	9.316	64.457	16,2%	14,5%

Nel corso del 2017 i minori in carico nel Comune di Reggio Emilia sono stati 3.809. Dal 2016 al 2017 i minori in carico sono aumentati di 209 unità.

### I minori in carico ai Servizi sociali nel Comune di Reggio Emilia

	2013	2014	2015	2016	2017
Comune di Reggio Emilia	3.924	3.903	3.642	3.600	3.809

Nel corso del 2017 i minori stranieri in carico nel Comune di Reggio Emilia sono stati 1.674 (44% di tutti i minori in carico).

Nel 2014 in provincia di Reggio Emilia i minori stranieri in carico ai servizi sociali sono 3.387 (48,3% sul totale dei minori in carico).

### Minori in carico al 31.12.2014 e % di minori stranieri sul totale dei minori in carico

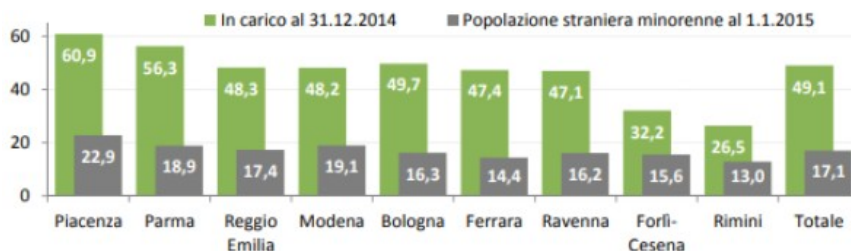
	Minori in carico al 31.12.2014	Minori stranieri in carico al 31.12.2014	% sui minori in carico al 31.12
Reggio Emilia	7.008	3.387	48,3%
Emilia-Romagna	55.141	27.056	49,1%

Nella provincia di Reggio Emilia il 17,4% dei minori residenti è straniero; di questi il 48,3% è in carico ai servizi sociali.

Il valore più alto si registra nella provincia di Piacenza: il 22,9% dei minori residenti è straniero e di questi il 61% è in carico ai servizi sociali.

A livello regionale il 17,1% dei minori residenti è straniero; di questi il 50% è in carico ai servizi sociali.

### % minori stranieri in carico al 31.12.2014 e % di minori stranieri residenti sul totale dei minori nelle province dell'Emilia Romagna



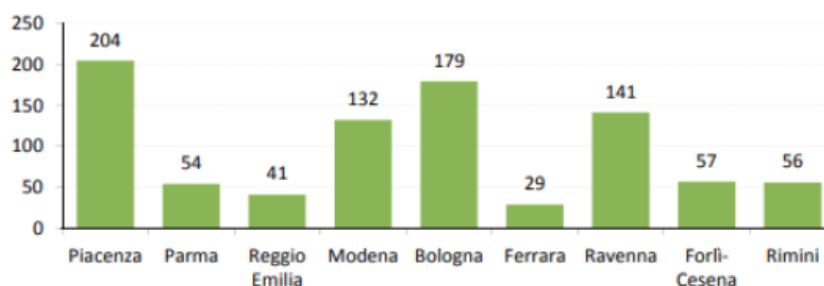
Nella provincia di Reggio Emilia i **minori stranieri non accompagnati (MSNA)** sono 41 e rappresentano l'1,2% sui minori stranieri in carico. La percentuale dei minori stranieri non accompagnati registrata a Reggio Emilia è più bassa di quella regionale (3,3%).

#### Minori stranieri non accompagnati al 31.12.2014 e % sul totale dei minori in carico

	Minori stranieri in carico al 31.12.2014	Minori stranieri non accompagnati in carico al 31.12.2014	% minori non accompagnati al 31.12
Reggio Emilia	3.387	41	1,2%
Emilia-Romagna	27.056	893	3,3%

A livello regionale la provincia di Piacenza registra il più alto numero di minori stranieri non accompagnati (204), mentre la provincia di Reggio Emilia registra uno dei valori più bassi (41) preceduta solo dalla provincia di Ferrara (29).

#### Minori stranieri non accompagnati (MSNA) in carico al servizio sociale al 31.12.2014 nelle province dell'Emilia Romagna



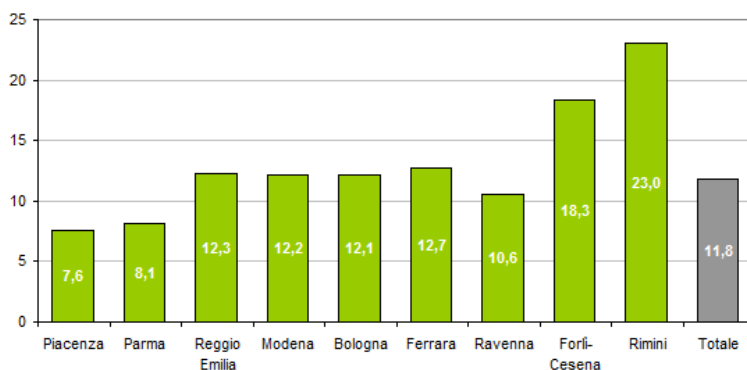
Nel 2014 nella provincia di Reggio Emilia si registrano 865 **bambini e ragazzi in affidamento al Servizio sociale**, pari al 12,3% dell'utenza in carico.

#### Minori con disposizione di affidamento ai servizi sociali al 31.12.2014 e % sui minori in carico

	Minori in carico al 31.12.2014	Minori in affidamento ai servizi sociali	% minori in affidamento al 31.12
Reggio Emilia	7.008	865	12,3%
Emilia-Romagna	55.141	6.514	11,8%

La provincia di Reggio Emilia presenta una percentuale di minori in affidamento al Servizio sociale leggermente più alta di quella regionale (11,8) ed è in linea con quasi tutte le altre province dell'Emilia.

**% di minori con disposizione di affidamento al 31.12.2014 nelle province dell'Emilia Romagna**



Nel 2014 nella provincia di Reggio Emilia **i bambini e ragazzi che si trovano in affidamento a tempo pieno o in comunità residenziale** senza la presenza della madre sono 342, di cui 23 sono minori stranieri non accompagnati.

**Minori in carico ai servizi sociali in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale senza la madre al 31.12.2014**

	In affidamento a tempo pieno		In comunità residenziale senza la madre		Totale fuori famiglia	
	totale	di cui MSNA	totale	di cui MSNA	totale	di cui MSNA
Reggio Emilia	237	11	105	12	342	23
Emilia-Romagna	1.225	96	1.344	483	2.569	579

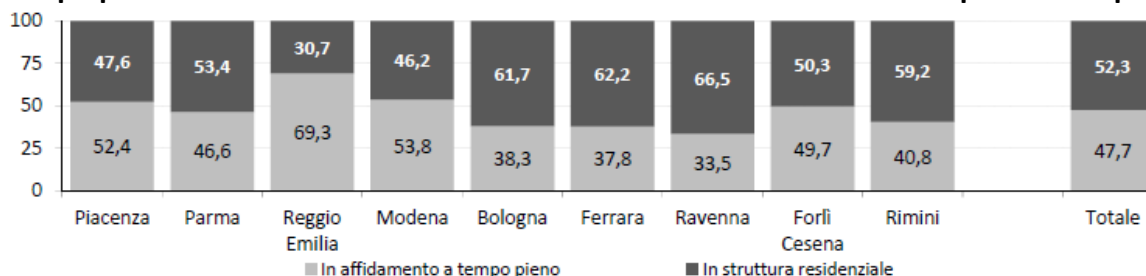
Nella provincia di Reggio Emilia i minori in affidamento a tempo pieno o in comunità residenziali senza la madre sono il 3,6 (su 1.000 residenti minorenni). Il dato è in linea con quello regionale (3,6). Se però si escludono i minori stranieri non accompagnati, il valore nella provincia di Reggio Emilia scende al 3,3 e in regione al 2,8 per mille.

**Bambini e ragazzi in carico al Servizio sociale in carico in affidamento a tempo pieno in comunità residenziale – senza la madre – al 31.12.2014. Tasso per mille minorenni residenti**

	Popolazione e minorile residente al 1.1.2015	Comprensivo degli stranieri non accompagnati (MSNA)			Con l'esclusione degli stranieri non accompagnati (MSNA)		
		In affidamento a tempo pieno	In struttura residenziale		In affidamento a tempo pieno	In struttura residenziale	
			senza la madre	Totale fuori famiglia		senza la madre	Totale fuori famiglia
Reggio Emilia	95.770	2,5	1,1	3,6	2,4	1,0	3,3
Emilia-Romagna	714.051	1,7	1,9	3,6	1,6	1,2	2,8

La provincia di Reggio Emilia rispetto alle altre province dell'Emilia Romagna registra la percentuale più alta di affidamenti a tempo pieno (69,3%) e la percentuale più bassa di collocazione dei minori nelle comunità residenziali (30,7%).

**Composizione % di bambini e ragazzi in carico al servizio sociale (compresi stranieri non accompagnati MSNA) in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale - senza la madre - al 31.12.2014 per ambito provinciale**



Nel 2017 nel Comune di Reggio Emilia i minori/giovani maggiorenni in affido sono 240. Gli affidi giudiziari a tempo pieno rappresentano la tipologia prevalente (50%).

<b>Tipologia di affido nel Comune di Reggio Emilia</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Affidi giudiziari a tempo pieno	117	122	113	117	119
Affidi consensuali a tempo pieno	18	18	15	8	20
Affidi a tempo parziale consensuale e giudiziale	122	107	97	96	84
Maggiorenni in affido	-	-	-	-	6
MSNA in affido a parenti	23	23	17	15	21
<b>Totale minori in affido</b>	<b>280</b>	<b>270</b>	<b>242</b>	<b>236</b>	<b>240</b>



Nel 2014 in provincia di Reggio Emilia i **bambini e ragazzi accolti in comunità residenziale** sono 177 (di cui 105 senza la madre e 72 con la madre).

Tra le tipologie di collocazione residenziale maggiormente utilizzate spiccano le comunità educative (43% degli inserimenti), le comunità madre/bambino (14,7%), le case famiglia e le comunità familiari (11,9%).

Per quanto riguarda le tipologie di collocazione non si riscontrano significative differenze con i dati della regione.

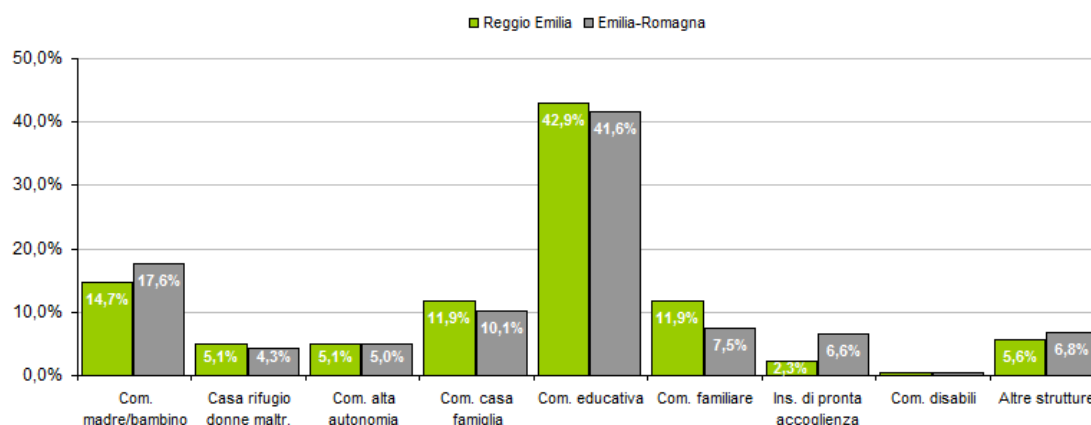
**Bambini e ragazzi in carico al Servizio in comunità residenziale senza la madre al 31.12.2014**

	Com. madre/bambino	Casa rifugio donne maltr.	Com. alta autonomia	Com. casa famiglia	Com. educativa	Com. familiare	Ins. di pronta accoglienza	Com. disabili	Altre strutture	Totale
Reggio Emilia			4	12	70	12	4	1	2	105
Emilia-Romagna			87	167	779	126	125	10	50	1.344

**Bambini e ragazzi in carico al Servizio in comunità residenziale con la madre al 31.12.2014**

	Com. madre/bambino	Casa rifugio donne maltr.	Com. alta autonomia	Com. casa famiglia	Com. educativa	Com. familiare	Ins. di pronta accoglienza	Com. disabili	Altre strutture	Totale
Reggio Emilia	26	9	5	9	6	9	0	0	8	72
Emilia-Romagna	344	84	11	31	35	21	4	1	83	614

**Composizione % di bambini e ragazzi in carico al servizio sociale in comunità residenziale al 31.12.2014 per tipologia in provincia di Reggio Emilia e in Emilia Romagna**



Nel 2017 nel Comune di Reggio Emilia i giovani maggiorenni accolti in comunità residenziali e semiresidenziali sono 9.

<b>Classe di età</b>	<b>Femmine</b>	<b>Maschi</b>	<b>Totale</b>
19 anni	2	3	5
20-24 anni	2	2	4
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

## I servizi domiciliari per anziani

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

### L'ADI

Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia il 5,2% degli anziani (65 e +) riceve un servizio a sostegno della domiciliarità. In provincia di Reggio Emilia il 6,3% degli anziani usufruisce del medesimo servizio, mentre in Emilia Romagna il 4,1%.

#### Anziani (65 e +) trattati in ADI nel distretto di Reggio Emilia, in provincia e in regione

	2015			2016			2017		
	Anziani 65 e +	Anziani trattati in ADI	%	Anziani 65 e +	Anziani trattati in ADI	%	Anziani 65 e +	Anziani trattati in ADI	%
Distretto di Reggio Emilia	46.026	2.517	5,5%	46.448	2.383	5,2%	46.809	2.428	5,2%
Provincia di Reggio Emilia	110.823	7.851	7,8%	111.959	6.782	6,0%	112.817	7.102	6,3%
Emilia-Romagna	1.043.440	45.017	4,3%	1.049.844	46.152	4,4%	1.056.733	43.796	4,1%

Nel distretto di Reggio Emilia il tasso di utilizzo del servizio di assistenza domiciliare da parte degli anziani ultrasettantacinquenni è pari a 224,7 per mille abitanti della stessa classe di età.

La provincia di Reggio Emilia registra nel 2017 un tasso di utilizzo del servizio più alto (263,5) rispetto a quello del distretto (224,7) e a quello regionale (194,0).

#### Anziani (75 e +): tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti nel distretto di Reggio Emilia, in provincia e in regione

	2015	2016	2017
Distretto di Reggio Emilia	219,7	200,5	224,7
Provincia di Reggio Emilia	267,8	236,7	263,5
Emilia-Romagna	195,4	190,8	194,0

### Gli Assegni di cura

Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia i beneficiari degli assegni di cura sono 296 e dal 2015 sono diminuiti di 48 unità. Anche in provincia e in regione si registra lo stesso andamento.

**Anziani (65 e +) fruitori degli Assegni di cura nel distretto di Reggio Emilia, in provincia e in regione**

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Distretto di Reggio Emilia	344	294	296
Provincia di Reggio Emilia	1.166	842	946
Emilia-Romagna	10.401	8.972	9.168

## I Centri diurni

Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia i posti complessivi nei centri diurni per anziani sono 366. Considerando i posti complessivi e accreditati si rileva che nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia i tassi di copertura\* sono rispettivamente il 7,82, e il 5,34 per mille abitanti in età anziana.

Nel 2017 i valori registrati a livello distrettuale e provinciale sono più alti di quelli rilevati a livello regionale.

### Posti complessivi e accreditati per mille abitanti nei centri diurni per Anziani

	2014		2015		2016		2017	
	Posti complessivi per 1000 abitanti	Posti accreditati per 1000 abitanti	Posti complessivi per 1000 abitanti	Posti accreditati per 1000 abitanti	Posti complessivi per 1000 abitanti	Posti accreditati per 1000 abitanti	Posti complessivi per 1000 abitanti	Posti accreditati per 1000 abitanti
Distretto di Reggio Emilia	6,98	5,45	7,87	5,38	7,82	5,34	7,82	5,34
Provincia di Reggio Emilia	7,86	5,67	8,18	5,95	8,12	5,91	8,25	5,91
Emilia-Romagna	4,20	2,09	4,16	3,16	4,19	3,15	4,19	3,15

(\*) per il tasso di copertura è stata utilizzata la seguente formula:  $\text{Posti/Pop. anziana (65 e +)} \times 1000$

Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia gli anziani non autosufficienti inseriti in strutture semi-residenziali sono 561. Dal 2014 al 2017 la prevalenza degli inserimenti si registra nelle strutture di accoglienza a lunga permanenza.

### Anziani inseriti nelle strutture semi-residenziali nel distretto di Reggio Emilia dal 2014 al 2017

	Accoglienza di lunga permanenza	Accoglienza temporanea di Sollievo	Accoglienza di persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi	Totale
<b>2014</b>	651	4	14	669
<b>2015</b>	626	5	14	645
<b>2016</b>	480	3	7	490
<b>2017</b>	535	5	21	561

## I servizi residenziali per anziani

Si riportano i dati distrettuali dei servizi residenziali rivolti agli anziani. L'andamento degli indicatori mostra valori lineari e questo segnala attività consolidate.

Distretto di Reggio Emilia			
Servizio	2015	2016	2017
<b>Casa protetta definitiva</b>			
Posti accreditati e contrattualizzati	671	683	683
Indice per ogni cento anziani >75 anni	2,86%	2,87%	2,74%
<b>Casa protetta temporanea</b>			
Posti accreditati e contrattualizzati	61	61	61
Indice per ogni cento anziani >75 anni	0,26%	0,25%	0,25%
<b>Centro diurno anziani</b>			
Posti accreditati e contrattualizzati	201	201	198
Indice per ogni cento anziani >75 anni	0,85%	0,84%	0,80%

Il raffronto con gli indici regionali e provinciali negli ultimi tre anni mostra per il Distretto di Reggio Emilia valori superiori alla media regionale, ma inferiori a quella provinciale.

Raffronto con gli indici regionali e provinciali	2015	2016	2017
n. posti CRA Contrattualizzati	732	744	744
Anziani >65 anni residenti all'1/1	46.019	46.499	46.833
Indice distretto di Reggio Emilia	16,17	16,00	15,89
Indice provincia di Reggio Emilia	17,33	17,20	17,24
Indice regione Emilia Romagna	15,59	15,50	15,43

## I Centri per demenze

Nel 2016 nel distretto di Reggio Emilia sono presenti due nuclei residenziali per demenze, con 17 posti accreditati, e un centro diurno con 15 posti accreditati.

Nuclei residenziali dedicati demenze con posti accreditati al 31/12/2016					
PROV	distretto	DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO	Comune di ubicazione	n. posti accreditati	tipologia giuridica
RE	Reggio	Pensionato San	Quattro Castella	7	Societa'

	E.	Giuseppe			Privata
RE	Reggio E.	Villa Erica	Reggio Emilia	10	ASP

**Centri diurni dedicati demenze con posti accreditati al 31/12/2016**

<b>PROV</b>	<b>distretto</b>	<b>DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO</b>	<b>Comune di ubicazione</b>	<b>n. posti accreditati</b>	<b>tipologia giuridica</b>
RE	Reggio E.	Centro Diurno Enrico E Lorenzo Ferretti	Reggio Emilia	15	ASP

## I servizi per disabili

Nel 2017 le persone assistite a domicilio con gravissime disabilità nel distretto di Reggio Emilia sono 35.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Numero persone assistite	45	39	35	35

Nel 2016 nel distretto di Reggio gli utenti con disabilità presenti nei centri socio-riabilitativi e socio-occupazionali sono 502.

	<b>Centri socio-riabilitativi diurni accreditati</b>		<b>Centri socio- occupazionali/laboratori protetti</b>	
	<b>Totale utenti 2016</b>	<b>Totale giornate 2016</b>	<b>Totale utenti 2016</b>	<b>Totale giornate 2016</b>
Distretto di Reggio Emilia	125	20.646	377	2.535
Provincia di Reggio Emilia	358	58.101	545	17.632
Emilia Romagna	2.466	464.805	3.117	425.418



## I servizi per le persone in difficoltà

Nel 2017 nel distretto di Reggio Emilia **gli assistiti presso i dipartimenti di salute mentale** sono 3.511.

I maschi rappresentano il 43%, le femmine il 57%.

### Residenti assistiti dai Dipartimenti di salute mentale nel distretto di Reggio Emilia per genere e per cittadinanza (2017)

Distretto di Reggio Emilia	Maschi	Femmine	Italiani	Stranieri	Totale
Numero assistiti	1.521	1.990	3.184	327	3.511
%	43%	57%	90,7%	9,3	100%

Nel 2016 il tasso standard di prevalenza per 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti è pari al 18,5. Il tasso standard di ospedalizzazione in psichiatria delle persone con più di 18 anni (per 100.000 residenti) dal 2014 al 2016 è aumentato, passando da 205,5 a 227,0.

	2014	2015	2016
<b>Tasso standard di prevalenza nei servizi Salute Mentale Adulti</b>			
Tasso standard di prevalenza per 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	18,0	18,5	18,5
<b>Tasso standard di ospedalizzazione in psichiatria maggiorenni</b>			
Tasso standard di ospedalizzazione per 100.000 residenti maggiorenni	205,5	223,3	227,0

Nell'azienda sanitaria di Reggio Emilia gli utenti in carico al Dipartimento di salute mentale sono 9.312.

Nel 2017 il principale disturbo psichiatrico riscontrato è la "depressione" (2.596 casi).

Il maggior numero di utenti si colloca nella fascia di età 45-64 anni (42%) e nella fascia 18-44 (34%).

### Pazienti per Azienda di trattamento e classi di età (Anno 2017)

Classi di età	<=17	18-44	45-64	65-74	>=75
Utenti	114	3.145	3.942	1.197	914

Nel 2017 nella provincia di Reggio Emilia i nuovi utenti (0-17 anni) che si sono rivolti al **servizio di neuropsichiatria infantile** sono stati 2.361 (2,5% sulla popolazione target). Dal 2015 al 2017 nella provincia di Reggio Emilia la percentuale di nuovi utenti è rimasta pressoché invariata (2,5%), mentre in regione è passata dall'1,9% al 2,2%.

### Servizio di neuropsichiatria infantile: numero nuovi utenti dal 2015 al 2017

<b>Nuovi utenti 0-17</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Provincia di Reggio Emilia	2.384	2.481	2.361
% sulla popolazione 0-17	2,5%	2,6%	2,5%
Emilia-Romagna	13.758	14.131	15.288
% sulla popolazione 0-17	1,9%	2,0%	2,2%

Al 31/12/2016 i **detenuti** presenti nel carcere di Reggio Emilia sono 275.

<b>Detenuti</b>	<b>Numero</b>	<b>Detenuti</b>	<b>Numero</b>
Detenuti presenti al 31/12/2016	275	Nuovi ingressi nell'anno	479
Tossicodipendenti	91	Positivi all'epatite C	24
<b>Alcol dipendenti</b>	-	Positivi all'epatite B	<b>14</b>
HIV positivi	5	Positivi agli esami sierologici per la sifilide	8

Nel 2017 si sono rivolti allo Sportello Informativo Detenuti del Comune di Reggio Emilia 192 detenuti e sono stati svolti 652 colloqui.

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Detenuti e internati che si sono rivolti allo Sportello informativo	215	226	161	171	192
Colloqui allo sportello informativo detenuti	854	803	773	682	652

Nel 2016 **gli utenti seguiti dai SERT** nel distretto di Reggio Emilia sono 1.585.

<b>Utenti seguiti dai SERT per area problematica</b>						
<b>Distretto</b>	<b>Droghe e/o farmaci</b>	<b>Alcol</b>	<b>Gioco d'azzardo</b>	<b>Tabagismo</b>	<b>Altro</b>	<b>Totale</b>
Reggio Emilia	1.080	308	33	154	10	1.585

## Gli accessi all'ospedale e al pronto soccorso

Nel 2016 nel distretto di Reggio il tasso standard di ospedalizzazione è pari a 136,3 (per 1.000 residenti) ed è in linea con i valori registrati a livello provinciale e regionale.

<b>Tasso standard di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti</b>			
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Distretto di Reggio Emilia	140,2	136,8	136,3
Provincia di Reggio Emilia	140,8	138,4	136,6
Emilia Romagna	141,2	137,9	134,4

Il ricorso al ricovero ospedaliero è meno frequente negli immigrati rispetto agli italiani, anche tenendo conto delle differenze di età.

<b>Tassi standardizzati di ricovero per età x 1000 residenti</b>		
<b>Anno 2016 (fonte SDO)</b>		
	<b>Italiani</b>	<b>Stranieri</b>
Maschi	134,8	82,6
Femmine	139,7	118,0

Nel 2017 gli accessi al pronto soccorso (Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) sono stati 137.443 e le prestazioni 1.102.647. Gli accessi hanno riguardato prevalentemente le persone tra 15 e 64 anni.

<b>Pronto Soccorso: distribuzione accessi e prestazioni*</b>									
		<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>	
<b>Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia</b>	<b>Accessi</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>Accessi</b>	<b>Accessi</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>Accessi</b>	<b>Prestazioni</b>	
Numero utenti e prestazioni	92.826	626.854	93.476	670.399	93.178	692.595	137.443	1.012.647	
Di cui 0-14 anni	11.351	34.149	11.017	35.014	11.170	37.180	18.959	67.354	
Di cui 15-64 anni	52.555	297.394	52.366	312.053	52.260	324.255	74.680	464.891	
Di cui 65 e +	28.920	295.311	30.093	323.332	29.748	331.160	43.804	480.402	

(\*) Ad ogni accesso possono corrispondere più prestazioni.

## **1.6 La programmazione sociale e socio-sanitaria**

Questa sezione offre un quadro delle diverse opportunità presenti sul territorio: dall'accoglienza, all'ascolto, al volontariato. In particolare i dati fanno riferimento agli sportelli sociali, ai centri per le famiglie, al terzo settore.

## Gli sportelli Sociali

Nel 2015 gli accessi agli sportelli sociali nel distretto di Reggio Emilia sono stati 3.143 (13,8 ogni mille abitanti).

Tasso di accesso agli sportelli sociali per 1.000 ab. residenti - Anno 2015		
	Persone interessate	Tasso di accesso 1.000 ab.
Distretto di Reggio Emilia	3.143	13,8
Provincia di Reggio Emilia	10.009	18,7
Emilia Romagna	157.817	37,2

Nel 2015 il 32,9% delle domande pervenute agli sportelli sociali della provincia di Reggio Emilia ha riguardato il sostegno economico (buoni spesa, buoni pasto, contributi economici, integrazione rette, pagamento utenze, contributi affitto, ecc.).

Domande pervenute suddivise per tipologia (valori percentuali) - Anno 2015		
Tipologia delle domande	Provincia di Reggio Emilia	Emilia Romagna
Fruizione di interventi di sostegno economico (buoni spesa, buoni pasto, contributi economici, integrazione rette, pagamento utenze, contributi affitto, ecc.)	32,9%	34,1%
Supporto alla persona, famiglia e rete sociale (compreso supporto educativo, psicologico, formativo e servizio sociale professionale)	27,5%	24,0%
Attività di sostegno e cura al domicilio (Assegno di cura, assistenza sanitaria, pasti, cura, igiene persona, telesoccorso, ecc.)	8,6%	6,6%
Aiuto per inserimento lavorativo	8,5%	1,6%
Sostegno ad esigenze abitative (intermediazione abitativa, assegnazione alloggi, ecc.)	6,6%	4,6%
Servizi di supporto (mensa scolastica, Trasporto sociale, ecc.)	3,5%	7,1%
Aiuto e sostegno per gestione pratiche amministrative: Altro (comprese certificazioni ISE\ISEE e disabilità)	2,8%	8,0%
Ospitalità in strutture residenziali	2,2%	3,4%
Servizio di accoglienza per senza fissa dimora o persone con disagio per attività di ascolto, mensa, igiene, distribuzione beni di prima necessità, ecc.	2,0%	0,3%
Altro	5,4%	10,3%
Totale	100%	100%

## I centri per le famiglie

Nel corso di oltre vent'anni in Emilia Romagna si è diffusa un'ampia rete di Centri per le famiglie. Nel 2016 i centri attivi sono 34 e sono presenti in 30 distretti con una copertura territoriale che riguarda 216 Comuni. Nel 2016 i centri attivi nel distretto di Reggio Emilia sono 2 con un indice di copertura (% di minori presenti nei CPF sul totale dei minori) pari all'86,3%.

L'indice di copertura del distretto di Reggio Emilia è superiore a quello regionale (81,0%).

Popolazione afferente ai Centri per le famiglie nel distretto di Reggio Emilia e in Emilia Romagna (anno 2016).					
Indice di copertura nei Centri per le famiglie (% di minori CPF sul totale minori residenti).					
	Popolazione residente 1.1.2016	di cui minorenni	Popolazione centri per le famiglie	Minori centri per le famiglie	% Minori CPF sul totale minori
Distretto di Reggio Emilia	226.840	40.893	197.911	35.305	86,3%
Emilia Romagna	4.454.393	713.391	3.640.984	578.524	81,0%

## Il Terzo settore nel distretto sanitario di Reggio Emilia

I dati del terzo settore nel distretto di Reggio Emilia fanno riferimento alle associazioni di promozione sociale, alle organizzazioni di volontariato e alle cooperative sociali. Nel 2016 sono 356, con un numero di soci pari a 233.632. Gli addetti coinvolti nel terzo settore sono complessivamente 4.872.

	N. associazioni	N. soci	N. lavoratori	N. lavoratori retribuiti
Associazioni di promozione sociale	170	188.098	15.787	1.173
	N. Odv	N. soci	N. volontari	N. volontari retribuiti
Organizzazioni di volontariato	122	37.284	6.945	266
	N. cooperative sociali	N. soci	-	N. addetti
Cooperative sociali	64	8.250	-	3.433
<b>Totale</b>	<b>356</b>	<b>233.632</b>	<b>22.737</b>	<b>4.872</b>

## 1.7 La governance locale

La Regione Emilia Romagna, con legge regionale del 12 maggio 1994, n. 19 ad oggetto “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517” ha previsto i distretti sanitari quali ambiti territoriali identificati per la programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria. Il Distretto di Reggio Emilia è composto dai Comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo riuniti nella forma associativa “Unione Colline Matildiche”, dai Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra e Castelnovo di Sotto riuniti nella forma associativa “Unione Terra di Mezzo” e dal Comune di Reggio Emilia.

La Regione Emilia Romagna, con legge regionale n. 21 del 21 dicembre 2013 ad oggetto “Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza” ha disciplinato la procedura per delimitare gli ambiti associativi intercomunali finalizzati all’esercizio associato delle funzioni e dei servizi comunali. Il riordino territoriale definito nella legge è improntato alla identificazione della dimensione territoriale ottimale ed omogenea, per area geografica, per la più efficace gestione dei servizi al cittadino.

La Regione Emilia Romagna, con deliberazione della Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013, ad oggetto “Approvazione del programma di riordino territoriale. Individuazione degli ambiti territoriali ottimali ai sensi dell’art. 6 della L.R. 21/2012” ha approvato il programma di riordino territoriale, individuando, per l’area geografica del Distretto di Reggio Emilia, tre ambiti territoriali ottimali: l’ambito costituito dal Comune capoluogo, l’ambito corrispondente all’Unione Terra di Mezzo (Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra e Castelnovo di Sotto) e l’ambito costituito dall’Unione Colline Matildiche (Comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo).

Il Distretto di Reggio Emilia si presenta quindi come una unità complessa formata da:

- un Comune Capoluogo (dati 1/1/2017: 171.714 abitanti)
- due Unioni di Comuni: Unione Terra di Mezzo (Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra e Castelnovo di Sotto, dati 1/1/2017: 29.057 abitanti), Unione Colline Matildiche (Comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo, dati 1/1/2017: 26.361 abitanti)

per un totale di (dati 1/1/2017) 227.132 abitanti che lo colloca in Regione Emilia Romagna come il secondo distretto più grande dopo la Città di Bologna. La funzione di Ente Capofila è esercitata dal Comune Capoluogo.

Le due Unioni hanno in delega la gestione del Servizio Sociale che viene gestito in maniera associata a livello di ogni Unione e le funzioni sociali e socio-sanitarie – regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali.

Assicurano la programmazione distrettuale il Comitato di Distretto, di cui fanno parte le due Unioni e il Distretto USL, che si avvale del supporto tecnico dell’Ufficio di Piano cui partecipano tecnici in posizioni apicali del Comune di Reggio Emilia e delle due Unioni e del Distretto USL di Reggio Emilia. L’Ufficio di Piano è incardinato nell’organizzazione del Comune di Reggio Emilia, in quanto Ente Capofila.

L’Ufficio di Piano organizza, gestisce e monitora tutte le procedure di livello distrettuale e di integrazione socio-sanitaria (Piano di Zona e Programmi attuativi, Accredimento, sistema informativo, Piano Gioco d’Azzardo, TPL, programma Dopo di noi, Piano Integrato territoriale L. 14/2015 , SIA/RES/REI eccetera).

## 2. SCELTE STRATEGICHE E PRIORITA'

### 2.1 Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

#### Premessa

La prima domanda da porsi è, a nostro avviso, cosa intendiamo quando parliamo di povertà. Può apparire un concetto semplice ed intuitivo: la povertà è facile da riconoscere...

In realtà "POVERTA'" è un termine polisemico e dinamico e presenta seri problemi di definizione e misurazione. Non ci addentriamo quindi nelle definizioni ed useremo le misurazioni solo come elemento di raffronto ma cercheremo di affrontare il ragionamento da un punto di vista complessivo.

La povertà è innanzi tutto un continuum che va da condizioni di povertà così estreme da avere proprie definizioni specifiche (marginalità, senza fissa dimora...) a condizioni di povertà relativa a condizioni di rischio di povertà – il continuum non è statico ma dinamico in quanto la povertà è una condizione che cambia nel tempo e nello spazio. Avendo presente questo senso appaiono maggiormente comprensibili le misure e gli indici che vengono impiegati per la misurazione della povertà.

#### Indici di misurazione della povertà

POVERTA' ASSOLUTA	Definisce una condizione di mancanza delle dotazioni materiali necessarie per vivere. I livelli di soglia per la definizione della povertà assoluta non sono univoci e spesso variano tra Enti e rilevazioni diverse. Inoltre, appare evidente è già attuato nelle rilevazioni più recenti dell'ISTAT, che la soglia varia dipendendo dalla composizione del nucleo (numero ed età dei componenti) e dal luogo in cui il nucleo vive.
POVERTA' RELATIVA	Individua una soglia convenzionale – una "linea di povertà" - che fissa il valore della disponibilità di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia (o una persona) viene definita "relativamente povera". Viene definita in rapporto al livello economico medio di vita dell'ambiente o della nazione. Fa riferimento ad una soglia convenzionale internazionale ce considera povera una famiglia di due persone adulte con un consumo inferiore alla media pro-capite nazionale.
INDICE DI DEPRIVAZIONE	Rilevazione di alcuni fattori individuati (9 a livello europeo: non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione, non poter sostenere una spesa imprevista, non potersi permettere un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni, essere in arretrato rispetto al pagamento di bollette, mutuo, affitto o altro tipo di prestito, non potersi permettere una settimana di ferie all'anno, la tv a colori, la lavatrice, l'automobile o il telefono) – indice di grave deprivazione materiale la compresenza di almeno 4 fattori
BASSA INTENSITA' LAVORATIVA	Indice definito come rapporto tra il numero di mesi lavorati dai componenti della famiglia e il numero di mesi teoricamente disponibili per attività lavorative durante l'anno – risulta intensità molto bassa di lavoro una famiglia i cui componenti in età attiva abbiano lavorato meno del 20% del loro potenziale lavorativo



RISCHIO DI POVERTA'	Viene individuato sui redditi dei singoli e dei nuclei e viene utilizzata la soglia del 60% del valore mediano dei redditi familiari equivalenti nazionali
POVERTA' SOGGETTIVA	La percezione di nuclei ed individui rispetto al proprio livello di povertà (parte della strategia di misurazione multi settoriale del Benessere Equo e Sostenibile sviluppata da ISTAT)

Ognuno di questi indici misura dimensioni ed aspetti della povertà senza arrivare ad una misurazione complessiva ma fornendo indicazioni per considerare il fenomeno povertà nella sua multidimensionalità arrivando ad un concetto di "esclusione sociale" non meno multiforme ma più centrato sul problema. La povertà tiene dentro numerose dimensioni:

- l'instabilità della povertà: la povertà e la deprivazione possono essere un'esperienza occasionale, o invece ripetuta e duratura. Episodi circoscritti di povertà (es: avere un figlio riducendo il proprio impegno lavorativo e reddito, cambiare lavoro, malattie) possono non incidere sostanzialmente sulla vita e il senso di adeguatezza delle persone, ma l'esperienza di povertà duratura e persistente si associa spesso a vere e proprie forme di esclusione sociale e di riproduzione di povertà da una generazione all'altra;
- gli elementi soggettivi della povertà, ossia la percezione della propria condizione, le aspettative e soprattutto l'erosione delle capacità di relazione e reazione, la precarizzazione come modalità di vita;
- le condizioni di maggiore rischio di alcuni gruppi sociali di cui cercheremo di parlare: la condizione dell'infanzia, delle persone entro un percorso migratorio, delle persone con disagio mentale o dipendenza da sostanze.

Le caratteristiche economiche, demografiche e sociali del nostro territorio - fortemente segnato dai repentini cambiamenti dell'ultimo decennio - hanno richiesto al mondo dei Servizi e all'intero sistema di programmazione sociosanitaria, un'attenzione crescente alle nuove forme e manifestazioni di fragilità sociale, di marginalità e povertà, così come una lettura competente, e metodologicamente sostenuta, dei nuovi fenomeni di esclusione sociale, per approcciare e definire adeguate strategie a contrasto. Si rilevano bisogni complessi, intrecci fra esigenze legate alla dimensione materiale e socio-relazionale, alla forte e trasversale eterogeneità di culture, provenienze e stili di vita. La normalità contiene incertezza, fluidità di legami, rischi significativi di rottura di equilibri economici, relazionali, sociali; i legami sono messi a dura prova da fenomeni di sradicamento e dai cambiamenti demografici, dalle abitudini al consumo e dagli stili di vita, che frammentano le famiglie e i contesti sociali.

Alla marginalità tradizionale (tossicodipendenti cronici, persone senza dimora, nomadi, persone in esecuzione penale interna/esterna, tratta..) e alla nuova marginalità (disagio sociale adulto) si aggiunge un'ampia fascia di popolazione a rischio di scivolamento – molto spesso impreparata a misurarsi con queste problematiche socio-economiche - che interroga i servizi e la comunità sui circoli virtuosi e viziosi che sostengono l'inclusione e l'esclusione sociale, il benessere e la sofferenza, la reciproca tolleranza (ancor più messa in gioco da processi migratori con risvolti anche tragici ad esempio di sfruttamento di essere umani) e la violenza e la sicurezza sociale. Questo scenario non può che complessificarsi se lo sguardo si estende alle ricadute correlate alla crisi economico-finanziaria che da circa un decennio impatta pesantemente anche sul nostro territorio caratterizzato da piena occupazione, attrattività sociale e benessere diffuso.

Le modalità di risposta dei servizi, nel passato incentrate principalmente sul sostegno individuale e/o familiare devono essere diverse e cogliere la prospettiva di rilanciare il senso di appartenenza e una consapevolezza - nel senso comune e nella cultura diffusa - circa l'interdipendenza reciproca del benessere tra le persone e tra i gruppi sociali, sostenendo scelte solidali.

L'attivazione dei cittadini e la capacità di mobilitarsi di fronte alle situazioni emergenziali – così come le singole esperienze progettuali ci hanno mostrato - la voglia di sperimentare contesti inesplorati e talvolta faticosi come quelli rappresentati dalla fragilità sociale e dalla marginalità, la solidarietà che motiva ancora gruppi e singoli verso i più deboli, sono alcuni degli elementi che offrono ai Servizi l'opportunità di riformulare alcuni approcci e orientamenti. Tutto ciò nella duplice consapevolezza che:

- valorizzare le risorse comunitarie, significa riconoscerle portatrici dell'irrinunciabile dimensione relazionale che, esprimendosi nella prossimità quotidiana, informale e costante, è in grado di sostenere percorsi di emancipazione e cambiamento;
- che esse favoriscono scambi di esperienze e positive contaminazioni fra diversità quale possibile prospettiva di acculturazione sociale e solidale nei confronti di quei contesti per loro natura marginali, respingenti e talvolta fonte di inquietudine e malessere sociale, sempre più spesso percepiti come causa di insicurezza sociale. Seguendo questa metodologia di lavoro, i Servizi sono consapevolmente in grado di lavorare sulla sicurezza sociale

Priorità di intervento sono quindi orientate dalla prossimità e dalla domiciliarità ( a cui far corrispondere la diffusione della cultura dell'accesso diffuso) e l'integrazione nei percorsi di presa in carico, per rivedere il rapporto tradizionale tra erogatori e beneficiari di prestazioni, e la realizzazione di un welfare comunitario guidato dall'idea che la convivenza delle nostre città si fondi sulla tutela dei diritti di cittadinanza e sulla promozione di processi di coesione sociale.

Su questa traiettoria si orienta la nuova programmazione sociale e sanitaria, e qui in particolare per quei settori di intervento che più le competono, afferenti gli ambiti:

Contrasto alla marginalità, esclusione sociale e povertà , inteso come politiche e interventi per corrispondere a bisogni primari (sociali e sanitari) anche nella loro correlazione a problematiche sociali e/o patologiche, uso e abuso di sostanze ; e così con particolare riferimento anche con le schede proposte dalla RER trovano qui ricomposizione:

- promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale;
- azioni di contrasto all'esclusione sociale delle persone in condizioni di povertà estrema o a rischio marginalità;
- sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate;

contrasto alla fragilità sociale, inteso come supporto e sostegno alla genitorialità e all'adolescenza, alle condizioni legate alla disabilità, all'invecchiamento della popolazione in contesti di forte fragilità sociale, ad alcuni specifici comportamenti e stili di vita correlati all'uso delle sostanze legali e illegali, alla malattia mentale e al disagio psichico. Con riferimento alle schede proposte dal PSSR trovano qui ricomposizione:

- budget di salute e politiche per la salute Mentale,
- prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico;
- contrasto alla violenza di genere miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza/urgenza

Con un focus specifico sulla promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità ed un focus sulla casa come fattore di benessere e inclusione sociale.

### **2.1.1 Dal punto di vista dei servizi**

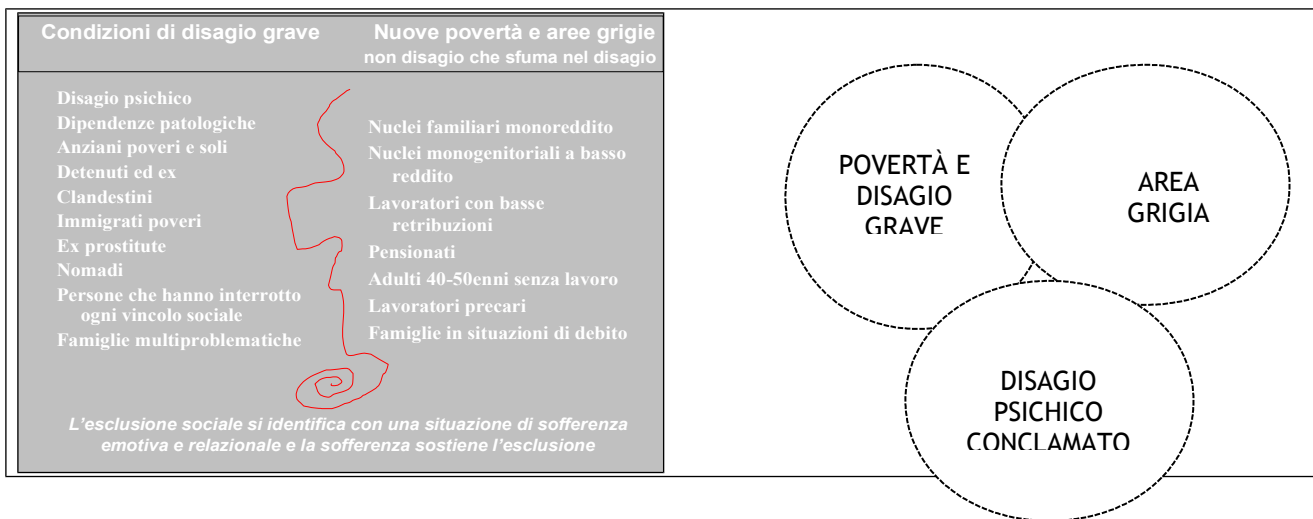
Il sistema dei servizi che si è sviluppato e consolidato sino ad anni recenti, è stato promosso e sostenuto da alcuni dati di contesto:

1. quadro socioeconomico dinamico, animato dalla presenza di imprese di diverse dimensioni, capaci di attrarre manodopera - sia dal meridione italiano che dal resto del mondo - fino alla piena occupazione;
2. esistenza di una ricchezza diffusa e ampliamento/stabilizzazione di larghe fasce di popolazione benestante, depositarie di conservazione e di continuità di valori e di comportamenti a livello individuale e sociale;
3. quadro socioculturale caratterizzato da identificazioni e appartenenze a grandi entità collettive e da modelli di vita familiare acquisiti e trasmessi senza troppe interruzioni e trasgressioni, a cui si ricollegano capacità di auto-organizzazione e di reazione a vicissitudini e eventi critici;
4. disagi presenti in aree sociali relativamente circoscritte e marginali, in cui sono dominanti difficoltà di ordine economico che trascinano anche difficoltà di partecipazione sociale.

Gli assetti economici e sociali raggiunti e solidificati nel territorio si vanno frantumando e anche la nostra realtà, registra alcuni significativi cambiamenti:

1. modificazione consistente del quadro demografico che vede un aumento della popolazione residente, ricollegabile al crescente numero di anziani soli e contemporaneamente alla immigrazione di nuclei familiari giovani con figli;
2. indebolimento delle condizioni economiche, connessi alla crisi economica e finanziaria che ha investito tutto il mondo occidentale e che porta alla chiusura o al ridimensionamento delle imprese e delle unità produttive, esuberi di manodopera (specie quella di provenienza straniera), incremento della disoccupazione giovanile e femminile;
3. evoluzioni culturali che attraversano le classi medie, da un lato ancorate ai livelli di vita conquistati e, dall'altro, spinte verso contenimenti di redditi e di consumi: si allentano le identificazioni collettive ed emergono fragilità, lacerazioni di rapporti coniugali e familiari, ritiri entro le mura domestiche (come ambito più sicuro), richieste di sicurezza, smarrimenti rispetto a scelte condizionanti (istruzione, salute, educazione), rapporti difficili con le istituzioni;
4. i disagi entrano nella vita di famiglie e di gruppi che si pensavano esenti e protetti; diventano sempre più complessi, difficili da riconoscere e da trattare e sono collegati a diversi fenomeni spesso inter-connessi, come ad esempio: nuovi squilibri nei redditi, contrazioni dell'occupazione, necessità di far fronte a pesanti compiti assistenziali ed educativi, intrinseche incompetenze relazionali, emergere di nuove patologie croniche, fisiche e mentali, diluirsi di capitale sociale nonostante varie iniziative correlate alla promozione sociale e alla partecipazione cerchino di riscoprirlo e riattivarlo.

Riassumendo:



L'Osservatorio economico e della coesione sociale della Camera di Commercio di RE utilizza un set di indicatori sulla deprivazione sociale che ci appaiono utili per ragionare sulla situazione complessiva delle vulnerabilità nella nostra provincia. È un set di indicatori che interpreta la vulnerabilità non solo come condizione che riguarda chi è al di sotto della soglia ISEE, ma come complesso fenomeno di infragilimento delle reti sociali e familiari che rende particolarmente gravosi eventi della vita che anche soltanto vent'anni fa sarebbero stati gestiti da questi di sistemi di solidarietà naturale. Gli indicatori di vulnerabilità sono sette. Tre riguardano la **rilevazione di condizioni oggettive di infragilimento**: disturbi psichici; indebitamento- sofferenze bancarie; vulnerabilità lavorative (ricorso alla cassa integrazione e iscrizione alle liste di disoccupazione). Cinque riguardano la **tenuta del tessuto connettivo sociale**: si tratta di indicatori che consentono di inferire (con un ovvio margine di approssimazione) l'indebolimento o il rafforzamento della coesione sociale: turnover degli abitanti; composizione dei nuclei familiari; rapporto tra matrimoni e divorzi /separazioni; numero di nuovi arrivati da integrare all'interno della popolazione. Dai dati di assestamento delle dimensioni demografiche e dei segnali che l'economia locale propone, si nota negli anni un innalzamento della quota di persone fragili (20.000 lavoratori vulnerabili in più dal 2008 al 2016, pazienti psichiatrici aumentati di 14 volte negli ultimi vent'anni, +120% di indebitamento delle famiglie negli anni della crisi) a fronte di indicatori relativi alle reti sociali e alla coesione che facevano registrare un forte sfibramento dovuto al tumultuoso incremento della popolazione. Recenti dati prospettano timidi segnali di miglioramento anche se va ricordato che ci si colloca all'interno di un rapporto critico che riguarda tutto il nostro paese e più ampiamente tutto l'Occidente.

A fronte di questo scenario il sistema dei servizi del nostro distretto si è caratterizzato - seppur in modo difforme a seconda dei territori - per alcune scelte fondamentali:

- rivisitazione del mandato dei servizi sociali (e conseguente riformulazione di funzioni, ruoli e dispositivi operativi) per accogliere e trattare la cosiddetta "fragilità sociale familiare" attraverso nuove modalità di ascolto e di accompagnamento sia verso le famiglie che la comunità oltre che adottare una strategia volta a sviluppare e consolidare una cultura dell'accesso facilitato e diffuso;
- nella cornice degli Accordi di programma tra Azienda USL e Comuni si è operato con una duplice finalità: rivisitazione di quei servizi e progetti che intercettano ambiti di disagio sociale e marginalità, per integrarne maggiormente i percorsi sociali e sanitari nella costruzione della rete di supporto e orientamento sociale e motivazionale; e dall'altra favorire reti di aggancio e sostegno a quei contesti sociali e familiari che si misurano sempre più spesso con fragilità

legate a condizioni sociali, economiche e relazionali (quali ad esempio: separazioni, perdita del lavoro, problematiche abitative, disagio giovanile, malattie o ...)

- si è optato in generale per l'accompagnamento e sviluppo di sperimentazioni progettuali a sostegno di percorsi di accoglienza (per soggetti/nuclei fragili), favorendo la messa in rete delle risorse informali che ancora si attivano ma che senza un necessario presidio e accompagnamento rischiano di esaurirsi.

	MARGINALI	QUASI POVERI	ALTRI
<b>IERI</b> (fino al 1995)	1-2%	5%	93%
<b>OGGI</b>	3-5%	<b>30%</b>	65%

- Si è attuato un investimento progettuale nell'ambito socio – occupazionale, attraverso la sperimentazione di innovativi approcci metodologici, modalità d'intervento, collaborazioni. Il fenomeno rappresentato dall'incremento del tasso di disoccupazione (da cui il nostro territorio si sentiva esente) correlato al mutato quadro sociale non è certamente trattabile con i soli strumenti del mercato del lavoro. In particolare l'applicazione dei nuovi dispositivi regionali collegati a legge 14/2015 e le misure nazionali e regionali a contrasto della povertà (Sia, Res e REi) oltre a far emergere bisogni nuovi da parte dei cittadini, richiama in modo forte l'esigenza di affrontare secondo rinnovate modalità le implementazioni progettuali. Le misure citate consentono di attingere a nuove forme di intervento che necessitano di una maggiore messa a sistema delle modalità di programmazione degli interventi, della allocazione delle risorse e degli impieghi oltre ad ripensamento delle modalità di utilizzo delle più tradizionali forme di intervento in ambito economico (quali ad esempio i contributi, le agevolazioni, sostegno al reddito) o in ambito abitativo (sostegno alla ricerca alloggi, ospitalità in emergenza, percorsi accompagnati...).

## AREA INTERVENTI A CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE. IL SISTEMA ATTUALE DELL'OFFERTA

Dalla prevenzione selettiva, ai contesti della cura, a quelli della riduzione dei danni e dei rischi sociali e sanitari, attraverso risorse comunitarie, dei servizi formali e informali si è operato in questi anni per offrire interventi di sistema che rimandino alla relazione fra la condizione di vulnerabilità/fragilità e:

- i temi delle politiche attive del lavoro /promozione degli inserimenti/reinserimenti lavorativi, percorsi formativi e avviamento al lavoro);
- il tema delle politiche di sostegno al reddito(soddisfacimento di bisogni primari, sostegno economico, agevolazioni tariffarie )
- il sistema delle relazioni (promozione delle reti sociali, sostegno all'integrazione e reiserimento sociale)
- le politiche di sostegno all'abitare (housing first, cohousing e housing sociale, percorsi di accompagnamento nella ricerca abitativa, sfratti...

Si evidenzia in particolare, in quanto insieme di servizi che ha condotto il suo lavoro trasversalmente a queste linee e che appare quale soglia di accesso per le persone nell'area marginalità il SISTEMA DI ACCOGLIENZA. La consolidata esperienza della rete di accoglienza in

"emergenza" ha visto una progressiva evoluzione e strutturazione verso un *sistema di Accoglienza* variamente articolato nell'intero arco dell'anno differenziandosi a seconda delle situazioni di marginalità sociale e o sanitaria maggiormente da tutelare e in concomitanza di specifiche problematiche di contesto sociale e/o stagionale, o come diretta conseguenza delle nuove forme povertà e marginalità correlate alla migrazione e alla tratta degli esseri umani. La collaborazione con il privato sociale in questo ambito è stata - ed è - essenziale quanto strategica: gli esiti più evidenti sono rintracciabili nella individuazione di soluzioni efficaci quanto innovative, intervenendo nell'accoglienza di bisogni primari, accompagnamento ai servizi e riduzione del danno. Anche attraverso gli impegni sanciti negli Accordi di Programma si è attuata una contemporanea e sinergica azione anche da parte dei servizi e operatori del sistema sanitario e sociosanitario, con il coinvolgimento l'intero contesto DSM-Dp, sociale e sociosanitario.

Il lavoro svolto in questi anni ha permesso così all'intero sistema dei servizi di operare in una comune cornice di riferimento (sia per la lettura dei fenomeni sociali che delle conseguenti ricadute in termini di bisogni che opportunità); di strutturare una rete di interventi dalla prevenzione alla riduzione del danno sociale e sanitario; di cogliere la richiesta di sicurezza sociale che i territori sempre più spesso esprimono in modo rivendicativo, provocatorio seppur comprensibile, e tentare con approcci differenziati di corrisponderli. L'attivazione complementare di azioni di mediazione sociale e dei conflitti sia in sinergia con i servizi sociali territoriali che nell'accesso diretto dei cittadini ha permesso di condividere chiavi di lettura di questi nuovi fenomeni e su queste allestire nuove ipotesi di intervento sociale e comunitario.

La cornice prioritaria di riferimento strategico e operativo è l'Accordo di Programma (sia in ambito dipendenze che salute mentale) che articolando una armonica rete di opportunità dalla bassa soglia d'accesso, all'accompagnamento in strada con presidi specifici (es: operatori di strada attivi nella riduzione del Danno sociale e sanitario) o laboratori di socializzazione, drop in a forte valenza socioeducativa) o sperimentando forme di collaborazione con presidi sanitari quali il sert o i professionisti dell'area Salute mentale per un supporto consulenziale, ha cercato in questi anni di consolidare una rete di accoglienza, di ascolto e di cura che consentisse alle persone di trovare ascolto e opportunità in percorsi evolutivi.

### mappa dei servizi del territorio

	denominazione	descrizione	gestore
Servizi generalisti	URP, Centro Ascolto Caritas, Casa Aperta (Ceis	Servizi di consulenza e informazione	comune e Caritas Ceis
	Avvocato di strada, Mag6, Associazioni dei consumatori, Casa delle Donne, Ufficio informazione immigrati.		Avvocato di strada, Mag6, Associazioni dei consumatori, Ass.ne Nondasola Donne, Dimora D'Abramo
servizi per bisogni primari	Mense Casa Albergo comunale(docce) Progetto accoglienza	mense, dormitori, docce,	Caritas, mensa del Vescovo, Cappuccini, S.Pellegrino, Parrocchia S.Anselmo, Dimora d'abramo Parrocchie in modo strutturato in

			inverno
Servizi sanitari	ambulatorio Caritas, Ambulatorio CRI, Centro Salute Famiglia straniera, Eva Luna	assistenza sanitaria e infermieristica informazione sanitaria	Caritas, CRI, Ausl
distribuzione alimentare	progetto Dora	emporio solidale	
	progetti ceis		
servizi di bassa soglia (finalizzati all'aggancio accompagnamento motivazionale)	SeD		Coop. Soc. Coress
	Sei	drop in c/o sert via bocconi	Coop. Soc. La Quercia
	Servizio di Prox	operatori di strada area RDD marginalità	Coop. Soc. Papa Giovanni XXIII
	Paradise street	laboratorio di strada (attivi/marginali)	Coop. Soc. Papa Giovanni XXIII
	Can	accoglienza notturna attivi	Coop. Soc. Papa Giovanni XXIII
	Progetto rosemary	unità di strada e accoglienza/accompagnamenti all'emersione	Comune di Reggio Emilia asdv Rabbunì
	carcere	sportello informativo sostegno all'inclusione sociale e occupazionale	Comune di Reggio Emilia
	nomadi	attività socio educativa nei campi e non solo	Comune di Reggio Emilia
Servizi abitativi	Casa albergo	Servizi erogati da Casa Albergo Comunale con accesso diretto	Coop. Soc. Dimora d'Abramo

o su segnalazione dei Servizi.

jerry masslo

Sono 12 appartamenti arredati di dimensioni diverse di proprietà comunale - ex scuola elementare . La gestione e l'accesso all'alloggio viene effettuata direttamente dal Comune Da ottobre 2016 è attivo un progetto con il CeIS di Reggio Emilia che prevede un accompagnamento alle famiglie ospiti e una coprogettazione tra assistente sociale e operatori del CeIS

Comune di Reggio Emilia  
Ceis

pensionato cavazzoli

E' una struttura che ha sede in una ex scuola elementare (località Cavazzoli - Via Rinaldi 5). Normalmente l'ospitalità è destinata a donne sole e/o con figli.

Coop. Soc. Papa Giovanni XXIII



Sostegno economico

Contributi a sostegno dell'abitare, del pagamento di utenze, della frequenza a servizi educativi ecc.

nuove misure (RES, REI) di sostegno al reddito familiare

Comune di Reggio Emilia, Unione Terra di Mezzo, Unione Colline Matildiche

Comune di Reggio Emilia, Unione Terra di Mezzo, Unione Colline Matildiche e altre realtà del privato sociale coinvolte sulle progettazioni in modo spontaneo o per il tramite di convenzioni

### **2.1.2 Obiettivi strategici e priorità di lavoro**

In coerenza con il quadro delineato, si identificano le seguenti priorità di lavoro:

#### **1. operare per la coesione sociale.**

- I meccanismi con cui la diseguaglianza si realizza o si rinforza sono complessi e agiscono nelle persone e nei contesti sociali in modo sottile e inconsapevole. Rimettere al centro i legami, il rispetto delle differenze, ricreare contesti di prossimità e vicinanza, avviare percorsi di condivisione sui temi della vulnerabilità e marginalità può favorire un'ottica di condivisione e coprogettazione degli interventi.
- incentivare il lavoro con il territorio, a sostegno di uno sviluppo di comunità coeso e corresponsabile: sostenere il lavoro degli operatori (pubblici e privati) a ri-conoscere la comunità, e le sue molteplici articolazioni sociali, quali protagonisti attivi e co-progettanti, promuovendone la partecipazione nelle diverse fasi del lavoro di presa in carico sulla casistica e sul contesto, sviluppando percorsi d'interazione e dialogo costanti con i cittadini singoli, le agenzie del territorio, i servizi. Il fine è quello di riscoprire insieme (cittadini e servizi) la matrice sociale delle problematiche su cui si è chiamati ad intervenire attraverso la messa a punto di comuni chiavi di lettura ed interpretazione dei fenomeni, allestire ipotesi di trattabilità collettive, generare ricadute e cambiamenti nei singoli oltre che nella comunità.
- sostenere e promuovere il consolidamento delle sperimentazioni realizzate operando dei cambiamenti nei servizi e nelle interazioni progettuali con le agenzie del territorio. Le azioni sperimentali di co-housing (via doberdò, via pindemonte..), il percorso di analisi e di studio insieme a privato sociale sull'housing first, le reti di sostegno fra famiglie fragili - solo per citarne alcuni - sono stati un'interessante occasione di conoscenze e di apprendimenti. Il nuovo bando per l'individuazione di soggetto del terzo settore per la co-progettazione e la gestione di interventi strutturati e innovativi per contrastare la grave emarginazione adulta e la condizione di senza dimora (progetto inside regione emilia - romagna pon inclusione azione 9.5.91 – poi l'azione 42) sarà un ulteriore ambito di applicazione sperimentale.
- promuovere e sostenere percorsi di inclusione sociale delle persone adulte sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria attraverso un rafforzamento della collaborazione e messa in rete delle risorse (economiche, finanziarie, umane, formative e progettuali). Particolare cura deve essere garantita alla costruzione di percorsi finalizzati al reinserimento sociale e/lavorativo attraverso una più efficace gestione delle opportunità della formazione, dell'inserimento lavorativo, del volontariato e dell'inclusione sociale, dell'Uepe. Valorizzazione dei percorsi dimittenti. Promozione e sensibilizzazione del territorio, specialmente verso il sistema delle imprese per lo sviluppo di percorsi di inserimento lavorativo.

#### **2. sviluppare percorsi di accoglienza e accompagnamento**

- gli ambiti di intervento prevedono una pluralità di attivazioni su diversi assi: dal reinserimento lavorativo, all'accoglienza abitativa, all'informazione, dalle attività di ascolto e più in generale a progetti socioeducativi e di inclusione. Nell'individuazione degli obiettivi e delle azioni proposte assume importanza particolare la "lettura" delle storie di vita delle persone che vivono in condizioni di marginalità, per coglierne gli intrecci e le complessità: per contribuire alla creazione di reti di sostegno fondamentale è la capacità dei servizi di fare regia nell'allestire percorsi di accoglienza e reinserimento sociale.
- In questo senso anche l'attivazione di risorse nell'area dei bisogni essenziali (accoglienza notturna, vitto e assistenza sanitaria, igiene personale) sono l'imprescindibile terreno di osservazione e lettura per una funzione di aggancio e orientamento. Qui più che altrove la capacità di creare relazioni e fiducia è volano a qualsiasi obiettivo evolutivo e di reinserimento. La vera sfida che attende gli operatori del settore è abbinare a misure passive di distribuzione di beni materiali alle

persone senza dimora (indumenti, prodotti di prima necessità, kit di emergenza, risorse finanziate dal Fead) anche progetti più complessivi di accompagnamento sociale, finalizzati a promuovere l'autonomia della persona.

-Un ruolo centrale lo assumono infatti le cosiddette "misure di accompagnamento" (segretariato sociale, supporto all'accesso di servizi, svolgimento di pratiche burocratiche, sostegno multidimensionale, ecc). Parimenti rilevante è il potenziamento dei servizi in termini di personale (segretariato sociale e pronto intervento sociale); la sperimentazione di soluzioni abitative che passino attraverso interventi infrastrutturali; azioni preventive che evitino l'istituzionalizzazione della persona a rischio di emarginazione.

### **3. lavoro di rete**

- integrare maggiormente l'utilizzo progettuale degli strumenti dedicati alla lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà (legge regionale sull'inclusione socio lavorativa n. 14/2015), legge regionale sul Reddito di solidarietà (n. 24/2016 e REI quale forma stabile della sperimentazione attuata con il Sia), con le altre azioni e interventi e diversificare le forme di collaborazione con le realtà del territorio. La multifattorialità delle cause di povertà che si sostanzia nella mancanza di reddito richiama la necessità di assumere – da parte dei servizi - uno sguardo progettuale in grado di integrare le diverse misure economiche sull'asse dell'occupabilità, dell'inclusione sociale, della promozione di contesti emancipanti, in dialogo con agenzie territoriali, servizi per il lavoro, strumenti economico-contributivi, enti di formazione, agenzie educative e scolastiche. La capacità di allestire contesti allargati in grado di promuovere alleanze progettuali in cui il cittadino e il suo nucleo familiare assumano un ruolo di protagonismo attivo, partecipe, consapevole e corresponsabile, sono il presupposto ad una proficua azione del mandato dei servizi a cui è affidata la regia delle diverse azioni nella logica della rete integrata dei servizi e del pieno coinvolgimento del Terzo settore, delle parti sociali e di tutta la comunità.

In particolare per quanto attiene Legge Regionale 14/2015 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari"; per valorizzare le esperienze sin qui sviluppate nel sistema dei servizi, e per proseguire l'imprescindibile dialogo fra sistema sociosanitario e strumenti delle politiche attive del lavoro, valorizzando i dati di funzionamento prodotti, per sostenere e migliorare l'**occupabilità** delle persone in carico ai Servizi sociali e sanitari, e/o intercettati dal Centro per l'impiego o altre agenzie del territorio. La messa a sistema delle diverse misure (quelle a sostegno del reddito e quelle di politica attiva del lavoro) saranno lo snodo progettuale a cui ancorare l'efficacia dei diversi Accordi di programma sottoscritti fra Comuni del Distretto, dall'Azienda USL, Regione Emilia-Romagna e Agenzia Regionale per il lavoro. (PIT annuali e triennale). Si segnala in particolare come obiettivo imprescindibile la riorganizzazione dei Centri per l'Impiego investendo risorse nelle politiche attive per il lavoro.

### **4.governo del sistema: cultura e pratica della valutazione degli interventi**

Le più specifiche funzioni di governo delle risorse economiche, finanziarie, comunitarie si devono accompagnare ad un costante presidio e coordinamento delle diverse fasi operative, cura dei processi partecipativi e delle specifiche collaborazioni con i partners del privato sociale e la comunità genericamente intesa: da qui la necessità di allestire e accompagnare appropriati dispositivi di governance; porre cura e attenzione nella analisi e valutazione dei processi di lavoro e dei loro specifici contenuti attraverso l'utilizzo di dati quali-quantitativi.

La complessità dei dispositivi e delle interazioni anche con i diversi enti pubblici coinvolti (Inps, Agenzia regionale per il lavoro, Banche dati regionali, Agenzia delle entrate, patronati...) richiede un duplice livello di intervento per assicurare, da un lato, una più snella messa a punto di

procedure, flussi informativi, costruzione di banche dati e, dall'altra supportare gli operatori nella doverosa razionalizzazione degli interventi progettualmente orientati: il rischio di alimentare percorsi assistenziali a discapito di seppur minime evoluzioni è più elevato quanto è più grave il disagio su cui tali misure vanno ad insistere.

## 2.2 Contrasto alla fragilità

### Premessa

In questo scenario di prolungata instabilità economica, la fragilità sociale è tra le questioni emergenti anche a livello locale: su di essa, certamente, pesa la riduzione dei livelli di copertura di welfare pubblico, anche se altri differenti fattori concorrono, in modo sinergico, a generare nuovi bisogni sociali e fasce di popolazione a rischio vulnerabilità/esclusione.

La frammentazione della società, l'indebolimento della famiglia come prima rete sociale di protezione, le attese pensionistiche dei giovani significativamente ridotte rispetto al passato; la propensione al risparmio stabilmente inferiore a quella degli anni '90; i tassi di dipendenza insieme all'esclusione dal lavoro di segmenti di popolazione ancora in età attiva e le difficoltà del mercato del lavoro sono fra i fattori a maggior impatto, a cui si aggiungono aspetti correlati ad alcune patologie, invalidità, uso/abuso di sostanze e dipendenza dal gioco d'azzardo. E così, come attestato anche da recenti studi, trasversalmente ai diversi contesti, vi sono categorie sociali che, più delle altre, sono soggette al rischio di versare in uno stato di povertà o di esclusione sociale. Tra queste, probabilmente, la più vulnerabile è costituita dai bambini. Un bambino che cresce in un contesto di povertà ed esclusione sociale corre, infatti, un maggior rischio di permanere in tale condizione, intrappolato in un "circolo vizioso" che continua di generazione in generazione. Nei gruppi che vengono considerati vulnerabili rientrano anche le donne, i giovani e le famiglie monoparentali, per le strutturali difficoltà di queste categorie nel riuscire ad accedere al mercato del lavoro o, più precisamente, a una condizione lavorativa che permetta di sostenere degli standard di vita adeguati. Benché meno frequenti, inoltre, è opportuno segnalare tra le categorie a maggior rischio i cosiddetti "lavoratori poveri" (o *working poor*), i quali rappresentano un elemento di eccezionalità in forte crescita dagli anni Duemila nel panorama della povertà e dell'emarginazione. Infine, risultano ad alto rischio di povertà e, soprattutto, di esclusione sociale le categorie dei disabili o delle persone affette da malattie croniche gravi (anche psichiche), le quali devono affrontare grandi problematiche che spesso coinvolgono anche il nucleo familiare da cui dipendono, nonché le categorie degli immigrati e delle minoranze etniche come i Rom, i Sinti e i Camminanti (RSC).

### Alcune categorie più a rischio

In particolare, con riguardo ai bambini in condizione di povertà, è stata realizzata anche una comparazione a livello comunitario, oltre che sull'entità del fenomeno, sull'efficacia delle politiche pubbliche nazionali nella lotta alla povertà infantile; per quanto attiene ai soggetti vulnerabili (giovani, donne, ecc.) e agli immigrati, dato il loro rapporto difficoltoso e particolare con il mercato del lavoro, è stata anche condotta un'analisi atta a verificare l'esistenza di una relazione tra attivazione e povertà in queste categorie e le sue potenziali implicazioni. Tra le categorie sociali in cui si dovrebbe puntare ad aumentare la loro integrazione sociale rientrano di diritto anche coloro che versano in uno stato di disabilità o non autosufficienza.

*I bambini.* La povertà infantile assume un ruolo cruciale nello sviluppo economico di qualsiasi Paese. Essere povero sin dall'infanzia, infatti, non rappresenta solo una condizione sociale temporanea, bensì una prospettiva di vita a tutti gli effetti. Risultare in stato di bisogno da un'età così giovane si traduce frequentemente in un grave deficit di opportunità e di sviluppo umano rispetto a chi, invece, non si ritrova in una famiglia con un basso reddito. Pertanto, la massiccia diffusione di questo fenomeno non solo rischia di rendersi il principale veicolo di incremento della disuguaglianza nei livelli di reddito di una popolazione, ma nel lungo periodo ne determina l'immobilità sociale, soprattutto se non si interviene con adeguate politiche.

Le donne. Le donne, ad esempio, a causa di un retaggio prettamente culturale e anacronistico che tarda a scomparire del tutto dalla società italiana, ma in generale nei Paesi dell'Europa mediterranea, continuano a essere viste, ancora oggi, come la figura su cui concentrare la prevalenza delle responsabilità domestiche e dei lavori di cura. Questa strutturale disuguaglianza di genere, accompagnata dalla mancanza di adeguati servizi pubblici di assistenza all'infanzia e/o trasferimenti monetari a sostegno delle famiglie più numerose, ha portato una parte della componente femminile della popolazione ad accettare (più o meno volontariamente) di non partecipare, o comunque partecipare meno, al mercato del lavoro. Questa scelta, in molti casi, determina un maggior rischio di povertà, nonché una probabilità più alta di essere socialmente esclusa. In Italia esiste una grave problematica sociale in termini di divario di genere nella partecipazione al mercato del lavoro e di gap tra retribuzioni femminili e maschili a parità di livelli di lavoro. Anche la crisi economica ha prodotto delle considerevoli distorsioni in quest'ambito, andando a colpire maggiormente i settori economici con una forza lavoro a prevalenza maschile (industria manifatturiera, costruzioni, ecc.) e meno quelli a prevalenza femminile (come, ad esempio, il settore dei servizi).

I genitori single. Un'altra categoria considerata tipicamente come "vulnerabile" al rischio di povertà e all'esclusione sociale è quella dei genitori single, ossia di quei nuclei familiari costituiti da un genitore (uomo o donna, sebbene il secondo caso sia senza dubbio il più diffuso) e uno o più figli. Rispetto al complesso della popolazione, i genitori single in età lavorativa mostrano mediamente un tasso di partecipazione inferiore. Le ragioni di ciò possono essere diverse, ma senz'altro la presenza di uno o più bambini all'interno del nucleo familiare, non controbilanciata dalla presenza di un partner e/o di adeguati servizi pubblici o privati di assistenza all'infanzia, nonché dalla vicinanza del nucleo familiare di origine, potrebbe condurre chi rientra in questa tipologia familiare a scegliere (più o meno volontariamente) di non attivarsi nel mercato del lavoro. Per questa specifica tipologia familiare, il rischio di povertà dipende solo in parte dalla partecipazione al mercato del lavoro, lasciando maggior spazio ad aspetti economici e culturali del contesto in cui si vive come, ad esempio, l'offerta di servizi pubblici di assistenza all'infanzia, la vicinanza con i propri genitori e, in generale, la presenza di strutture e servizi pubblici o privati atti a garantire una migliore conciliazione famiglia-lavoro.

I giovani. Un'altra categoria che oggi in Italia è unanimemente considerata debole è quella dei giovani con meno di 35 anni. Essi, infatti, soprattutto a seguito della Grande Recessione, hanno visto ridursi drasticamente la possibilità di accedere al mercato del lavoro e, in generale, di percepire nei primi anni di attività lavorativa un reddito tale da consentire di allontanarsi dal proprio nucleo familiare originario e crearne uno proprio. L'aumento vertiginoso del tasso di disoccupazione giovanile in Italia negli ultimi anni, inoltre, ha portato molti "scoraggiati" a decidere di uscire definitivamente dal mercato del lavoro. Dalla minore partecipazione al lavoro da parte dei giovani ne consegue una maggiore diffusione del fenomeno della povertà in questa classe della popolazione.

I working poor. Una categoria sociale alla quale si sta attribuendo sempre maggiore attenzione è quella dei *working poor*, ossia coloro che, pur essendo occupati, percepiscono un reddito che non permette loro di superare la soglia di rischio di povertà. Rispetto all'esperienza passata, in cui il lavoro rappresentava il mezzo attraverso il quale evitare quasi certamente di cadere in uno stato di povertà, questa categoria potrebbe risultare in qualche modo un'anomalia. Tuttavia, questa "anomalia" è adesso diventata, spinta anche dall'avversa congiuntura economica, un fenomeno stazionario e di una certa entità nel contesto sociale, che richiede con intensità crescente di essere compresa nelle sue componenti interne, se si intende efficacemente contrastarla. Ciò che sembra

emergere dunque è che la probabilità di essere povero, benché occupato, non dipenda tanto da quanto si lavora, ma piuttosto dal reddito da lavoro (orario) che si percepisce. Si assiste, infatti, a un aggravamento delle condizioni dei lavoratori italiani, costretti a lavorare più di prima per accedere a livelli retributivi comunque mediamente in calo e quindi sempre meno in grado di contrastare il rischio di povertà.

*I cittadini stranieri e le minoranze etniche.* Una considerevole differenza in termini di rischio di povertà si rileva tra chi ha la cittadinanza italiana e chi invece non la possiede perché cittadino di un altro Paese membro dell'UE, soprattutto coloro che provengono dai Paesi dell'Europa dell'est, o di un Paese non membro dell'UE. Gli individui con cittadinanza non italiana, infatti, lungo tutto il periodo mostrano una percentuale di persone a rischio di povertà largamente superiore a quello che caratterizza i cittadini italiani.

La categoria degli stranieri pone in evidenza anche un'importante anomalia: per questo gruppo sociale una maggiore partecipazione al mercato del lavoro non si traduce in un minor rischio di povertà. In altre parole, gli stranieri, nonostante mostrino un tasso di partecipazione al lavoro molto più alto, sono comunque caratterizzati da una maggiore diffusione della povertà. Il fatto che fra la popolazione straniera sia più diffuso il rischio di povertà, nonostante i più alti tassi di partecipazione, è riconducibile alle specificità intrinseche dell'attività lavorativa che viene svolta. I cittadini stranieri, di fatto, sono spesso utilizzati in settori economici con bassa remuneratività della forza lavoro come l'agricoltura; più in generale, sono impiegati in attività per le quali non si richiede una particolare qualifica o specializzazione. Ciò determina, in capo a questa categoria, un reddito da lavoro mediamente inferiore rispetto agli occupati italiani e, di conseguenza, una maggiore probabilità di ritrovare il proprio reddito familiare disponibile al di sotto della soglia di rischio di povertà. In altre parole, per un lavoratore con cittadinanza non italiana è più facile rientrare nello stato di *working poor*.

### **Bisogni e risorse sull'area del contrasto alla fragilità sociale: orientamenti e rivisitazione del mandato dei servizi.**

Sempre maggiore è il numero delle persone che si rivolgono ai Servizi portando istanze multiproblematiche che rimandano ad una condizione di fragilità dai tratti variamente connotati e definiti, che interroga i servizi rispetto ad una domanda sociale articolata e complessa, non sempre chiara e consapevole. Sono nuove richieste d'intervento, rispetto alle quali si avverte, al contempo, l'urgenza di agire e l'impossibilità a farlo in una logica di risoluzione dei problemi. Le storie delle famiglie raccontano di perdita di lavoro, di incapacità a sostenere il proprio nucleo familiare e di crescente precarietà abitativa; di persone anziane che portano una fragilità legata a difficoltà economiche, abitative, a condizioni di solitudine e di trascuratezza, a cui spesso si associano le stanchezza dei *care-givers* che ricercano nel Servizio quell'aiuto e quel sostegno necessari per la cura del proprio familiare dopo periodi anche molto lunghi di accudimento e talvolta, anche, di grosse conflittualità familiari rispetto alle quali è necessario un lavoro di mediazione. Sempre più spesso si ritrovano i segni di una fragilità sociale che alimenta e si alimenta: crisi nella coppia, precarietà educativa, disagi, insicurezza sociale e paura del futuro, diffidenze, solitudini ed emarginazione, condizioni psicofisiche e comportamenti a rischio, difficoltà genitoriali, fragilità occupazionali, contesti lavorativi, insufficiente tutela dei figli con esposizione a rischi quali trascuratezza, maltrattamenti, abuso, abbandono.

In questo scenario risulta complesso immaginare un intervento risolutivo, alle richieste portate; da qui la scelta di affrontare i problemi delle persone attraverso una nuova chiave interpretativa: la rinuncia consapevole di risolvere/eliminare i problemi senza, dall'altro lato, rinunciare a trovare insieme alle persone stesse le strade da percorrere. Ciò significa lavorare seguendo delle parzialità, intervenendo su elementi specifici e circoscritti, quelli che paiono più accessibili e sostenibili prima

di tutto da/per la persona; che permettono di cogliere delle risorse e fanno intravedere dei movimenti possibili. Fondamentale è l'ascolto, la conoscenza intesa come esplorazione dei problemi, lettura dei fenomeni sociali trasversali alle singole situazioni, stare al fianco, approfondire, e accompagnare.

### **Orientamenti strategici**

Approccio socioeducativo supportato da interventi integrativi e investimento sulla dimensione relazionale. Lavorare sul benessere significa promuovere relazione con l'altro, avere dei riferimenti, sentirsi parte integrante di una comunità: per far questo occorre superare le barriere di diffidenza ed eccessiva riservatezza.

Azioni di contrasto all'emarginazione delle famiglie, lavorando su alcuni fattori di rischio, facilitando l'accesso dei cittadini al sistema dei servizi socio-sanitari territoriali, privilegiando laddove possibile le misure a sostegno dell'inserimento e l'orientamento lavorativo; in particolare per le famiglie straniere promuovere processi di integrazione, favorire l'apprendimento della lingua italiana e delle regole della convivenza sociale, contrastare situazioni di isolamento territoriale e/o sociale delle donne straniere, promuovere la tutela legale.

Pensare agli adolescenti e ai giovani in ottica evolutiva rendendoli protagonisti e partecipi delle decisioni, della ideazione e progettazione delle iniziative a loro dedicate, ma anche attivare in via prioritaria progetti di cooperazione con le scuole (es. azioni educative, contrasto alla dispersione scolastica, prevenzione alla devianza) così come incentivare attività culturali.

Accompagnamento strutturato e costante per sostenere percorsi di re/inserimento al lavoro attraverso azioni sistemiche fra professionisti delle Politiche attive del lavoro, contesti comunitari e operatori sociali e sociosanitari, mercato delle imprese ed enti di formazione.

Sostegni alla problematica abitativa, contestualizzando le risorse istituzionali più consolidate in una strategica esplorazione delle risorse del territorio per la costruzione di nuove opportunità.

La sfida oggi è il territorio come luogo per riprogettare insieme, partendo da una comune definizione delle problematiche per intervenire, dove possibile, sulle cause; superando le frammentazioni e provando a costruire connessioni tra gli operatori e chi abita i territori; puntando alla cura delle relazioni, alla vicinanza quotidiana per situazioni di difficile definizione e trattabilità. Le reti di aiuto informale rappresentano un sostegno fondamentale per superare le difficoltà quotidiane e le fasi di vita caratterizzate da una maggiore vulnerabilità. Le storie di coprogettazioni con il territorio ci restituiscono elementi molto significativi: il contesto è in grado di esprimere diverse modalità di accoglienza e ad attivare reti e risorse inimmaginabili laddove si lavora sul senso di corresponsabilità, si condivide un approccio educativo nel sostegno alla autonomia, in una relazione di fiducia.

## **AZIONI DI CONTRASTO ALLA FRAGILITA' IN ALCUNI AMBITI**

### **2.2.1 Contrasto alla fragilità in ambito anziani**



Nell'ambito del contesto "contrasto alla fragilità anziani" e quindi delle cure a lungo termine (malattie croniche) denominate LTC almeno tre fattori fanno prevedere un aumento dei bisogni correlati e quindi della necessità di servizi:

- Il progressivo aumento dell'aspettativa di vita degli anziani – un successo del sistema di vita e cura ma al tempo stesso un segnale di allarme: l'allungamento della vita non sempre corrisponde a vita in buona salute. Ovvio che con l'aumentare dell'età aumenti il rischio sia di patologie croniche che di non autosufficienza anche grave e gravissima e prolungata nel tempo.
- La trasformazione dei modelli familiari di cui si è dato conto nel capitolo dedicato allo scenario demografico ed in particolare il calo delle dimensioni della famiglia e il crescere della partecipazione al mercato del lavoro formale della partecipazione femminile presenta un "conto" che implica la diminuzione netta di disponibilità di lavoro di cura informale
- La maggiore consapevolezza delle persone e delle famiglie rispetto alla richiesta di sistemi di assistenza più orientati all'anziano, più accessibili e fruibili, più domiciliari e meno residenziali pone al sistema domande positive e necessità di riorganizzazioni non pensabili in assenza di risorse aggiuntive.

A fronte di questo scenario, si rileva una distribuzione della spesa pubblica per LTC che si articola per tre filoni principali (dati 2013): sanità (26, 3% della spesa complessiva), previdenza (indennità di accompagnamento e invalidità civile, circa il 68,8% della spesa complessiva) e assistenza (circa il 7,6% della spesa complessiva), cioè prestazioni socio-assistenziali prevalentemente erogate dai Comuni. Il sistema di welfare italiano per gli anziani appare fortemente frammentato, basato prevalentemente su trasferimenti monetari alle famiglie (alimentando così un sistema di cura "informale" e non professionale) e su interventi sanitari a scapito degli interventi socio-sanitari. In questo contesto, le famiglie in Italia sono chiamate ad un ruolo cardine nel settore, sia attraverso un lavoro di cura gratuito fortemente diffuso, sia attraverso il ricorso al mercato di cura privato in particolare il massiccio ricorso alle assistenti familiari ("badanti") aspetto che caratterizza in modo particolare la situazione italiana.

Appare necessario, inoltre, riconoscere la natura complessa del termine "non autosufficienza", fenomeno multidimensionale e non correlato all'individuazione di specifiche malattie, ma piuttosto all'intreccio tra

- limitazioni funzionali riguardanti le ADL, cioè le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, mangiare spostarsi dal letto o dalla sedia, camminare, e utilizzare il bagno e le IADL, cioè le attività strumentali della vita quotidiana: gestione della casa, preparazione dei pasti, l'effettuazione di acquisti, il trasporto e in generale le azioni che consentono la vita autonoma

- malattie croniche e/o acute nella loro evoluzione

- contesto ambientale, psicologico, sociale e familiare, ovvero la condizione abitativa, il contesto di riferimento, la presenza di care-giver, il rapporto con il mondo esterno e con i servizi, la condizione economica.

Al tempo stesso, la non autosufficienza appare non come un evento che accade in un determinato momento, ma come un continuum che presenta livelli di non autosufficienza diversi e livelli di fragilità rispetto ai diversi livelli individuati che devono essere tenuti in considerazione. Si parla quindi di servizi di contrasto alla "fragilità" degli anziani e non si limita il solo campo di azione alla non autosufficienza. Fragilità è per esempio cominciare ad avere qualche difficoltà nella IADL sopra richiamate, fragilità è la condizione di cronicità prolungata, fragilità è la solitudine familiare e sociale....le sfumature sono tante, nelle nostre complesse società.

Il sistema dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari di contrasto alla fragilità degli anziani nel Distretto di Reggio Emilia è quindi posizionato su una gamma di servizi che vanno dalla tutela alla prevenzione e che hanno sviluppato specialmente negli ultimi anni un percorso mirato alla maggiore inclusione di fasce di non autosufficienza più "leggere" in ottica preventiva ed in particolare un percorso mirato al sostegno del *care-giver*, vero e proprio perno delle politiche di welfare.

Assi indispensabili del lavoro sui servizi di contrasto alla fragilità anziani appaiono:

- La necessità di rilevare i bisogni dalla popolazione anziana non espressi in maniera esplicita, creando contesti accoglienti anche per chi vive una condizione di autosufficienza o di non autosufficienza di grado lieve
- La ricomposizione degli interventi attuati dai soggetti pubblici, in particolar modo sull'asse socio-sanitario
- La ricomposizione delle risorse private con gli interventi pubblici in modo da articolare progetti assistenziali coerenti
- Il sostegno ai care-giver in termini di orientamento, accompagnamento e servizi di utilità

#### LE LINEE DI LAVORO PRIORITARIE

- **ACCESSO AL SISTEMA:** in base alle considerazioni precedenti, l'accesso al sistema appare particolarmente critico nell'ottica di risorse limitate che vengano usate con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di accesso al sistema di protezione sociale, ma al tempo stesso con la necessità di garantire equità ed utilizzo a tutte le fasce di popolazione. Rimane quindi alto l'impegno a rivedere continuamente i regolamenti e le priorità di accesso, ma anche di estendere la platea dei beneficiari degli interventi. Aver cura dell'accesso al sistema riguarda una pluralità di linee di lavoro:
  - costruzione di regolamenti sulle priorità di accesso che siano costantemente revisionati e aggiornati, a partire da chi incontra ogni giorno gli utenti e le loro famiglie e ne ascolta le storie
  - lavoro sulla compartecipazione degli utenti alla spesa dei servizi che contemporaneamente assicuri sostenibilità e progressività della stessa
  - pianificazione territoriale corretta dei servizi utili alla fascia anziana, loro orari di apertura, liste di attesa, lavoro di backoffice condotto senza rimbalzare l'utenza.
  - orientamento alle famiglie nei percorsi assistenziali a volte lunghi e complessi per la cura di un anziano: l'orientamento non coinvolge solo i servizi ad esso dedicati (ad esempio la funzione Accoglienza e la funzione Presa in carico del Servizio Sociale Territoriale) ma anche tutti coloro che entrano in contatto con le famiglie (tutti i gestori dei servizi della Rete, Case della salute nelle loro varie componenti, Ospedale, partner anche informali e non istituzionali, Patronati, Sportelli...)

- **CONTINUITA' ASSISTENZIALE:** appare fondamentale continuare il lavoro impostato in questi anni orientato alla continuità dei percorsi di cura (rapporto ospedale-territorio, rapporto territorio-servizi, rapporto servizi di cura privati e pubblici) per la presa in carico non solo della situazione presente dell'anziano ma della sua storia e delle sue prospettive di vita e cure.

In particolare, la continuità assistenziale risiede nei percorsi delle dimissioni protette e nell'attività del PUA in collegamento al Servizio di Sostegno Domiciliare di ASP Reggio Emilia e agli Enti Gestori dei Servizi di Assistenza Domiciliare del Distretto e con i Servizi Sociali del territorio, anche nell'implementazione del nuovo Servizio (collegato ai LEA del DPCM 12.1.2017) di un mese di assistenza domiciliare gratuita per pazienti in dimissioni protette e in determinate condizioni cliniche. Nei percorsi

di dimissioni protette sono presenti anche il tema del raccordo Ospedale-Case Residenza Anziani del territorio e il tema del riordino della Rete Ospedaliera oggetto di specifici gruppi di lavoro provinciali, in particolare sul versante dell'allestimento di luoghi di cure intermedie tra Ospedale e territorio (domicilio+Servizi residenziali temporanei) che si presenta come linea di lavoro prioritaria per i prossimi anni.

- **LAVORO SULLA QUALITA' DEI SERVIZI:** in un sistema in cui i bisogni aumenteranno e le risorse forse non riusciranno a crescere conseguentemente bisognerà focalizzarsi su un sistema di committenza (in particolare accreditato) che individui gli indicatori di qualità nelle organizzazioni e li persegua con coerenza, in particolare sul sostegno alle relazioni che forma parte fondamentale della qualità dei nostri servizi. Si tratta di passare dall'accoglienza attuata in tutti i punti della rete e su cui l'impegno è continuare attivamente ad implementare consapevolezza e soluzioni all'APPROCCIO ACCOGLIENTE della vita degli anziani delle loro famiglie e nei servizi, mettendo al centro la qualità delle relazioni. Il tema attraversa tutti i servizi che si sono finora giustamente concentrati alla definizione di standard e regolamenti e quant'altro è dovuto e serve alla vita dei servizi stessi e degli anziani dentro gli stessi. E' il momento, tramite in particolare interventi formativi, ma anche pensieri organizzativi, di sostenere la cura delle relazioni corrette (approccio accogliente, attenzione, riconoscimento della persona e delle problematiche che porta e della sua individualità) all'interno di tutti i servizi. La relazione pone al centro il valore delle persone, siano essi operatori o utenti o familiari o professionisti.

La relazione pone anche al centro il tema della **COMUNITA' ACCOGLIENTE**: serve una cura di fino delle comunità, nella consapevolezza che le prese in carico integrate non solo quelle socio-sanitarie, ma anche con il territorio.

Inoltre, appare evidente come il tema delle **CURE PALLIATIVE**, apparentemente tema tecnico e professionale, abbia forte impatto sulla qualità dei servizi, che è qualità di comunicazione (le cure palliative implicano una strategia di comunicazione efficace, uscendo dai tecnicismi ed essendo "vicini" alle persone) e qualità di vita che deve svilupparsi anche nel fine vita, offrendo informazioni, riconoscendo le resistenze, attivando formazioni specifiche.

Si individua infine come area di lavoro rispetto al tema comunicazione/relazione il ruolo dell'ospedale nell'aggancio con il territorio nella sua complessità (servizi e domicilio).

- **STUDIO E VALUTAZIONE DELLE SITUAZIONI DI COMPLESSITA':** appare sempre più evidente l'aumento delle situazioni che presentano elevate complessità. Problematiche ad esempio derivate dagli stili di vita precedente (disagio psichico, dipendenza da sostanze, vita di strada ....), ma anche livelli di disabilità gravissimi (sia fisici che cognitivi) hanno generato ulteriori fragilità sanitarie e sociali che chiamano i servizi ad articolare percorsi più complessi che richiedono progettazione specifica e quindi unità di valutazione più estese (sia nel tempo dedicato che nella tipologia di attori coinvolti) ed articolate. In particolare linea di lavoro per i prossimi anni sarà la costituzione ed uso di Unità di Valutazione Multidimensionali flessibili sia come composizione che come accompagnamento al caso specifico in grado di guidare il percorso complesso di alcuni utenti.

- **ENTI GESTORI ED ENTI PARTNER COME CO-PROTAGONISTI DEL SISTEMA:** la storia del Distretto di Reggio Emilia si caratterizza per la volontà di affiancare al normale

lavoro di controllo e vigilanza sul lavoro degli Enti Gestori anche una vicinanza e una prossimità al servizio realizzate anche attraverso l'ascolto delle esperienze degli operatori e delle proposte dei gestori, sia a livello del singolo caso dell'anziano non autosufficiente che delle proposte di sistema. Il lavoro dei Servizi Sociali Territoriali in particolare attraverso dispositivi di lavoro ben individuati (tra cui tavoli di quartiere, Gruppi non autosufficienza, Operatori Progettazione territoriale) e nella quotidianità è orientato all'ascolto e alla reciprocità con i servizi e l'impostazione delle Case della Salute, sia pure iniziale, si orienta in questo senso. Si ritiene necessario progettare altre forme di coinvolgimento delle famiglie e del Terzo Settore anche sull'esempio del gruppo di lavoro Famiglie e cronicità già attivo. La prossimità di lavoro appare inoltre come uno degli strumenti maggiormente efficaci anche all'esercizio della vigilanza. Appare necessario condividere con gli Enti Gestori un ruolo di maggiore presenza della committenza in particolare nelle strutture per affiancare gli Enti Gestori nella prevenzione di fenomeni non conformi ad una corretta gestione di utenza fragile. Appare necessario inoltre sviluppare una maggiore partnership rispetto alle offerte private dei Gestori nel loro aspetto di complementarità rispetto ai progetti assistenziali sia di cura che preventivi che di sostegno ai care-giver.

- AMPLIAMENTO DEI PERCORSI SULLA CRONICITA' : sono stati attivati percorsi di presa in carico integrata tra i professionisti del territorio per un particolare target della popolazione. In particolare sono stati attivati percorsi per la popolazione affetta da Diabete di tipo 2, da Scompenso cardiaco di tipo C e da BPCO. Si prevede l'implementazione di queste attività. Sono inoltre in fase di implementazione, a livello regionale, le linee di indirizzo generali del PDTA per le Demenze, il successivo passaggio sarà la co-costruzione e l'adattamento a livello del nostro territorio. Nell'ambito di questi percorsi è particolarmente importante l'integrazione tra i diversi professionisti, al fine di garantire la continuità assistenziale e facilitare l'orientamento del cittadino e della sua famiglia al percorso di cura. Elemento innovativo è l'introduzione della figura del infermiere della cronicità che oltre ad esercitare il ruolo professionale ha anche una funzione di case manager e di educazione terapeutica per gli stili di vita. In questi percorsi di cura e di fragilità clinica vi è spesso la necessità di attivare percorsi di aiuto e sostegno attraverso il lavoro del Servizio sociale. In un Nucleo di Cure Primarie è in corso la sperimentazione del percorso Risk-ER integrato per i pazienti ad alto o altissimo rischio di ospedalizzazione; l'equipe multidisciplinare, costituita dal Medico di Medicina Generale, dall'infermiere e dall'assistente sociale, valuta quali possono essere gli interventi clinico-assistenziali- terapeutici più appropriati per evitare il rischio di re-ospedalizzazione. Prosegue inoltre il percorso "Famiglie che affrontano situazioni di cronicità prolungata" che vede lavorare insieme professionisti dei servizi sanitari e sociali, volontari (in particolare volontari di Emmaus e dell'Hospice Madonna dell'Uliveto) e familiari all'interno di uno spazio di riflessione dove "aprire all'esperienza e all'interazione, a confronti e conoscenze per aiutarsi reciprocamente a capire cosa è che conta e ha valore per accompagnare e sostenere le persone e le famiglie che vivono in situazioni di cronicità, disabilità, terminalità"; viene inteso come uno spazio che affianchi, accompagni, sostenga i servizi nel rimodularsi rispetto ai percorsi e ai progetti, con un approccio improntato alla co-costruzione, uno spazio nel quale apprendere gli uni dagli altri, tutelare gli apprendimenti,

presidiare le informazioni, costruire legami progettuali, valorizzare le risorse. Per accompagnare e sostenere nei percorsi di vita le famiglie che vivono la cronicità saranno organizzati eventi formativi/informativi rivolti ai caregiver organizzati con il Centro Disturbi Cognitivi, in collaborazione con AIMA e le altre Associazioni presenti sul territorio, in particolare Dar Voce. Il riordino della rete ospedaliera, anche con l'individuazione di strutture intermedie tra ospedale e territorio, porterà in prospettiva ulteriori elementi di attenzione e prospettiva.

- LAVORO SULLA PREVENZIONE: la prevenzione da attuare sulla non autosufficienza, proprio per le caratteristiche sopra richiamate di non autosufficienza che la definiscono come fenomeno complesso che si attua su un continuum di eventi e di vita e di intreccio tra componenti sanitarie e sociali, è una trattazione polisemica che comprende diverse linee di lavoro a loro volta presenti nei vari obiettivi fin qui elencati: la prevenzione della solitudine e dell'isolamento mediante l'allestimento di contesti accoglienti sia territoriali che all'interno dei servizi, l'attenzione agli stili di vita e alla prevenzione sanitaria (luogo deputato le Case della Salute, ma anche gli interventi di progettazione territoriale), la relazione come protagonismo degli utenti in base alle loro capacità ed autonomie residue.

- ACCOGLIERE LA RICHIESTA DI SICUREZZA che appare particolarmente accentuata nell'area anziani. Ovviamente, il ruolo che il sociale può assumere in quest'ambito è solo uno degli aspetti della costruzione delle comunità accoglienti di cui si parla. L'attuale trend di pensiero (apparentemente molto collegato al recente e dirimpante sviluppo del fenomeno migratorio nel nostro paese, ma in realtà ben più connesso a mio avviso ai timori rispetto al futuro, alle incertezze rispetto alla propria vita professionale, per l'occupazione dei figli, per il mantenimento del livello di vita acquisito) mette in primo piano l'invocazione alla "sicurezza pubblica" (=più forze dell'ordine) e ignora in gran parte il tema della "sicurezza sociale" (di maggiore pertinenza dei Servizi). Premesso che le dinamiche sociali si sottraggono per larga parte ad ogni indirizzo voluto, le scelte delle strategie per la sicurezza sono collegate al progetto di società che ci si propone di realizzare per l'oggi e per il domani. Vogliamo (estremizzando a tendere) una organizzazione sociale che prefiguri la netta separazione tra gruppi sociali (aree residenziali "bene" protette, espulsione delle diversità, repressione) o a una società sì complessa ma che possa vivere in pace, in cui esistono legami di reciprocità, in cui convivono gruppi diversi, in cui le interazioni e la fiducia prevalgono sulla competizione per il dominio sociale, culturale, di reddito?

Nella prima ipotesi la logica porta a moltiplicare finanziamenti per polizia e carabinieri, insistere su punizioni esemplari, sull'autodifesa fai da te, sul moltiplicarsi delle opzioni repressive. Nella seconda ipotesi bisognerà dar voce alla negoziazione, alla ricerca di ciò che accomuna e unifica, al cambiamento. Questa azione non è pertinenza esclusiva dei Servizi Sociali, ma i Servizi su questo possono fare molto, in particolare nell'ambito della funzione di progettazione sociale nel Servizio – il senso della territorializzazione deriva proprio dal mappare il territorio, vederne e sostenerne le potenzialità, stimolare la crescita della comunità, conoscere, ascoltare e affrontare il disagio non solo a livello individuale (tipica modalità dei Servizi) ma a livello collettivo e lavorando sulla integrazione delle risorse territoriali.

Il metodo di lavoro assunto per il lavoro sugli obiettivi è il lavoro di comunità, nell'ottica del sostegno ai care-giver, e utilizzando i metodi dell'accompagnamento e della prossimità.

### 2.2.2 Contrasto alla fragilità in ambito disabilità

L'area disabilità è andata via via strutturandosi come rete di opportunità con l'obiettivo strategico di integrare nella Comunità le persone con disabilità, attraverso un continuo rapporto con le famiglie, con i servizi e con le formazioni sociali presenti sul territorio (associazioni, gruppi, cooperative sociali, fondazione DdN...) per costruire risposte innovative alle esigenze espresse e attivare progettualità sperimentali che intercettino anche bisogni latenti e potenzialità del territorio.

Il percorso compiuto in questi anni e lo sforzo dei Servizi sociosanitari si sono concretizzati in una strategia di sviluppo dell'offerta territoriale con interventi di rilevanza distrettuale quale prioritario sostegno alla domiciliarità e al caregiver accompagnando la diffusione di buone prassi e modalità condivise di gestione del percorso personalizzato proposto a ciascun utente e alle famiglie.

L'applicazione della legge n.112/2016 sul "Dopo di noi", così come molte istanze sociali evidenziate dal confronto con le famiglie e dalle sperimentazioni condotte in questi anni in forma spontanea da gruppi di famigliari e dai contesti legati a Reggio Città senza Barriere, hanno fatto affiorare nuovi bisogni trasversali ai diversi ambiti della vita della persona disabile, della sua famiglia e della comunità stessa.

La tipologia della domanda è infatti sempre più articolata: crescente è il numero giovani che provengono da percorsi scolastici e formativi e che godono di una serie di opportunità non riconducibili ai servizi; ci sono persone che non hanno fatto esperienza dei servizi per la disabilità, magari per disabilità acquisite, per eventi traumatici e per le quali occorre affiancare ad un costante lavoro riabilitativo e di mantenimento una specifica attenzione sui processi di integrazione sociale, familiare e di contesto, per favorire l'opportunità di mantenere una condizione di "vita indipendente"; ci sono adulti che escono dopo anni dal circuito lavorativo senza possibilità di reintegro e per i quali è inadeguata la proposta sociooccupazionale; le diverse fasi della vita della persona disabile così come le sue evoluzioni - richiedono una rinnovata attenzione a tutti i quegli aspetti che più le qualificano e le connotano dalla costruzione identitaria, alle dimensioni affettive relazionali, alle aspettative e ai desideri.

Tutto ciò investe i Servizi - e l'intera comunità - della necessità di riformulare il paradigma d'approccio alla disabilità, declinato a partire sull'asse descrittivo della normalità: partendo dall'analisi e dall'osservazione del qui ed ora che la persona disabile vive, per interrogarsi, confrontarsi, progettare.. quali siano le problematiche e gli ambiti di approfondimento e di evoluzione che abbisognano di attenzione, sostegno, accompagnamento, facilitazione, in dialogo con famiglia e contesti comunitari.

Al contempo è imprescindibile il supporto ai care givers, che si trovano ad affrontare un percorso evolutivo sfidante e faticoso, per supportare, facilitare, mediare, apprendere ... in un dialogo costante fra desiderio di autonomie e piena realizzazione della persona. E così, ad esempio:

(PRE-)NASCITA: è necessario valorizzare la famiglia e le competenze genitoriali, accompagnare le dimissioni in modo protetto, supportare la famiglia nel poter immaginare e progettare una vita di qualità per sé e per il proprio bimbo.

INFANZIA: è necessario valorizzare la famiglia e le competenze genitoriali, accompagnare e valorizzare la soggettività e le competenze del bambino. Nel percorso scolastico e nel contesto scuola sono da sperimentare e individuare le leve di apprendimento più adeguate alla persona e le strategie di inclusione e di reciprocità con i gruppi classe in cui è inserito il bambino.

Fondamentale è l'orientamento e l'accompagnamento tra i diversi cicli scolastici, con la costruzione e il passaggio di informazioni adeguate a raccontare l'identità della persona e delle sue esperienze; per mantenere e incentivare la continuità con i contesti esterni alla scuola, sportivi e ricreativi, come luoghi di socializzazione per il bimbo, ma anche per la sua famiglia.

**ADOLESCENZA:** è necessario valorizzare la famiglia e le competenze genitoriali, ma anche accompagnare e valorizzare le competenze e la soggettività del giovane anche se in contrapposizione alle figure genitoriali, come fase necessaria e propedeutica all'età adulta. La consapevolezza di sé, l'inclusione e la relazione, l'affettività e la sessualità, temi difficili in adolescenza per qualsiasi giovane, diventano temi centrali da trattare nel lavoro quotidiano di supporto e affiancamento ai giovani con disabilità, che, di norma, hanno meno occasioni e opportunità dei loro coetanei di sperimentarsi. La tutela giuridica inizia ad assumere una rilevanza specifica in questa fase di vita. Nel percorso scolastico e nel contesto scuola va proseguita la sperimentazione delle strategie di apprendimento più adeguate alla persona, sviluppando processi relazionali di reciprocità con i compagni di classe, facendo sperimentare a ciascuno l'opportunità di essere al tempo stesso risorsa per l'altro. E' altresì importante mantenere e incentivare la continuità con i contesti esterni alla scuola, sportivi e ricreativi, come luoghi di socializzazione e di svago, ma anche sempre più quali contesti di rispecchiamento e costruzione della propria identità.

**ADULTITÀ:** è necessario valorizzare le competenze e la soggettività dell'adulto, sostenerlo nel progettare e nel realizzare il proprio percorso di vita autonoma, per quanto possibile e desiderata, nello sviluppo di una propria identità sociale all'interno della comunità, e magari anche sul versante lavorativo, con riferimento alla sperimentazione dei ruoli connessi. Va garantita la tutela giuridica, la progressiva emancipazione dai genitori e l'eventuale passaggio del testimone della cura ad altri familiari che talvolta possono vivere con smarrimento e senso di colpa questo cambiamento.

**ANZIANITÀ:** supportare e valorizzare i rapporti familiari esistenti e favorire il mantenimento dei legami e delle relazioni significative. Va garantito il supporto alla domiciliarità, presidiando e sostenendo le competenze e abilità residue della persona e le maggiori autonomie possibili. Se presenti ruoli lavorativi, va accompagnata l'uscita dal MdL e supportata la persona nella ridefinizione della propria identità di pensionato. Vanno presidiati i percorsi di tutela giuridica.

Allo stesso modo, la **DISABILITÀ SOPRAGGIUNTA** richiede interventi mirati e differenziati a seconda della fase di vita in cui accade: accompagnamento e sostegno alla persona e alla famiglia nell'accettazione della disabilità, dei cambiamenti fisici, caratteriali, cognitivi; la riconfigurazione dei propri ruoli sociali, familiari e, se presenti, lavorativi, sia della persona con disabilità, che dei componenti del suo nucleo familiare; il supporto al superamento del senso di disorientamento e di solitudine; l'accompagnamento nella ricerca di nuove autonomie, ...

#### **GLI OBIETTIVI DI SISTEMA**

Da quanto sopra, discendono alcuni obiettivi specifici e concreti per il Sistema dei servizi a favore delle persone disabili, che devono essere assunti come piste di lavoro condivise da tutti gli attori della rete territoriale, per il prossimo triennio, ovvero:

5. riformulare e supportare in modo intensivo e continuativo i contesti progettuali del sistema (UVHM, UVH, equipe dei servizi, ...), con interventi e accompagnamenti ad hoc agli operatori, per aiutare ognuno ad acquisire gli orientamenti sopra citati e a declinarli in situazione, avvalendosi della griglia tracciata come bussola progettuale. In tal senso è inoltre necessario rivisitare le funzioni e il funzionamento dell'UVH;



6. A fronte dei cambiamenti negli investimenti delle risorse dedicate, è necessario **riattraversare l'assetto organizzativo e i dispositivi che accompagnano i percorsi e le progettualità in ambito minori**, riattraversare e riprogettare questa parte del sistema per continuare a sostenere gli obiettivi di integrazione perseguiti in questi anni, **mettendo a valore le conoscenze acquisite**
7. strutturare e sperimentare un contesto progettuale dedicato alla vita autonoma, durante dopo di noi, avendo come focus, non tanto i genitori (*noi*), ma la persona con disabilità, perciò quei passaggi che caratterizzano le fasi di vita di ciascun individuo, con attenzione sia agli aspetti economici e dell'abitare, che a quelli affettivi, relazionali e di coppia (anche portando avanti le progettualità e riflessione avviate nel recente percorso su affettività e sessualità), integrando le competenze del Sistema con nuovi apporti e sguardi, da parte della Fondazione Durante Dopo di Noi di RE, così come di altri attori della rete, mediante percorsi di consulenza legale e psicologica, Amministrazione di Sostegno, etc..., ma anche con altri nuovi apporti ancora da sviluppare;
8. effettuare una revisione degli strumenti progettuali/pianificatori da utilizzare nelle diverse fasi di vita, declinando o rivisitando strumenti specifici (ad esempio il PEI), ma, al tempo stesso, mantenendo uno sguardo completo sulla persona, facendo salvo, nei documenti, l'approccio metodologico delineato, con riferimento al saper fare, ma anche con attenzione al saper essere e saper stare, alla consapevolezza di sé e all'affettività;
9. riformulare l'assetto di servizi del Sistema, compresi quelli accreditati e/o di più lunga data (occupazionali), focalizzando le progettualità di ciascun servizio rispetto a specifici oggetti di intervento, differenziati per fasi della vita e con riferimento a dimensioni oggi da sviluppare ulteriormente nel Sistema dei servizi (co-abitazione, affettività e sessualità, genitorialità, ricerca del lavoro, approccio ai contesti di tempo libero, ...) e rendendo fruibile per ogni utente le risorse presenti nei differenti servizi, che devono diventare permeabili reciprocamente;
10. stringere, intensificare e normalizzare una progettualità congiunta socio-educativo-assistenziale per garantire continuità d'intervento, soprattutto nella fase di passaggio dell'adolescenza - 16/20 anni, mediante una miglior integrazione a livello istituzionale in primis, sia attraverso modalità operative definite da NPIA e dal Servizio Handicap Adulti nel nuovo documento per la *Transizione degli Utenti*, che individuando dispositivi e modalità di lavoro congiunti con Officina Educativa rispetto all'integrazione scolastica, ai laboratori di cittadinanza attiva e ai contesti pomeridiani/estivi di svago e inclusione sociale;
11. parallelamente, altrettanta cura e attenzione deve essere garantita nell'accompagnare il contesto scolastico, oltre che in strettissima collaborazione con Officina Educativa, anche in connessione e affiancamento a SIL/osservazioni scolastiche, attraverso un supporto congiunto ai singoli Istituti Comprensivi, alle realtà scolastiche e ai gruppi classe, mediante azioni di consulenza e formazione all'uopo costruite e declinate in modo specifico nei diversi contesti;
12. proprio dall'esperienza di relazione con le Scuole nasce la necessità di favorire la contaminazione e l'integrazione delle persone fragili attraverso uno sforzo progettuale che assume come centrale la domanda del contesto e che mira a portare valore aggiunto nei contesti, rendendo la fragilità elemento che incrementa le opportunità per tutti i cittadini. Quest'ottica progettuale è da assumere innanzitutto nell'impostazione dei percorsi con e nella scuola, ma anche nell'interazione con altri contesti significativi di socializzazione, quali le associazioni culturali, sportive, ricreative, così come verso quei luoghi della comunità che offrono svariate opportunità (Case della salute, biblioteche, ...) e, non ultimo, nell'organizzazione di eventi (feste, performance, i c.d. "saggi", ...), affinché siano appetibili per tutta la comunità, coerentemente con l'età e la fase della vita per cui sono pensati;

13. sviluppare pratiche ed esperienze che consentano la continuità progettuale tra l'adultità e l'anzianità, creando ponti e collegamenti tra ambiti di riferimento ad oggi distinti (servizi a favore di persone con disabilità e servizi a favore di persone anziane – over 65);
14. sviluppare, in collaborazione con le organizzazioni del territorio e con la Fondazione in primis, percorsi dedicati di supporto, accompagnamento e sostegno anche psicologico ai care givers, come interventi di cura della comunità e del ben-essere delle persone, anche attraverso la sperimentazione di reti di famiglie solidali per garantire supporti reciproci tra cittadini.

#### **GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELLA RETE TERRITORIALE**

Il Sistema a favore delle persone con disabilità in questi anni si è sempre più profilato come rete territoriale che va oltre i servizi istituzionali, dimensione che si cerca di incentivare per favorire una corresponsabilità della comunità civile e il moltiplicarsi di opportunità e sguardi. Per rendere la rete territoriale, perciò per rendere le istituzioni, gli operatori del sociale, le persone con disabilità, le loro famiglie, la società civile, i singoli cittadini, le associazioni, la Fondazione, ....., una comunità che sa accogliersi, supportarsi e accompagnarsi, sono stati individuati tre macro-strumenti:

##### 5. L'INFORMAZIONE, intesa come

- disponibilità di informazioni tecnico-specialistiche su accessibilità, servizi, opportunità del territorio, percorsi e approfondimenti normativi a supporto delle persone con disabilità, ... è stato inaugurato il portale della città accessibile (<http://risorse.cittasenzabarriere.re.it>), sostenuto da Città Senza Barriere – Comune di Reggio Emilia e Farmacie Comunali Riunite, oltre che dall'ASL di RE, che mira a dare informazioni a 360° ai cittadini;
- accompagnamento nella ricerca delle informazioni, che spesso, pur essendoci, diventano irraggiungibili per i cittadini, poiché dislocate in vari siti, contesti, percorsi o rese fruibili da specialisti in momenti o situazioni in cui la persona non è in grado di riceverle e trattenerle. In tal senso, la rete degli Sportelli Sociali del Distretto, così come gli operatori della presa in carico, possono essere supporto per i cittadini nella navigazione del sito e nel reperire le informazioni, ovvero indirizzare alla rete di esperti per esperienza per accompagnamenti mirati;
- conoscenza della diversità, nel senso di dotazione minima di informazioni per poter conoscere la persona con fragilità, per poter dare senso ad atteggiamenti atipici nell'agire sociale che possono spaventare o essere fraintesi, poiché non conosciuti, soprattutto laddove si tratta di agiti di persone che faticano a raccontarsi come identità e come esperienza. La conoscenza e l'informazione vengono assunte come pre-requisito dell'inclusione e dell'integrazione possibile. A questo fine, sono numerose in questi anni le azioni di comunicazione di Reggio Città Senza Barriere; al contempo, la Fondazione ha sviluppato una proposta di "passaporto" per le persone con disabilità, e la cooperativa Casa Gioia sta lavorando a una campagna di sensibilizzazione a favore di persone affette da disturbi dello spettro autistico che manifestano comportamenti problema in ambienti sociali spesso non capiti e rifiutati da molti.

##### 6. la FORMAZIONE PERMANENTE DI TUTTI GLI ATTORI della rete, attraverso:

- azioni di formazione congiunte, come è stato ed è tutt'ora in corso con il percorso su Affettività e sessualità delle persone con disabilità, realizzato a livello istituzionale, con la partecipazione anche delle organizzazioni del terzo settore e di alcuni famigliari;
- pratiche di auto-formazione, che si realizzano attraverso il supporto reciproco tra gli attori della rete, in tavoli di lavoro, accompagnamenti, oltre che in uno stare insieme pubblico-privato-famiglie-utenti in processi di progettazione, discussione e analisi delle criticità;
- l'agire come comunità di prassi, informandosi reciprocamente e sviluppando progettualità e percorsi comuni, anche attraverso lo sviluppo di una newsletter tematica che possa essere

strumento di informazione e crescita per la rete, in grado di fungere da collettore di esperienze e sperimentazioni in essere, opportunità, disponibilità;

7. il MUTUO-AIUTO, da incentivare e sviluppare sempre più sia attraverso la rete di esperti per esperienza costituita da Città Senza Barriere in collaborazione con l'ASL e l'Ospedale S.M.N., che mediante la sperimentazione di reti di famiglie solidali per garantire supporti reciproci, ovvero la realizzazione di percorsi tra pari, in cui l'elemento che accomuna non sia necessariamente la disabilità, ...percorsi ancora da incentivare e sperimentare, ma che si ritiene possano essere risorse preziose per e della comunità.

### **2.2.3. Contrasto alla fragilità nell'ambito Famiglie, Bambini e Ragazzi**

Promuovere politiche a favore dell'infanzia, dell'adolescenza, della genitorialità significa avere a riferimento più linee di intervento che si intrecciano tra loro e che orientano le azioni da mettere in campo.

Le politiche a favore di bambini, adolescenti, giovani adulti e delle loro famiglie si caratterizzano per l'attenzione ai diritti soggettivi, su cui si impernano tutte le azioni e le strategie messe in campo come sistema sociale, educativo, sanitario e includono il contrasto alla povertà materiale e alla povertà educativa e culturale, il sostegno alla genitorialità, la prevenzione dei comportamenti violenti/devianti, delle violenze coniugali, delle violenze di genere, l'istruzione e l'inclusione sociale e scolastica, la promozione della partecipazione, l'accesso alle cure.

Accompagnare bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità è una funzione complessa e l'attenzione ai diritti assume modalità e forme diversificate a seconda delle condizioni e delle età, orientando le pratiche dei servizi verso la riduzione di quegli ostacoli (materiali/relazionali/educativi, di contesto) che inficiano il percorso evolutivo e partecipativo, promuovendo le risorse personali, familiari e sociali, includendo il più possibile la voce dei minorenni, dei giovani, dei genitori, degli altri adulti nei contesti di vita. Gli interventi e le azioni si caratterizzano nel favorire lo sviluppo globale della personalità di bambini e ragazzi, nella valorizzazione delle personali capacità e diversità (di genere, di cultura, di provenienza, di convinzioni, di sensibilità) come opportunità di confronto e di crescita individuale e collettiva e accompagnandoli nella progressiva conquista dell'autonomia di giudizio e di scelta.

Si caratterizzano inoltre nel supportare i contesti di vita familiari, scolastici e sociali affinché siano in grado di accompagnare lo sviluppo dei bambini e ragazzi e nel favorire e promuovere scambi tra di loro per consentire crescita collettiva dentro un apporto di generatività familiare e sociale.

Imprescindibile è l'investimento sulla comunità locale affinché possa esprimere risorse di prossimità calda, generativa, accogliente, di partecipazione responsabile e collettiva.

“I bambini per crescere e ampliare progressivamente le proprie capacità hanno infatti dei “bisogni” sul piano fisico, affettivo, cognitivo, emotivo e sociale, che sono riconducibili alle loro fasi evolutive e ai relativi compiti di sviluppo e che vanno riconosciuti e soddisfatti nella specificità della storia e del contesto di vita di ciascun bambino. L'approccio bioecologico dello sviluppo umano evidenzia che un bambino cresce in maniera positiva quando gli adulti che si occupano di lui in famiglia e negli altri ambienti di vita (“microsistemi”) interagiscono tra di loro in maniera sistematica e collaborativa (all'interno del “mesosistema”) e vengono accompagnati nel loro ruolo attraverso diverse forme di supporto dal più ampio contesto sociale e culturale. I recenti studi sulla resilienza evidenziano che le persone (e in primis i bambini), le famiglie e le comunità riescono ad affrontare situazioni difficili quando possono contare su diversi fattori di protezione, quando sono aiutate a comprendere e ridurre i fattori di rischio e quando sono capaci di riconoscere le proprie risorse individuali, familiari e sociali e di utilizzarle come aiuto in una modalità ritenuta significativa da loro

stessi e dal contesto socio-culturale a cui appartengono” (linee di indirizzo nazionali sull’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità e la promozione della genitorialità positiva - 2017)

Particolare attenzione va posta ai primi anni di vita dei bambini. In particolare la fascia di età 0-3 necessita di una revisione della governance volta ad una maggiore sistematizzazione di azioni/interventi/servizi e di una peculiare focalizzazione nell’accompagnamento alla genitorialità. Si stima che la prevalenza del disturbo depressivo post-partum si collochi tra il 13 e il 15 %. Questo dato richiede attenta riflessione tra gli attori coinvolti. Sarà necessario approfondire il tema della povertà materiale e della povertà educativa in questa fascia di età per orientare in modo più consapevole azioni a supporto della genitorialità e di prevenzione a forme di neglette che possono compromettere diverse aree di sviluppo dei bambini. Un investimento prioritario andrà dedicato a realizzare interventi di home visiting, quale strumento privilegiato per la prevenzione in questa fascia di età.

Le politiche che orientano i servizi sociali, educativi, sanitari alla tutela e alla promozione dei diritti sono volte quindi ad accompagnare con maggior efficacia le traiettorie di vita e i percorsi evolutivi lungo un continuum che va dalla promozione alla prevenzione alla protezione e che prevede le risorse specialistiche dove servono, senza gap.

La complessità e spesso la frammentarietà dell’intervento dei diversi soggetti impegnati nel lavoro di accompagnamento di bambini e famiglie, insieme al rapido mutamento delle configurazioni familiari e degli assetti sociali che fa emergere di continuo nuove problematiche, richiede un puntuale raccordo tra le istituzioni e i relativi servizi nell’area sociale, delle politiche abitative, della salute pubblica, della scuola, dei servizi educativi per l’infanzia e, in alcuni casi, dell’Autorità Giudiziaria. Il superamento della frammentazione, delle mancanze di cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, delle rotture nei percorsi di presa in carico e quindi il miglioramento della governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica non settoriale, ma trasversale e unitaria resta ancora un obiettivo da perseguire, pur apprezzando nella nostra realtà uno sforzo complessivo verso l’integrazione delle politiche e dei servizi.

Nell’ambito della genitorialità si colloca anche quella vulnerabilità adulta che rappresenta una delle principali emergenze sociali di questo nostro tempo. Sempre più persone infatti, per una serie di cause concomitanti (crisi economica, crisi del tessuto familiare e relazionale, fragilità psicologica ed emotiva) rischiano di trovarsi in una condizione di difficoltà rispetto alla quale spesso non riescono a trovare gli strumenti per reagire. Si tratta di un’utenza diversa rispetto a quella che tradizionalmente è stata seguita dai Servizi sociali e che, a differenza di questa, non ha bisogno soltanto di un aiuto economico, ma soprattutto di un supporto educativo e relazionale che l’aiuti a ridefinire la propria modalità di gestione personale e familiare e di utilizzo delle proprie risorse economiche, in una logica di “rafforzamento” che ne consenta la progressiva autonomizzazione. La povertà economica infatti è determinata da una multifattorialità che richiede un approccio complesso e non lineare di tipo partecipativo, basato sul dialogo, la fiducia e la responsabilizzazione, che consenta ai singoli e alle famiglie di assumere gradatamente un atteggiamento proattivo rispetto alla propria situazione per cercare di reagire e superare la situazione di difficoltà, prevenendo l’ingresso in circuiti di cronicità assistenziale e/o eventuali istituzionalizzazioni.

Si individuano principalmente in questi ambiti lo sviluppo di quattro linee di lavoro.

**La prima linea** richiede di investire congiuntamente nella direzione di costruire tutele sociali, educative, sanitarie che abbiano al centro l’interesse dei minorenni, orientando le risorse in modo elettivo verso il continuum della prevenzione, promozione e protezione, in congruenza ai loro bisogni evolutivi, favorendo la permanenza presso la famiglia e il contesto di appartenenza quando possibile, attivando però anche forme di allontanamento appropriato laddove necessario.

Evidenzia la primaria importanza di investire costante attenzione ai contesti di vita, alla circolarità e alla corresponsabilità tra servizi pubblici e privati, ma anche tra privati stessi e nelle diverse forme in cui la comunità si esprime (privato sociale, terzo settore, associazionismo, ecc.), per la promozione di quella “genitorialità sociale” così necessaria oggi per contrastare forme di ritiro, di esclusione o sacche di degrado che possono condizionare e coltivare forme occulte di disagio.

Ciò si esplica attraverso:

- la promozione di possibilità di inclusione, valorizzazione dei contesti sociali e familiari protettivi, creazione di connessioni tra i diversi ambienti di vita (la scuola in primis) e il favorire i tutori di resilienza, l'intercettazione il più precocemente possibile delle difficoltà genitoriali (materiali, educative, culturali), i rischi e le loro amplificazioni, il sostegno, la visibilizzazione, il potenziamento delle competenze di protezione e di cura dei genitori, ma anche - in uno sforzo e in un riconoscimento di corresponsabilità - le competenze di protezione e cura del contesto, della comunità, delle altre organizzazioni, come leva di supporto e di integrazione, con particolare attenzione alle fasce di età 0-3;
- la promozione nella comunità, anche attraverso la condivisione con il privato sociale e le altre organizzazioni, di attenzione ai fenomeni, ampliando i luoghi di ascolto, confronto e di scambio di letture, conoscenze, esperienze e il favorire l'assunzione di comportamenti legati a consapevolezza e responsabilità.
- la realizzazione di effettiva prevenzione delle situazioni di trascuratezza e trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, anche tramite azioni di promozione della genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini: riconoscere con competenza e favorire con tempestività ed appropriatezza gli interventi laddove non è possibile la permanenza dei bambini e ragazzi presso la propria famiglia, garantendo accoglienza nei luoghi e nei tempi necessari e promuovere partecipazione, attenzione e attivazione della stessa comunità sociale attorno a queste forme di accoglienza.
- l'accesso alle cure specialistiche per i minorenni vittime di traumi complessi e l'accesso alle cure per i genitori laddove questo inficia la responsabilità parentale.
- la necessità di riattraversare contenuti e assetti dei servizi per verificarne la congruenza e l'attualità.

**La seconda linea** è volta a incrementare gli scambi e l'integrazione tra servizi e istituzioni scolastiche. La scuola è una componente importante nella vita e nello sviluppo dei bambini e ragazzi ed è un nodo fondamentale della rete dei servizi. Ciò richiede particolare attenzione a:

- garantire a tutti i cittadini servizi e opportunità di accesso e frequenza scolastica conformi alle prescrizioni di legge, in una costante ricerca di migliori standard di qualità e trasparenza; incoraggiare l'innovazione didattica, l'approccio interdisciplinare e le sperimentazioni di nuovi contesti di apprendimento;
- sostenere le logiche di partecipazione degli alunni/studenti e delle famiglie quali cittadini attivi alla vita delle scuole e della città; consolidare la rete dei servizi e progetti educativi territoriali rivolta a tutti i bambini e ragazzi della città, valorizzando gli apporti del privato sociale e dell'associazionismo;
- promuovere percorsi integrati di formazione e ricerca per operatori dei diversi servizi ed insegnanti valorizzando scambi, intrecci e alleanze tra le diverse professionalità a partire dalle coprogettazioni e utilizzando, laddove possibile, documentazioni condivise, qualificando così una più avanzata professionalità e cultura del sistema;
- Sostenere la circolarità tra famiglia/scuola e servizi per sviluppare una comunità di apprendimento e di relazioni positive per i bambini, i ragazzi e le loro famiglie.

**La terza linea** di lavoro vede una attenzione specifica agli adolescenti per svilupparne il protagonismo, il confronto tra ragazzi stessi, favorirne la creatività, lo sviluppo dei talenti, la partecipazione attiva alla vita della città attraverso un impegno intelligente che mette a valore le loro competenze e supporta le loro autonomie. Questa linea si concentra sulla condivisione tra Istituzioni e privato sociale di risorse, strategie, competenze per la realizzazione di un patto per le giovani generazioni che sostenga in particolare:

- il benessere, con riferimento ad azioni che favoriscano il successo formativo di tutti gli studenti, azioni di contrasto della dispersione scolastica, alla prevenzione di fenomeni di bullismo, alla realizzazione di progetti per favorire l'integrazione fra persone di cultura diversa, alla prevenzione al consumo di alcol, fumo e sostanze stupefacenti, alla promozione dell'attività sportiva per tutti
- la creatività giovanile, attraverso la formazione dei giovani talenti, la rete degli spazi, le opportunità per sviluppare competenze qualificate utilizzando linguaggi creativi ed espressivi generativi di forme innovative di protagonismo attivo e attento alla comunità
- la partecipazione attraverso varie forme di opportunità.
- il continuum tra promozione, prevenzione, protezione vede in questa linea anche un investimento per l'ambito sanitario di maggior integrazione tra diversi servizi e un orientamento a sviluppare forme di accesso multiple ai servizi specialistici.

**La quarta linea** di intervento vede un investimento prioritario nel riattraversare e riattualizzare il sistema di accoglienza familiare. Negli ultimi anni si è evidenziata una crisi del modello di accoglienze familiari cui eravamo storicamente abituati, che si è palesata con la diminuzione della disponibilità da parte delle famiglie accoglienti. I modelli valoriali, sociali, educativi uniti ai diversi assetti familiari e alle congiunture economiche hanno trasformato la capacità di tenuta dei nuclei e quindi la relazione tra servizi e comunità e l'attivazione civica anche in questo ambito. L'apertura e la disponibilità all'accoglienza oggi vanno riattraversate per essere ricollocate dentro un modello di cittadinanza attiva che richiede interrelazione tra famiglie, servizi, cooperazione, associazionismo, istituzioni scolastiche a partire già dalla prima infanzia. In questa linea di azione si rintraccia la necessità di ricostruire appartenenze a modelli di condivisione e responsabilità sociale attuali anche attraverso assetti organizzativi diversi, strumenti e linguaggi innovativi, parti di componenti sociali da sollecitare.

L'approccio ecosistemico e relazionale, fondato sull'integrazione, sull'interdipendenza, sulla centratura alla persona con attenzione alle interrelazioni, che ben interpreta la modalità con cui prioritariamente si chiede ai servizi di tradurre queste linee di lavoro, unito alla capacità di fare sintesi dei saperi dentro una cornice rigorosa di apprendimenti fondati su teoria-prassi-teoria fornisce ai soggetti del pubblico e del privato sociale che compongono il sistema locale dei servizi rivolti ai minorenni, alle giovani generazioni e alle loro famiglie un riferimento di metodo.

Il paradigma proposto assume non solo la dialogicità tra Servizi/istituzioni/organizzazioni diversi e famiglie nella progettualità, ma anche la co-valutazione come elemento qualificante su cui fare concreta esperienza con le persone coinvolte. Metodologia partecipativa da sperimentare e da cui è possibile apprendere per valutare e riprogettare.

Riconosce inoltre che processi, esiti e contesti si influenzano a vicenda. Il protagonismo teso a far emergere e a valorizzare le potenzialità e le autonomie, nel rispetto della soggettività di ciascuno, alimenta la tensione allo sviluppo delle risorse individuali, prevedendo e sperimentando forme comunicative e strumenti diversificati che favoriscano la reciproca interazione.

Le quattro linee di lavoro, pur approfondendo aspetti di vita e contesti parzialmente diversi, si intersecano tra loro. Sta in questa cornice condivisa la declinazione dei diritti dell'infanzia,

dell'adolescenza e la promozione delle giovani generazioni e delle loro famiglie e rappresenta ciò che il sistema oggi prioritariamente assume come direttrici, con attenzione responsabile di fronte alle complessità e alle difficoltà crescenti di queste fasce di età nei contesti in cui vivono, ma anche alla grande potenzialità che esse rappresentano per la comunità, che a sua volta è chiamata ad essere protagonista attiva.

#### **2.2.4. Contrasto alla fragilità ambito Salute Mentale e Dipendenze patologiche**

La cornice generale nella quale il sistema dei servizi ha operato in questi anni, con attenzione ai dispositivi di apertura a nuove esperienze e all'evoluzione dei contesti, con un orientamento al confronto, alla formazione degli operatori a partire dalla casistica e dalla quotidianità delle scelte operative; l'interesse rivolto ai contenuti, ai processi di lavoro che hanno comportato la conoscenza e la caduta di pregiudizi, la tessitura di relazioni umane e professionali, il confronto su temi cruciali per i servizi, l'apporto motivato dei diversi operatori coinvolti e l'ampliamento di rapporti di fiducia, sono alcuni degli aspetti che hanno sostenuto il percorso di integrazione fra i vari servizi, creando le premesse necessarie per raccordare e consolidare la rete dei servizi con i soggetti sociali presenti nel territorio che a vario titolo concorrono alla creazione del benessere all'interno della comunità locale, con particolare riferimento a questo ambito della programmazione sociosanitaria.

#### **Ambito dipendenze**

Gli scenari: le nuove dipendenze e il mondo giovanile. Le fragilità che emergono da una prima lettura e analisi del panorama giovanile mettono in evidenza la necessità di rinforzare una funzione educativa trasversale alle diverse realtà che in esso vi operano, che ne alimenti, ne sostenga e rinforzi le competenze anche attraverso nuovi dispositivi (ad esempio una rivisitazione del consultorio, nuove connessioni con e tra gli sportelli nelle scuole, azioni più collegate con le agenzie educative..).

La Mappa delle Offerte: come può riformularsi in relazione ai bisogni emergenti? C'è la necessità di colmare il gap fra bisogni frammentati, complessi, poco prendibili e difficilmente avvicinabili con gli strumenti tradizionali e l'organizzazione dei nostri servizi. E in particolare richiedono priorità di attenzione:

- *la lettura dei fenomeni sociali e le nuove povertà, i consumi e stili di vita e nuove dipendenze: collaborazioni e co-progettazioni con i diversi attori sociali e la comunità;*
- *l'ambito penale, citando ad esempio: "Progetto dimittendi", la Salute Mentale in Carcere.*
- *connessioni progettuali con alcuni specifici servizi e in particolare: Luoghi di Prevenzione - Centro Alcológico, i Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto*
- *il gioco d'azzardo così come definito in SCHEMA DI "PIANO LOCALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO" OBIETTIVI GENERALI (RIF. PIANO REGIONALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO 2017/2018 (DGR 2098 del 20/12/2017)*

Utilizzo strutturale dei dati per una progettazione mirata: è necessario gestire e utilizzare un flusso di dati connessi al funzionamento/andamento dei diversi servizi e interventi (a prescindere dalle agenzie e realtà coinvolte) per monitoraggio, valutazione e miglioramento Servizi (alcuni esempi: funzionamento Uvm, report di attività, connessioni con monitoraggio Accordi di fornitura).

#### **Ambito salute mentale**

Rimane centrale l'obiettivo di riuscire a costruire alleanze progettuali tra organizzazioni differenti che insistono nella comunità per una prima e imprescindibile condizione che è l'ascolto delle pressanti istanze sociali non affrontabili con le tradizionali modalità e i tradizionali approcci; ciò richiede proattività, accompagnamento, consulenza tra servizi e orientamenti motivazionali, lavoro di e con la comunità. In questa logica va riaffermato che il valore irrinunciabile è l'apertura al sistema di comunità e, quindi, il superamento del "ripiegamento" sul sistema di cura.

L'attenzione andrà quindi rivolta all'intervento precoce (non solo acuto o cronico), all'area adolescenti/giovani adulti; sarà utile un confronto più puntuale sulla allocazione e l'utilizzo delle risorse a disposizione del sistema; a quest'ultimo proposito andranno raffinati sia la lettura condivisa dei dati sia la individuazione di dispositivi e strumenti di valutazione, andrà meglio articolata e "mantenuta" la coprogettazione con il Privato Sociale.

Le azioni principali da sviluppare divengono pertanto:

- agire la presa in carico integrata il più precocemente possibile
- sviluppare l'ambito delle consulenze reciproche
- sviluppare la coprogettazione con il Privato Sociale e il volontariato,
- sviluppare il lavoro con la comunità
- facilitare l'accesso ai servizi.

Riattraversando i diversi dispositivi e funzionamenti connessi al sistema dei servizi (pubblici e privati) si individuano alcune conseguenti scelte operative, così in particolare:

- le UvM: andrà sostenuta l'acquisizione di una loro sistematicità, riconoscendone l'efficacia nella valutazione e nella progettualità; in tal senso, ne va curata la manutenzione, e nell'ambito del Budget di Salute ridefinito il senso della UVM in coerenza con quanto individuato anche nelle recenti linee guida regionali;
- il lavoro con le famiglie, richiede di aprire il confronto, oltre a sviluppare un approccio orientato alla comunità anche in ottica preventiva e non solo ripartiva, nella consapevolezza che investire sul lavoro con l'"esterno" comporta un grande sostegno/accompagnamento agli operatori nell'assumere il contesto quale protagonista coprogettante con cui sviluppare interazioni progettuali in dialogo costante;
- la prevenzione: andranno sviluppate modalità di azione anche in collegamento alle Case della Salute. Va assunto il sistema, la prossimità come orientamento (ad oggi solo il consultorio giovani esce per lavorare sulla prevenzione, e con risorse limitate);
- l'utilizzo appropriato dei dati implica la legittimazione del GRI (Gruppo Interistituzionale-Ausl e Comuni) come spazio in cui portare dati "sensibili" a vari livelli;
- il superamento del Servizio troppo medico centrato (anche in virtù della contingenza che vede la difficoltà a reperire psichiatri) comporta una ridefinizione dei ruoli dei vari operatori nell'ottica di riequilibrare e riallocare la funzione riabilitativa;
- l'attenzione alle situazioni meno gravi, ma non per questo meno problematiche (spesso conosciute solo dai Servizi Sociali o dalle agenzie del territorio e dalla comunità), nelle quali il disagio non è solo psichico ma anche sociale e relazionale, interroga sulla opportunità di investire su altre figure professionali oltre che sperimentare e sviluppare modalità di lavoro più centrate sulla comunità e sul protagonismo delle persone destinatarie dei nostri servizi.

•  
**OBIETTIVI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2018/2020:**



La consapevolezza della difficoltà di recepire, assimilare e riproporre autonomamente i nuovi approcci metodologici proposti anche dal Budget di salute, richiede la ridefinizione dei contesti tecnico-organizzativi per cui obiettivi per il prossimo triennio saranno:

- **Promozione e monitoraggio delle UVM** salute mentale e dipendenze per poter valutare l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari territoriali e ospedalieri, le forme di collaborazione e corresponsabilizzazione tra pubblico e privato; nonché definire ed affinare gli strumenti contabili-amministrativi, le tecniche e i metodi di lavoro impiegati dagli operatori e alle conseguenti azioni formative.
- costruzione di un **modello Budget di Salute**, comprensivo di tutti gli aspetti che gli sono propri, per rispondere in modo complessivo ai bisogni degli utenti che ne saranno i destinatari, anche in base alla valutazione da parte DSM-DP di Reggio Emilia dell'esperienza col Privato Sociale dell'appalto di servizio di sostegno e accompagnamento, offerto ad un'utenza con caratteristiche di particolare gravità, in carico ai Servizi della salute mentale (SSM) del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) dell'AUSL di Reggio Emilia, volto al recupero di autonomie nell'area dell'abitare della gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso l'effettuazione di interventi educativi ed abilitativi domiciliari.
- strutturazione degli interventi a supporto della **domiciliarità** perseguendo il continuo miglioramento nell'abitare e nella gestione del quotidiano, individuando possibili nuove sistemazioni individuali e/o di gruppo (convivenza), operando per migliorare la qualità di vita in un'ottica di autoefficacia e di recovery, per attivare legami, per favorire spostamenti strutturali e di contesto (dimissione da contesti residenziali e inclusione sociale). A tal fine si dovranno mettere in campo tutte le strategie necessarie affinché le persone in cura possano vivere in luoghi meno supportati, che incentivino autonomie. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività del servizio per il supporto all'abitare va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio nonché degli Enti Locali. La casa, non solo come spazio fisico ma anche come luogo di relazioni e significati relativi all'abitare, di messa alla prova di risorse, di tessitura di reti, rappresenta un tema sul quale operare costanti approfondimenti, connessioni e sperimentazioni.
- I diversi Servizi hanno già intrapreso strategie di **coinvolgimento delle famiglie** anche attraverso percorsi dedicati (psicoeducazione, corsi info-formativi, formazioni trasversali...) che tuttavia oggi necessitano di una maggiore integrazione di approcci psicologici, relazionali, sociali a livello di sistema. Le Associazioni dei Familiari e singoli familiari sono partecipi nella lettura comune delle problematiche ricorrenti che sono chiamati ad affrontare nel ruolo di care-giver. Di recente sono stati avviati collegamenti con la Fondazione Dopo di Noi. L'esperienza sin qui realizzata restituisce la necessità di rafforzare il confronto su queste tematiche per sperimentare nuovi contesti in cui familiari conviventi e reti familiari siano riconosciuti come portatori di risorse/beni relazionali e materiali, e in tale funzione possano trovare un sostegno nei servizi e nella comunità.
- **Dimissioni difficili**: Sono stati solo avviati sporadici approfondimenti relativi alle dimissioni dalle strutture sanitarie di Salute Mentale: questo è un terreno che richiede maggiore attenzione: in particolare riguardo al SPDC sono da chiarire i percorsi attivabili per le

dimissioni tempestive in caso di ricovero improprio con particolare riferimento alle situazioni psicorganiche e alla possibilità di usufruire di risorse dedicate alle dimissioni protette ASMN; riguardo alle Residenze psichiatriche sono stati prese in esame in UVM situazioni di utenti "lungodegenti" che hanno messo ulteriormente in evidenza la necessità di rivalutare i rapporti fra Residenze, CSM e Servizi Sociali, sia per quanto riguarda le reciproche procedure di attivazione, sia gli assetti organizzativi funzionali alla costruzione tempestiva del progetto di dimissione e di vita.

- **Accompagnamento al lavoro.** È stata ricondivisa una cornice di precarietà, competizione, scarsità di offerte che ha richiesto di superare i paradigmi occupazionali sui quali si sono sostenuti i diversi servizi. L'introduzione della normativa regionale (L.R. 7/2013 e L.R.14/2015) ha incentivato la rilettura e la riformulazione dell'approccio progettuale all'accompagnamento lavorativo segnando una più netta demarcazione fra percorsi di inclusione sociale e inserimento lavorativo. In questo senso i nuovi percorsi – di tirocinio e di inclusione sociale – offrono ampie occasioni di analisi e di studio. Le collaborazioni con i professionisti del privato sociale nell'ambito della ricerca attiva del lavoro hanno favorito esperienze che valorizzano l'occupabilità di persone con disagio psichico e, in particolare, la competenza per esperienza delle persone che hanno fatto un percorso personale formativo per essere di supporto ad altre persone in difficoltà (Facilitatori Sociali) Anche sul tema lavoro sono da promuovere approfondimenti e sperimentazioni di percorsi inediti tesi a reperire risorse non convenzionali che richiedono una diversa attivazione dei servizi.
- **area adolescenti/giovani adulti.** Nuovo ingaggio progettuale in forte connessione con il Tavolo adolescenti, per lo sviluppo applicativo del progetto adolescenza RER e le recenti normative correlate. **Obiettivi prioritari:** assumere l'adolescenza come fase evolutiva e non solo nelle sue manifestazioni problematiche e di criticità sviluppando azioni di sistema volte a sviluppare una cultura dei servizi più consapevole e competente, in grado di dialogare e costruire percorsi con i ragazzi/giovani, le loro famiglie, la comunità e le agenzie coinvolte. Facilitare l'accesso ai giovani con percorsi dedicati, anche di prossimità, con un lavoro sulla famiglia ed una collaborazione con istituzioni e servizi del territorio come scuole, spazi giovani dei consultori, servizio sociale minori, servizi e offerte degli Enti locali e di definire percorsi di cura differenziati per adolescenti e giovani adulti, con particolare attenzione alle aree di integrazione tra servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Emergenza/Urgenza, Servizi minori e Servizi sociali degli Enti Locali. Azioni: definizione delle tipologie destinatari, rivisitazione dei servizi, interazioni con i contesti esterni; ruolo delle famiglie agenzie educative).
- **Area Riduzione del Danno sociale e Sanitario, Servizi di prossimità e rete a contrasto della marginalità e delle** forme di disagio sociale correlate. Area nuova immigrazione e spazi di interazione con la comunità. Nuovi interventi. Nel corso degli anni l'area della RdD e dei rischi sociali e sanitari ha trovato nel nostro distretto una nuova riconfigurazione arricchendosi di figure di operatori e dispositivi: anche in questo ambito è necessaria una più efficace messa a sistema delle risorse in coerente evoluzione con i nuovi bisogni emergenti nella ricerca costante di dialogo fra la persona, il suo disagio e i contesti comunitari che sempre più spesso esprimono rivendicazioni e soluzioni legalitarie, espulsive. La riduzione del danno non va considerata come singolo servizio o un intervento a livello singolo, come approccio di sistema orientato ad un obiettivo più di salute. Gli

strumenti di Riduzione del danno servono nel momento in cui sono finalizzati ad un sistema di prevenzione e tutela della salute. **Obiettivi:** Sviluppare dialogo e interazione con i vari gruppi di operatori per condividere letture psicosociali, riposizionamento degli interventi per evolvere in un obiettivo di salute. Osservare ciò che succede e come il fenomeno si rappresenta nei vari luoghi.

- **Doppia Diagnosi/doppio assetto; autori di reato; gioco d'azzardo; e percorsi di cura integrati.** Questi ambiti d'intervento necessitano di una più attenta messa a fuoco dei diversi aspetti progettuali: da qui l'esigenza di costruire una mappa conoscitiva delle problematiche connesse e dei fenomeni sottesi, oltre che dei contesti e delle tipologie di destinatari.

### **Priorità e dispositivi di accompagnamento dell'intero processo**

Per una efficace traduzione operativa degli indirizzi prioritari sopra individuati - così come indicato nell'accordo di programma a cui si rinvia per i dettagli operativi - risulta funzionale una ricomposizione per aree tematiche a cui far corrispondere gruppi di lavoro finalizzati, con oggetti di lavoro definiti e circoscritti (così come sotto richiamati). La loro composizione può variare a seconda di specifici contenuti e/o tematiche di approfondimento: se ne individuano alcuni referenti per l'accompagnamento e coordinamento operativo; è da rafforzare e riformulare la presenza e ruolo del privato sociale, dei contesti comunitari e, dove possibile, di utenti e/o familiari, secondo modalità funzionali all'oggetto di lavoro e secondo obiettivi definiti.

La tenuta complessiva e il supporto trasversale sono assicurati dal Gruppo interistituzionale, che mantiene la sua funzione originaria così come definito nel documento generale (accordo quadro per l'integrazione socio-sanitaria). In un processo di dialogo coprogettante con i diversi livelli istituzionali interni ed esterni, assume le priorità d'indirizzo strategico curandone le implementazioni; presidia e accompagna i diversi segmenti progettuali, siano essi più specificatamente correlati all'area dipendenze o all'area della salute mentale; esercita le funzioni di governance, sostiene il dialogo e le interazioni con il privato sociale, le famiglie e la comunità. Rientra nei compiti prioritari di questo gruppo come far sì che si creino forme di interazione/contaminazione/comunicazione, fra le diverse esperienze, sperimentazioni e le innovazioni che il contesto sollecita o esprime, senza blindare l'operatività dei servizi, bensì, aprirla a stimolanti contaminazioni.

## 2.3 La programmazione sociale e socio-sanitaria del Distretto come elemento portante del sistema

### Premessa

I Comuni, nel nostro paese, programmano e gestiscono i servizi assistenziali destinando a quest'area di intervento una quota rilevante del proprio bilancio nelle aree famiglia e minori, anziani, disabili, adulti in difficoltà, immigrati.

Gli Enti locali danno vita ad azioni di governance su più fronti: nello sviluppo economico attraverso l'interazione con le imprese, nella promozione locale con azioni di marketing territoriale (turismo, cultura...), nella promozione del benessere sociale in termini di sicurezza, di qualità della scuola, di positiva interazione tra gruppi sociali e nella presa in carico di fasce che mostrano maggiore fragilità (minori, anziani, disabili e in generale chi è in difficoltà nell'inserimento nel tessuto sociale collettivo).

Le modalità con cui i Comuni assolvono alla responsabilità di offrire risposte ai bisogni sociali ritenuti di interesse pubblico su un determinato territorio sono riconducibili principalmente a: produzione diretta di servizi, acquisto di prestazioni o servizi da fornitori privati, soprattutto no profit, la regolazione del mercato dei produttori privati di servizi sociali (es: autorizzazioni al funzionamento dei servizi).

I Comuni, per la programmazione e gestione associata dei propri servizi sociali, danno vita a reti assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie (sia tecniche che politiche), cioè a sistemi a connessioni più o meno forti in cui i componenti sono autonomi nell'azione ma uniti tra loro da legami più o meno stretti di interdipendenza (es: FRNA, salute mentale, coprogettazione ecc.). Le Aziende USL hanno assunto da molti anni una struttura legata ai Distretti territoriali che negli anni è stata continuamente rafforzata e messa al centro delle reti socio-sanitarie e sanitarie nella funzione di committenza. Le reti di cui si parla sono reti sia pubbliche (tra titolari di funzione e tra titolari di funzione e produttori di servizi pubblici) che pubblico-private.

Comuni ed USL sono al centro di reti pubblico-private ogni qual volta si rende opportuno o necessario il coinvolgimento delle forme attive presenti localmente per offrire risposte articolate alle domande di assistenza ed una lettura più ampia dei bisogni della comunità locale. I contenuti della programmazione e del controllo strategico di rete possono declinarsi in vari livelli:

- condivisione dell'analisi della domanda, della rappresentazione del sistema di offerta, della quantificazione delle risorse assorbite dal sistema fino ad arrivare ad una valutazione comune dell'efficacia degli interventi in termini di copertura pubblica e privata della domanda e dei bisogni.
- costruzione di un sistema coordinato di accesso, orientato verso l'utenza e l'orientamento dei servizi agli utenti in particolar modo attraverso la creazione di unità di valutazione multidisciplinari e multi professionali.
- progettazione di servizi integrati, coordinamento nella erogazione dei servizi e nella realizzazione dei progetti con obiettivo la continuità assistenziale e i progetti di vita e di cure.

La programmazione sociale e socio-sanitaria del Distretto come elemento portante del sistema

I principali elementi che sono motore delle connessioni di livello distrettuale nell'ottica delle reti assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie di cui questo distretto si avvantaggia sono:

- una *mission* istituzionale delle amministrazioni pubbliche più volte esplorata e che fruisce di un clima sociale finora molto supportivo (alto livello di soddisfazione registrato nella cittadinanza per i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari)
- la definizione di obiettivi strategici comuni con alti livelli di connessione operata negli anni con il lavoro nella programmazione di zona, nell'Ufficio di Piano, negli Accordi di Programma. Si sono nel tempo create unità organizzative dei nodi della rete (su tutte l'Ufficio di Piano, ma anche i Gruppi

Interistituzionali di gestione e monitoraggio degli Accordi di programma, il SAA, il PUA e la rete delle Unità di valutazione settoriali) incaricate espressamente alla connessione che nel tempo hanno costituito una nuova meta-organizzazione di riferimento.

- il diffuso clima di fiducia interistituzionale e nei rapporti con il privato sociale
- l'esistenza di canali di comunicazione con il supporto di un sistema informativo, in particolare nell'area della non autosufficienza (vedi sezione SISTEMA INFORMATIVO)
- l'assunzione di logiche di lavoro multiprofessionali nella progettazione dei servizi, nella valutazione di accesso ai servizi e nella valutazione dei casi e nella erogazione stessa dei servizi (vedi sezioni UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALI, CASE DELLA SALUTE, PUA, SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI)
- la diffusa e costante nel tempo presenza di accordi tra le parti pubbliche sul livello strategico (es. accordi di programma, regolamenti, linee guida), ma anche la linea tenuta nei rapporti di fornitura con il privato (es. contratti di servizio, convenzioni e protocolli di intesa) nei quali viene sempre dichiarato il metodo di lavoro e vengono definiti i termini del patto relativamente alle forme di cooperazione attuabili, di risorse messe a disposizione, di obiettivi strategici condivisi e di tempistiche della collaborazione (vedi sezione focus su PROMOZIONE EQUITA' DI ACCESSO NEGLI AMBITI SOCIALE, SOCIO-SANITARIO E SANITARIO). In particolare, gli Accordi di Programma sociale – sanitario allegati a questo Piano di Zona, rappresentano un documento programmatico fondamentale rispetto alle reti di connessione socio-sanitarie praticate dal distretto e agli obiettivi strategici condivisi.

### 2.3.1 Ufficio di Piano e accreditamento

L'Ufficio di Piano appare come uno degli snodi fondamentali della governance distrettuale, in quanto luogo di confronto, discussione ed allestimento degli scenari di analisi, messa a punto, realizzazione, monitoraggio e verifica del socio-sanitario nei suoi vari settori. In particolare l'Ufficio di Piano incentra i suoi lavori nelle aree anziani e disabili e nella gestione del Fondo Regionale non autosufficienza come organismo tecnico di supporto al Comitato di Distretto, ma è luogo di messa a punto anche di accordi distrettuali su tutte le aree, su tutti gli interventi innovativi e sulle strategie di programmazione (Accordi di programma socio-sanitari, nuove misure a sostegno del reddito, programmi distrettuali Dopo di Noi, contrasto al gioco d'azzardo, piano integrato territoriale L. 14, programmazione distrettuale fondi PON connessi al SIA/REI budget di salute, programmazione delle Case della Salute, programmazione Fondo sociale locale ecc.). L'Ufficio di Piano distrettuale si colloca quindi a pieno titolo nella strategia delineata dal PSSR regionale mirata alla definizione di aree trasversali di lavoro e al coordinamento intra-servizi e multi professionale.

Obiettivi strategici di lavoro saranno:

- L'ampliamento delle aree a settori del socio-sanitario e della governance locale ancora non completamente presidiati, in particolare nell'area della salute mentale e delle dipendenze e dei servizi per disabili minori e nell'area emergente della pianificazione delle cure intermedie tra ospedale e territorio (gruppi PAL)
- Il potenziamento delle capacità di governo strategico mediante crescenti strumenti di analisi e verifica del territorio e dell'offerta e domanda dei servizi, tramite costante impegno nell'implementazione di sistemi informativi coerenti, anche a fronte di una crescente richiesta di dati e rendicontazioni da parte dei molteplici soggetti che intervengono sulla programmazione.
- L'ampliamento dell'area socio-sanitaria al rapporto con l'Ospedale e con le cure intermedie anche con l'aiuto del PUA.
- Il sostegno ad un metodo di lavoro da diffondere nei servizi assunto dalle più recenti misure del sistema (budget di salute, REI, Pippi, Dopo di noi) in cui le persone vengono viste e riconosciute in una dimensione globale, nel rapporto con la propria fase di vita, con il proprio contesto, con le proprie risorse e fragilità in una realistica dimensione evolutiva.

L'ACCREDITAMENTO SOCIO-SANITARIO, in particolare, ha fortemente impegnato in questi ultimi anni l'Ufficio di Piano in tutte le sue componenti. Si è investito fortemente sulla creazione di un apparato amministrativo non burocratizzato ma consapevole delle tematiche e dinamiche governate, sulla creazione di linee guida, sugli incontri tra committenza ed enti gestori, sulla continua messa a punto di orientamenti e comprensioni condivise. Il sistema realizzato sembra essere ben consolidato e la manutenzione, pur faticosa, continua. Punti di investimento per i prossimi anni sono:

- La riarticolazione coerente del sistema dei controlli, al momento condotti da una molteplicità di commissioni non completamente coordinate tra loro e con ridondanze, in un ambiente esterno sempre più spinto al controllo e alla diffidenza, nella complessità di un mondo in cui la coesione sociale appare sempre messa in discussione
- L'investimento sulla qualità dei servizi tramite tavoli di lavoro e investimenti formativi da concordare con i gestori, anche con la revisione dei tavoli di lavoro in essere e il ripensamento di un piano di priorità di intervento tale da guidare una coerente rivisitazione della qualità dei servizi prestati.

### **2.3.2 Unità di valutazione multidimensionali e multiprofessionali**

L'Accordo di Programma sulla integrazione socio sanitaria – Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011 individuava nell'Unità di Valutazione Multidimensionale la modalità operativa di declinazione della integrazione socio-sanitaria, per la realizzazione di un modello multidisciplinare e integrato che favorisca lo sviluppo di culture professionali capaci di dialogare tra loro. La centratura sulla comunità e sulla domiciliarità, il superamento del concetto di assistenza per l'universalità dei diritti e dei servizi per "categorie" a favore di servizi "attivi", la connessione strettissima e di sistema tra promozione e inclusione, sono gli orientamenti che hanno guidato e guidano l'azione dei servizi alla persona della nostra zona sociale.

Attraverso lo strumento degli Accordi di programma - estesi a tutti gli ambiti: minori, salute mentale e dipendenze, oltre che disabili e anziani - l'apporto multidimensionale e multidisciplinare trova riscontro operativo imprescindibile per l'assunzione e la traduzione di percorsi innovativi, nella necessità di corrispondere a bisogni complessi. A partire da questo, il lavoro svolto in questi anni a livello distrettuale, e nei differenti contesti con il coinvolgimento delle diverse espressioni sociali, sanitarie e socio sanitarie, oltre che di soggetti del privato sociale e della comunità diversamente rappresentata, ha generato stimolanti esperienze, in termini sia di nuovi approcci e letture alle problematiche sociali, sia sul versante strutturale e operativo.

Questo processo di integrazione/interazione, a partire dai richiami (quali ad esempio la *DGR 1554/2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute"*, i riferimenti contenuti nel PSSR, le linee guida per la stesura dei progetti personalizzati del SIA/REI, il Dopo di Noi, le esperienze PIPPI) non solo normativi, ma prevalentemente metodologici, ha trovato ambiti applicativi differenziati: a partire da una prassi maggiormente consolidata nell'area anziani e disabili, con una struttura operativa definita, gestione delle risorse destinate sul contesto sociosanitario integrato strutturato e finanziato, per giungere ai contesti con una connotazione più valutativa e progettuale così come nell'area minori, salute mentale e dipendenze. Obiettivo prioritario è stato quello di concorrere ad allestire contesti di confronto, lettura e analisi tesi a superare i processi di frammentazione, difensivi o di rimbalzo, nella valutazione e nella costruzione delle opportunità *per e con* i cittadini.

Al tempo stesso, l'organizzazione operativa delle UVM è andata via via articolandosi secondo criteri differenziati a composizione variabile a seconda di corrispondenti finalità: accesso e valutazione, o monitoraggio/verifica, riarticolazione progettuale e multiproblematicità.

Anche l'introduzione delle recenti misure (locali e nazionali) a sostegno del reddito e la legge regionale 14/2015 sono stimoli importanti, quanto terreno fertile, per la pratica di innovative traduzioni operative della capacità dei servizi di sviluppare azioni e dispositivi interattivi, flessibili e coprogettanti secondo il modello multiprofessionale.

#### **Obiettivi per il futuro:**

- Consolidare la pratica dell'UVM come processo di lavoro attorno al quale si assumono e si sviluppano approcci multiprofessionali nella progettazione dei servizi, nella valutazione degli accessi, nella erogazione delle prestazioni e negli accompagnamenti progettuali inclusivi. La presa in carico da parte di servizi adeguati diventa un processo continuativo nel tempo, con approccio multidisciplinare e interventi complessi e coordinati, che coinvolgono gli utenti, la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni del territorio.
- Mettere a fuoco e meglio definire gli ambiti di valutazione e progettazione facilitando il più possibile l'attività attraverso un modello di UVM intesa come processo che potrà essere svolto da un' Equipe Integrata con funzioni e fasi differenti ma da leggersi in modo unitario

e dinamico. Tale processo, di progettazione e valutazione, si estrinseca in diverse fasi:

1. fase della valutazione multidimensionale e multiprofessionale
2. fase progettuale
3. fase del contratto con la persona
4. fase della gestione e delle verifiche

In particolare, la costruzione, revisione e manutenzione di strumenti idonei alla comprensione e gestione di tutte le quattro fasi delineate, in ottica di rendicontabilità e trasparenza delle decisioni assunte e dei presupposti metodologici delle prese in carico e dei progetti effettuati.

- Acquisire strumenti di maggiore comprensione della realtà organizzativa di appartenenza , creare spazi di riflessione sulla propria pratica professionale e costruire insieme strumenti tecnici ed operativi che consentano agli operatori di affrontare insieme e con un linguaggio condiviso, realtà sempre più complesse.
- accompagnare le applicazioni operative delle Uvm nei diversi contesti progettuali per promuovere e sostenere percorsi di rielaborazione /formazione congiunta tra le figure di professionisti diversi (per appartenenza, cultura e competenze) ma chiamati a cooperare nell'accogliere, accompagnare affiancare e sostenere e prendersi cura di persone non autonome e/o fragili.

### **2.3.3 Case della Salute**

Le Case della salute (CDS) rappresentano un punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure primarie, un luogo in cui si realizza l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità nell'assistenza , la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano dell'assistenza ospedaliera. Le case della salute sono il luogo ideale per la realizzazione di modelli assistenziali fondati sul paradigma della medicina di iniziativa. Elementi fondanti di questo approccio assistenziale proattivo ( necessario per le patologie croniche e per la loro prevenzione) sono il lavoro in equipe inteso come integrazione inter- e multiprofessionale e multidisciplinare , l'empowerment del cittadino /paziente , la prevenzione e la promozione della salute , il coinvolgimento delle comunità. La CDS è un luogo unico, abituale, facilmente individuabile, dove le persone possono essere orientate alla rete dei servizi socio sanitari e assistite nei loro bisogni socio-sanitari, ma è anche il luogo dove si intendono sviluppare interventi volti alla promozione della salute al fine di implementare nella comunità la cultura dei sani stili di vita , principali determinanti dello stato di salute della popolazione.

Intento fondamentale delle istituzioni del Distretto è quello di fare in modo che la "Casa della Salute" non si riduca ad una semplice "Casa della Sanità", ma possa divenire spazio di sintesi delle istanze della comunità, dei suoi bisogni, delle sue competenze (in termini di risposte e di opportunità di sviluppo), con un'idea di persona, non catalogata secondo l'età, la condizione sociale, economica e psico fisica, ma come risorsa della prossimità, della comunità formale e non, come perno del sistema di ascolto delle fragilità e della ricerca delle eccellenze ma anche del disagio che fanno parte di ogni territorio

All'interno della CDS si realizza una nuova identità comunitaria un luogo dove i cittadini acquisiscono, attraverso la partecipazione, la consapevolezza dei propri doveri ed esprimono la propria solidarietà.



Essendo la Casa della Salute parte integrante del suo territorio di riferimento, l'erogazione dei servizi è facilitata se tutti i produttori di quel territorio, sia sanitari che sociali, operano in sinergia. Tuttavia per ampliarne l'efficacia e l'efficienza dei suddetti servizi, devono entrare a pieno diritto anche le associazioni di Volontariato e non profit, le associazioni dei pazienti ma anche i singoli cittadini.

La partecipazione diventa quindi la "conditio sine qua non" per la perfetta riuscita di una Casa della Salute come Casa della Comunità.

Obiettivi per il futuro:

- realizzazione della CDS di Castelnuovo Sotto : attualmente nel distretto di Reggio Emilia sono attive 4 case della salute , per il 2019 è previsto l'inizio dei lavori per la costruzione della CDS a Castelnuovo Sotto. Nella fase di progettazione e di realizzazione si prevede un coinvolgimento della comunità in un percorso di co-progettazione in analogia del percorso partecipato che ha accompagnato la realizzazione della casa della salute di Puianello.
- Strutturazione della funzione di orientamento e accoglienza all'interno di tutte le CDS della del Distretto per favorire la conoscenza delle finalità della casa stessa, per aiutare il cittadino nella rete dei servizi offerti dal territorio e nei percorsi clinico-assistenziali. Il punto di accoglienza ed orientamento potrà semplificare i percorsi assistenziali e/o amministrativi dei cittadini con riduzione dell'effetto "pin pong", cioè del invio dell'utente da un servizio a un altro, potrà favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari di tutti i cittadini con particolare riferimento agli individui più fragili, maggiormente disorientati nella rete dei servizi, favorire un utilizzo sempre più razionale e consapevole delle risorse disponibili

Gli operatori coinvolti verranno formati sulle competenze tecnico professionali e soprattutto sulle competenze relazionale per lo sviluppo della necessaria flessibilità ad orientare le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni degli assistiti adoperandosi per la soddisfazione delle loro esigenze;

- Sviluppo della Integrazione socio sanitaria . Nelle case della salute è presente un Punto Unico di Accesso (PUA), vale a dire uno Sportello socio-sanitario, dove lavorano in modo integrato operatori sociali e sanitari addetti alla presa in carico Integrata dei cittadini con bisogni complessi attraverso una Valutazione Multidimensionale (UVM).

Pur non essendo fisicamente presente nelle case della salute il Servizio Sociale (ad eccezione di Puianello) si intende rafforzare la rete socio sanitaria implementando il lavoro di equipe con una formazione continua delle diverse figure professionali atte a sviluppare l'approccio multidisciplinare, la stesura del piano assistenziale integrato (PAI) , la valutazione periodica dei risultati al fine di garantire una risposta precoce ed integrata ai bisogni di salute scaturite dalle condizioni di fragilità, prevenendo o ritardando il passaggio alla non autosufficienza.

- Implementazione della presa in carico della cronicità con la definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e di pazienti a rischio di ospedalizzazione.

I PDTA rappresentano uno strumento di integrazione multiprofessionale per garantire l'assistenza ad uno specifico gruppo di pazienti al fine di assicurare la presa in carico congiunta , la continuità della cura , la riduzione della variabilità dei trattamenti

migliorandone la qualità . La CDS , quale luogo di integrazione, rappresenta il luogo ideale per lo sviluppo dei PDTA.

In tutte CDS e Nuclei Cure primarie (NCP ) dove è implementato il PDTA dello scompenso cardiaco e diabete mellito tipo II , è attivo l'ambulatorio della Cronicità a gestione infermieristica (3 ambulatori che erogano prestazioni per gli assistiti di 3 NCP) che garantisce , con un'approccio proattivo, la continuità dell'assistenza e lo sviluppo dell'empowerment del paziente e del care-giver. L'obiettivo del prossimo triennio è di attivare gli ambulatori della cronicità nei restanti 4 NCP quale presupposto per l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali delle principali patologie croniche.

Proseguirà in almeno un'altra CDS il lavoro di monitoraggio e verifica , già avviato nella CDS di Puianello, dei pazienti selezionati ad alto e altissimo rischio di ospedalizzazione con la chiamata attiva e l'invio al percorso assistenziale più adeguato.

- Sviluppo di interventi di promozione della salute \_coerentemente con un modello di medicina del territorio basato sul lavoro di comunità: si intendono organizzare iniziative di educazione alla salute e promozione della salute sui principali stili di vita salutari, in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato, le rappresentanze dei cittadini ed i comuni del territorio .
- Progetto per l'ambulatorio di nucleo attivo 12 ore al giorno al fine di assicurare la continuità assistenziale dei pazienti afferenti alla CDS : in tale ambulatorio ruoterebbero i medici di medicina generale del NCP su cui ha sede la CDS per garantire le prestazioni di medicina generale nell'arco delle 12 ore alla popolazione che afferisce al territorio di competenza della CDS.

#### **2.3.4 P.U.A.**

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta uno dei presupposti fondamentali per lo sviluppo delle cure domiciliari, in quanto permette di migliorare l'efficacia della presa in carico di pazienti particolarmente complessi dimessi dall'Ospedale , di dare continuità all'assistenza dall'ospedale al domicilio oltre che uniformare l'accesso alle cure domiciliari.

Gli ambiti prevalenti di intervento sono: accoglienza, valutazione della domanda e dei bisogni in un ottica multidimensionale.

Gli obiettivi specifici del Servizio sono:

- Promuovere la presa in carico complessiva dell'utente attraverso l'integrazione funzionale dei servizi dell'area sociale e dell'area sanitaria
- Intercettare con modalità pro-attiva le situazioni a rischio di dimissione difficile
- Raccogliere tutte le informazioni necessarie per la presa in carico da parte dei servizi territoriali con conseguente organizzazione del setting assistenziale adeguato a domicilio e attivazione, già all'atto della dimissione, dei servizi coinvolti nel progetto assistenziali.

Fra i compiti degli operatori del PUA vi è anche la relazione e comunicazione con l'utente e i familiari che durante il ricovero vengono informati delle modalità e dei servizi che proseguiranno le cure al domicilio, riducendo in questo modo le ansie e le preoccupazioni.

A sei anni dalla attivazione le intercettazioni di dimissioni difficili sono fortemente cresciute e i tempi di segnalazione sono progressivamente migliorati nel tempo a conferma dell'efficienza del servizio .

Ad oggi Il PUA è diventato punto di snodo di nuovi percorsi che nel tempo sono stati attivati: segnalazioni dal PS di situazioni a rischio che vengono segnalate al SID o al MMG, emergenza caldo, segnalazione dei pazienti con demenza e disturbi del comportamento per la conseguente attivazione del Centro Disturbi Cognitivi, segnalazione di pazienti oncologici che necessitano di attivazione di cure palliative a domicilio.

#### Obiettivi futuri

- Sostenere il percorso di dimissione protetta attraverso l'attivazione del tutoring domiciliare a supporto di situazioni di fragilità (anziani e disabili) conosciute durante il ricovero in PO SMN. Finalità di questo progetto è offrire un servizio ai cittadini del Comune di Reggio Emilia, erogato da ASP "Reggio Emilia - Città delle persone" attraverso un Responsabile delle Attività Assistenziali Integrate (RAAI) con particolari competenze rispetto alla domiciliarità, per supportare e affiancare l'utente, la famiglia e in generale i caregiver presso il domicilio nell'immediatezza della dimissione dal PO Santa Maria Nuova.

Le situazioni su cui il servizio di Tutoring, così come sopra descritto, può intervenire:

- situazioni conosciute dal PUA e/o dal Servizio Sociale Ospedaliero, per le quali la famiglia, valutata da tali servizi competente e in grado di garantire la necessaria tutela all'anziano, esplicita di volersi organizzare in modo autonomo. In questa situazione, la necessità è quella di supportare e affiancare famiglie che rappresentano ai servizi la loro competenza per i qualipuò essere utile un percorso "leggero" e improntato maggiormente sulla consulenza rispetto alla gestione dell'anziano a domicilio;
- situazioni segnalate dai reparti al PUA e/o al Servizio Sociale Ospedaliero di imminente dimissione per le quali non è stato possibile effettuare una valutazione della situazione dell'anziano e del suo contesto sociale, relazionale, domestico, ma comunque non si ravvisano segnali di rischio o fragilità nel nucleo/rete di sostegno per l'anziano. In questa situazione la necessità è quella di intervenire in modo tempestivo per evitare un rientro a domicilio che metta in difficoltà anziano e famiglia fornendo le prime indicazioni pratiche per la gestione dell'anziano e segnalare poi al Servizio Sociale Territoriale eventuali situazioni problematiche.
- Situazioni segnalate dal PUA come rientranti nella casistica di assistenza alla persona ex DPCM del 12 gennaio 2017- nuovi LEA (SID attivo una volta a settimana – BINA maggiore di 230 o SWAMA maggiore/uguale 40) per le quali oltre gli interventi qui descritti, il tutoring dovrà valutare la situazione familiare e procedere alla tempestiva attivazione, se pertinente ai bisogni familiari individuati, del servizio di assistenza domiciliare gratuito come da procedura definita a livello distrettuale.
- Definire un percorso di "raccordo" in fase di dimissione con l'accoglienza Cure Palliative, per i pazienti oncologici e non, per i quali è necessaria l'attivazione del palliativista (ed altri eventuali specialisti) a domicilio

- Rafforzare il percorso di dimissione dei pazienti in situazioni di fragilità sociale con importanti problematiche assistenziali, attraverso la collaborazione attiva di una Assistente Sanitaria che si farà carico di individuare il percorso di assistenza territoriale adeguato per questi pazienti (anche in collaborazione con il (Centro per la Salute della Famiglia Straniera)

### **2.3.5 Linee di sviluppo dei Servizi sociali Territoriali**

La dimensione distrettuale caratterizza le politiche sociali e socio-sanitarie sul territorio regionale garantendo unitarietà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi pur mantenendo attenzione per la storia e le peculiarità di ogni singolo territorio.

La zona sociale di Reggio Emilia ha maturato, da diverso tempo, un buon livello di integrazione sociosanitaria nei vari servizi con particolare rilievo in quelli rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente e alla popolazione disabile adulta e continuerà ad investire in tal senso.

Grandi energie sono state convogliate nel sostenere il coinvolgimento attivo ed inclusivo di tutti gli attori e diversi soggetti che a vario titolo partecipano alla promozione del benessere del territorio (cooperazione, organizzazioni sindacali, associazioni di categoria, organizzazioni di volontariato, ecc.) attraverso tavoli tematici distrettuali e territoriali, gruppi di raccordo interistituzionale, tavoli di quartiere, ecc....

La riflessione locale per un più efficace esercizio delle politiche e delle riorganizzazioni sociali ha evidenziato l'esigenza via via crescente di attribuire connotati nuovi anche a prassi operative, amministrative e organizzative ormai consolidate, anche per allinearsi, seppur con modalità e tempistiche diversificate all'interno dei territori (Unioni e Reggio capoluogo) alle linee guida regionali per il riordino del Servizio Sociale Territoriale.

Il concetto di salute e di benessere legato alle condizioni economiche, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale ha implicato la necessità di elaborare risposte a bisogni complessi che richiedono apporti multidimensionali e multidisciplinari e per ciò stesso rendono indispensabile l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale nei servizi e tra i servizi sociali e sanitari.

Gli orientamenti maturati nella zona sociale di Reggio Emilia sui Servizi alla persona indicano questi assunti come imprescindibili e connotanti i servizi:

- centratura sulla domiciliarità;
- superamento del concetto di assistenza per l'universalità dei diritti;
- superamento dei servizi per "categorie" a favore di servizi "attivi";
- connessione strettissima e di sistema tra promozione e inclusione;
- welfare community.

Tutto ciò ha determinato un forte investimento su:

- un passaggio decisivo verso un sistema di offerta caratterizzato dall'accoglienza, dall'accompagnamento e la presa in cura, in continuità, della persona – nel proprio contesto di vita - approccio che promuove l'autonomia, la consapevolezza e la responsabilità attraverso la partecipazione;
- la valorizzazione delle professionalità specialistiche portandole ad interagire e a confrontarsi con l'universalità del soggetto/utente, rispetto alla quale possono trovare una ragione ancora più elevata e profonda circa il valore del proprio lavoro specifico;
- la necessità di realizzare l'attivazione della intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore, ma anche singoli cittadini) attorno alle politiche sociali e sanitarie;
- l'accesso ai servizi assicurato tramite la capacità di accogliere e orientare e svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei territori, entrando a contatto diretto con tutti i contesti di vita delle persone.

Oggi a fianco delle fragilità già note al sistema dei servizi emergono nuove forme di povertà e di esclusione sociale, si estendono le diseguaglianze sociali con l'incremento di persone vicine o sotto la soglia di povertà che rendono difficile la tenuta delle reti primarie finora efficaci nei processi di cura familiare.

Il Distretto di Reggio ha avviato un intenso e sistematico processo di ripensamento delle politiche di welfare (anche alla luce dei nuovi interventi di contrasto alla povertà quali ad es. il Reddito di Solidarietà ed il Reddito di Inclusione) che continuerà nei prossimi anni al fine di prevenire sempre più le condizioni di disagio e per intercettare precocemente i problemi. Le misure di contrasto alla povertà, infatti, richiedono un ulteriore investimento in questa direzione già tracciata in quanto strumenti che si compongono di due parti:

- l'erogazione di un contributo, erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica;
- il progetto personalizzato predisposto dai servizi sociali dei Comuni che operano in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con i soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riferimento agli enti no profit.

Il progetto riguarda l'intero nucleo familiare e prevede specifici impegni che vengono individuati sulla base di una valutazione delle problematiche. La ratio di queste misure è legata al presupposto che il reddito da solo non basta ad uscire dalla povertà. Non si tratta di una misura assistenzialistica ma occorre lavorare sulla cause diverse assumendo una valutazione multidimensionale in una logica di interazione interprofessionale ed interistituzionale in cui il contributo delle reti informali e del territorio è determinante.

L'investimento del servizio sociale pertanto va contemporaneamente nella direzione di potenziare l'attivazione di responsabilità nella comunità ma anche di costruire, insieme agli utenti/beneficiari, progetti ad obiettivi definiti e sostenibili, verificabili nel tempo.

E' importante sottolineare come queste misure ci richiedano una attenzione particolare all'infanzia, poiché solo investendo su di essa è possibile interrompere circuiti legati alla povertà, poiché sappiamo che la povertà materiale e relazionale è tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo sano dei bambini.

E', dunque, di fondamentale importanza investire sulla Welfare community per lavorare sulle reti favorendo la costruzione di legami che faticano a sorgere in modo spontaneo, per sviluppare un rapporto sinergico con la rete sociale territoriale per conoscere meglio le criticità locali, per contrastare situazioni che producano disagio ed esclusione adottando in modo capillare un approccio proattivo nei confronti delle fasce di popolazione con minori risorse.

Lavorare con i cittadini e le famiglie a più mani, con più occhi, tra casa e territorio.

La domanda che guida l'agire dei servizi che si occupano di famiglie nel nostro territorio è: quale metodo utilizzare per "*pensare i legami*"? Legami all'interno dei nuclei familiari, con le famiglie allargate, tra famiglie e scuola, tra cittadini e territorio, tra servizi (sociali, sanitari, educativi), tra proposte dei servizi pubblici e mondo del privato sociale e del volontariato.

Abbiamo nel tempo sperimentato sia strategie trasversali al lavoro dei servizi che strategie più mirate al lavoro con le famiglie:

alcune strategie trasversali

- **modalità di comunicazione:** mantenere spazi di pensiero, confronto e dialogo con tutte le persone (adulti, genitori, bambini/ragazzi, colleghi, insegnanti, volontari, ecc) partendo da linguaggi e modalità di comunicazione chiare e trasparenti. Comunicazione che abbandoni il rigore del singolo gergo professionale per sperimentarsi in forme maggiormente legate alla quotidianità senza timore di perdere in termini di competenze e di potere;
- **progettazione spazi:** creare luoghi e spazi di accoglienza e incontro "piacevoli", con arredi che in modo flessibile possano adeguarsi alle esigenze di incontro, che si distacchino dal

rigore tipico degli spazi formali per tornare ad essere spazi *a misura d'uomo*. Luoghi in cui sia possibile rintracciare collegamenti con ciò che le persone vivono nella loro vita di tutti i giorni, arricchendoli così di significati, trasmettendo la sensazione di far parte di una comunità.

Strategie nel lavoro con le persone: la stretta sinergia tra l'attività del servizio sociale, del centro per le famiglie, dei servizi educativi e scolastici, dei servizi sanitari, del mondo del volontariato, permette:

- di passare dall'investimento nel lavoro *forzato, imposto* con le famiglie a favore del **lavoro con la comunità e dell'accesso spontaneo ai servizi**. Un servizio sociale di cui le persone si possano fidare in virtù di una conoscenza diretta, di una maggiore visibilità, se non con il singolo professionista almeno con il servizio, con gli spazi di incontro e di accoglienza. Tutto ciò grazie ad attività co-promosse tra le famiglie, anche intercettandole fin dalla nascita del primo figlio, all'interno dei servizi educativi 0/6, nelle scuole primarie, con le associazioni di volontariato, ecc.; attività che permettono ai diversi operatori di farsi conoscere in contesti legati alla promozione del benessere, che consentono di condividere da subito linguaggi e mandati;
- di lavorare con i genitori e con i bambini/ragazzi valorizzando il loro sapere personale, **prendendosi cura delle loro esperienze di vita quotidiana** e non solo delle carenze e delle fragilità;
- di favorire la realizzazione di un **servizio sociale di prossimità**, in grado di riconoscere i bisogni del proprio territorio perché vissuto, conosciuto;
- di **sfuggire alla tendenza a ricorrere ad interventi standardizzati**, per orientare i progetti verso l'attivazione di tutti coloro che potrebbero essere di aiuto per quel nucleo familiare specifico, o per quel singolo genitore, o in quel singolo quartiere o paese. Motiva a pensare in modo creativo a proposte che rappresentino per adulti, ragazzi e giovani risorse al di là del momento di crisi ma che possano diventare luoghi e spazi di vita nel lungo periodo.

Questa sinergia tra diversi sguardi, tra servizi con diversi mandati, prevede necessariamente l'investimento su momenti di **confronto, formazione, supervisione** sui reciproci presupposti, sulle diverse rappresentazioni che gli operatori hanno di famiglia, sulle diverse teorie di riferimento - esplicite ed implicite - (per es. sulle diverse forme di famiglia rispetto al passato, sui diversi modi di stare insieme e di svolgere le funzioni genitoriali, sulle nuove richieste che i cittadini rivolgono ai servizi).

### 2.3.6 Sistema informativo

Almeno dal 2011 si è attuato nella Zona Sociale un consistente investimento sul sistema informativo, acquistando un sistema informativo sul sociale che è fortemente integrato nella gestione socio-sanitaria, in particolare per l'ambito anziani. Il sistema lavora sull'implementazione delle cartelle individuali degli utenti consentendo un sistema di reportistica sulle varie raccolte conoscitive di dati e consente anche la gestione contabile e dei dati di attività di alcuni servizi. Il sistema informativo è quindi mirato alla integrazione delle informazioni, alla fruizione congiunta di dati ed informazioni e alla elaborazione di dati utili alla programmazione e alla gestione. Affiancano il sistema informativo dei servizi sociali anche altri sistemi condivisi mirati all'analisi di dati di gestione cui afferiscono partner e fornitori.

Il sistema informativo agisce anche su un altro fondamentale snodo del sistema di governance: il controllo strategico.

Si definisce il controllo strategico come un sistema che periodicamente illumina di senso la strategia adottata producendo periodiche informazioni sulle dinamiche ambientali esterne, sulle aspettative dei diversi stakeholder e sulla fattibilità e stato di avanzamento degli obiettivi strategici

localmente perseguiti. Il Distretto di Reggio Emilia ha da molti anni abbandonato l'idea del controllo strategico come controllo post-azione, ma ha optato per una forma di conoscenza organizzativa che emerge solo dal "fare" quotidiano, dall'esperienza maturata in situazioni che sono spesso nuove e imprevedute, da un processo di apprendimento per prove ed errori. Questa impostazione ha come conseguenza la consapevolezza che la responsabilità della formulazione della strategia non risiede solamente nei vertici dirigenziali, ma può e deve coinvolgere, ovviamente su piani congruenti, tutti gli operatori sociali e sanitari. Non si può ovviamente dichiarare come obiettivo strategico l'accoglienza di bisogni a tutto tondo dei cittadini negli Sportelli Sociali e nelle Case della Salute se non si riorienta e contemporaneamente ci si fa riorientare dalla professionalità e dal sapere degli operatori dei Servizi.

In questo senso, il controllo strategico non si concepisce come una misurazione alla fine della pianificazione strategica, ma come spinta al percorso futuro dell'organizzazione, come suggerimento alla rivisitazione delle premesse strategiche e ad una loro maggiore efficacia e pertinenza alla realtà. In questo senso ci si avvale di una molteplicità di sensori informativi e di processi comunicativi.

La tradizionale frammentazione degli interventi nel settore sociale e la molteplicità degli attori che lo abitano e la frammentazione territoriale (che diventa elemento di debolezza ma anche leva di prossimità se adeguatamente trattata) depone a favore del controllo strategico così come abbiamo cercato di delinearlo. Queste condizioni oggettive non permettono realisticamente una pianificazione strategica pre definita e smentiscono la possibilità di istantanea collaborazione e coordinamento delle strategie dei singoli attori che agiscono sulle varie aree.

In questo quadro, il SISTEMA INFORMATIVO (vedi descrizione nella scheda specifica) che si è cominciato a costruire fin dal 2011 nei suoi vari step di implementazione, non si è posto solo il problema della raccolta dei dati (processo preliminare comunque necessario ed estremamente faticoso) ma quello di rappresentare le informazioni in maniera sintetico- interpretativa in modo di sostenere il processo di controllo strategico nelle linee di continuità sopra rappresentata e di produrre informazioni rilevanti per i decisori.

Il sistema informativo non appare al momento completamente integrato, con diversi livelli di implementazione a seconda dei territori e con l'affiancamento di altri strumenti informativi che man mano si è comunque provveduto a strutturare in aree web condivise tra più attori che danno conto del processo di integrazione delle varie aree ancora in progress e sicuramente obiettivo strategico dei prossimi anni di lavoro

### **FOCUS: Equità nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari**

L'OMS definisce le disuguaglianze in salute come la presenza di differenze nello stato di salute fra Paesi e all'interno dello stesso Paese:

- tra Paesi ricchi e poveri
- tra classi sociali all'interno dello stesso Paese.

Sono tre le caratteristiche che, se combinate fra loro, trasformano semplici differenze (disuguaglianze) di salute in iniquità di salute:

- differenze sistematiche: le differenze non sono distribuite casualmente. Mortalità e malattie aumentano con il decrescere della posizione sociale;
- differenze prodotte socialmente (quindi modificabili) determinate da processi sociali;
- differenze ingiuste: generate e mantenute da assetti politico-sociali iniqui (non tutti hanno le medesime opportunità).



Equità in salute implica che idealmente ogni individuo possa avere le stesse opportunità di raggiungere il medesimo livello potenziale di salute, cioè che nessuno debba essere svantaggiato nel raggiungere questo livello, quando ciò può essere evitato. L'equità è quindi connessa alla creazione di uguali opportunità di salute e alla riduzione delle differenze di salute al più basso livello possibile.

Ciò comporta che l'equità nell'assistenza sanitaria non può essere il raggiungimento dello stesso livello di salute per tutti in quanto il sistema sanitario è solo uno dei molti fattori che contribuiscono alle differenze di salute nella popolazione.

In particolare quando si parla di equità nell'assistenza sanitaria ci si riferisce a:

- equità nell'accesso alle cure disponibili per i medesimi bisogni assistenziali
- equità nell'utilizzo dei servizi di cura per i medesimi bisogni assistenziali
- equità nella qualità (sicurezza) delle cure.

Si tratta di un valore di riferimento del SSN in quanto la tutela della salute è diritto fondamentale dell'individuo...(Art. 32 della Costituzione), il SSN ha carattere universalistico e solidaristico. Fornisce l'assistenza sanitaria a tutti senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro. (Legge 833 del 1978).

Inoltre, principi fondamentali del SSN sono rappresentati da: universalità, uguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni sanitarie (Libro Bianco 2008).

Ecco, allora, che rappresenta una criticità sulla quale lavorare, per i servizi sanitari, garantire che questi principi siano traslati nella pratica tenendo conto che la popolazione ha caratteristiche differenti dovute:

- all'età (giovani – anziani)
- al genere (uomini – donne – transgender)
- alla disabilità (non vedenti, disabilità fisiche...)
- all'appartenenza etnica (migranti, gruppi di minoranza)
- alla religione (diverse fedi, credenze)
- all'orientamento sessuale (omosessuali, lesbiche, transessuali)
- alla condizione socio-economica (reddito, poveri, senzatesto)

ed evitare che queste differenze possano causare delle iniquità nell'accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza sanitaria.

Vanno considerate anche le barriere di vario genere: nell'accesso, comunicative, informative, socio-culturali, organizzative che possono creare disuguaglianze nei servizi.

L'obiettivo per i servizi è rappresentato dal creare uguali opportunità di salute e ridurre le differenze in salute, ridurre le differenze nell'accesso ai servizi, nell'utilizzo e nella qualità delle cure.

I servizi sanitari si trovano quindi di fronte a diverse sfide che vanno dalla necessità di raccogliere evidenze sulle disuguaglianze in salute e nei servizi, di valutare l'impatto dei servizi, programmi e procedure sui gruppi più svantaggiati, di individuare i problemi e le priorità a sviluppare azioni di miglioramento dell'equità coinvolgendo una gamma maggiormente differenziata della popolazione.

Diverse e articolate sono le modalità messe in atto per migliorare l'approccio al tema equità a partire dallo sforzo di sviluppare la capacità di dare risposte efficaci ai bisogni di salute, riducendo la burocrazia e perseguendo una maggiore equità nell'accesso ai servizi.

La Casa della Salute si inserisce in tale orizzonte in quanto ha la finalità di garantire la risposta ai bisogni del cittadino, in una logica multidimensionale, in un luogo fisico e funzionale in cui si concentrano servizi ed attività, nonché luogo di definizione, erogazione e verifica del percorso di cura, luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento alla quale garantire un processo di presa in carico unitario e la continuità assistenziale. I Percorsi Clinico Assistenziali

rappresentano una modalità attraverso i quali garantire la continuità delle cure, l'omogeneità degli interventi, la qualità del processo di cura, l'equità orizzontale, la trasparenza dell'offerta di servizio, la personalizzazione dell'intervento nel rispetto delle migliori evidenze disponibili, la multiprofessionalità e multidisciplinarietà degli interventi.

Con riferimento alla facilitazione all'accesso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali la finalità è di consentire al cittadino di ampliare le opportunità di scelta e all'Azienda di omogeneizzare i percorsi garantendo il mantenimento dei tempi di attesa. Le liste d'attesa sono strutturali (urgente Vs elettiva), i lunghi tempi d'attesa provocano disagio e possono avere effetti negativi sulla salute del paziente ed alzano i costi. Non solo si deve garantire che le liste d'attesa siano basate su priorità cliniche esplicite, ma che i criteri di prioritizzazione siano giusti, trasparenti ed equi. Diversi studi empirici hanno evidenziato il rischio di disuguaglianze nelle liste e tempi d'attesa dovuti a fattori non clinici di tipo socio-economico.

In tale ottica è stata ampliata ad un maggior numero di prestazioni la prenotazione telefonica (CUPTEL) con numero verde gratuito ed attivata la prenotazione on-line CUPWEB e tramite la APP ER- Salute. Il cittadino che ha prenotato riceve qualche giorno prima della data di prenotazione un promemoria individuale tramite sms che ricorda l'appuntamento e che consente l'eventuale disdetta della prestazione.

Il monitoraggio dei tempi di attesa si realizza attraverso sistemi di reportistica quotidiana che consentono all'Azienda un'attenta valutazione in tempo reale della situazione delle agende di prenotazione e consente un intervento tempestivo in caso di necessità, incrementando le disponibilità sul sistema CUP con particolare riferimento alle agende di garanzia.

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa ha coinvolto direttamente anche le strutture private accreditate alle quali è stato fornito un adeguato strumento di verifica quotidiana, inserendo negli accordi di fornitura l'obbligo del controllo continuo e l'obbligo di rendicontare le mancate presentazioni dei cittadini alle prestazioni prenotate.

L'Azienda si è impegnata a sollecitare ulteriormente gli specialisti affinché il percorso del cittadino sia facilitato facendosi carico anche direttamente della prescrizione dei controlli successivi e verificando che le prenotazioni dei controlli siano gestite dalla struttura/specialista che ha in carico il paziente cronico.

Con particolare riferimento ai pazienti cronici, grazie agli ambulatori della cronicità a gestione infermieristica attivati in ogni distretto, è stata possibile la presa in carico integrata e la pianificazione /prenotazione dei follow-up, con particolare riferimento ai pazienti scompensati e diabetici, direttamente dagli operatori dell'ambulatorio.

L'appropriatezza prescrittiva è uno dei valori imprescindibili che guida le scelte della Azienda UsI nell'ottica di trasferire risorse dalle aree di inefficacia per riallocare o investire negli ambiti dei nuovi bisogni.

Il DPCM del gennaio 2017 che definisce i nuovi LEA, ribadisce la necessità di perseguire l'appropriatezza prescrittiva e ridefinisce all'interno del nuovo nomenclatore i criteri di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per alcune prestazioni specialistiche.

In applicazione al DPCM 12/01/2017 ("Nuovi LEA") l'Azienda continuerà nel 2018 il percorso di monitoraggio del miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva e la sua valutazione attraverso lo strumento informatico della ricerca semantica "CliniKa". Lo strumento è applicato sistematicamente dal 2013 sulle prestazioni "pesanti" in particolare RMN e TAC osteoarticolari, cerebrali e della colonna prescritte dai MMG e dagli specialisti. La stessa soluzione è adottata complessivamente per altre 6 prestazioni ed entro il 2018 entreranno in produzione altri 5 protocolli di appropriatezza.

Anche per il 2018 verrà mantenuta quindi alta la soglia di sensibilità dei prescrittori nei confronti dell'appropriatezza; si tratta di una azione resa possibile grazie ai percorsi di formazione/audit e il monitoraggio attraverso le schede di budget delle unità operative coinvolte e degli indicatori di qualità relativi all'appropriatezza. Saranno forniti ai dipartimenti ospedalieri specifici report per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per gli stessi protocolli sopraindicati

Obiettivo fondamentale è la presa in carico del paziente da parte dello specialista a garanzia della continuità assistenziale.

Altro obiettivo aziendale per il 2018 è incrementare il numero di prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti/strutture che hanno in carico il paziente senza che questo venga rinviato al MMG.

Sempre per facilitare il percorso del cittadino è stata attivata la "ricetta elettronica dematerializzata" (DEMA) per MMG, PLS, specialisti dipendenti e convenzionati interni per le prescrizioni specialistiche. I volumi di ricette dematerializzate relative alla specialistica superano l'80% ,valore superiore alla media regionale.

Nello stesso tempo il governo dell'accesso ai ricoveri programmati ha assunto carattere prioritario e, in linea con le indicazioni regionali, viene stata svolta un'attività di verifica delle liste di prenotazione con l'obiettivo di trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e di controllo sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Continuo è il monitoraggio prospettico dei tempi di attesa per i ricoveri programmati attraverso la messa a punto di una modalità informatica di *alert*, per la segnalazione settimanale ai direttori di struttura delle situazioni fuori standard.

Nell'ambito dei programmi e delle reti aziendali è avviato un confronto tra i professionisti per omogeneizzare i percorsi di gestione pre-operatoria dei pazienti per la condivisione dei criteri di valutazione del rischio anestesilogico, prescrizione degli esami ematici, ECG e visita cardiologica, esami radiologici e gestione terapie.

Sul versante della comunicazione con l'utenza è stato predisposto materiale informativo riguardante le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e di gestione delle liste.

L'andamento dei tempi d'attesa per ricoveri programmati, previsti dal l'accordo Stato-Regioni registra un miglioramento complessivo della performance di molti indicatori, tra cui quello per chemioterapia, ove si conferma il trend positivo degli anni con un valore che ha raggiunto quasi il 99% di trattamento entro 30 giorni dalla presa in carico.

Altro elemento da segnalare è relativa alla prossima attivazione di un "micro-board contestuale", composto da professionisti e ospedalieri, che funzioni come gruppo di lavoro operativo che porterà avanti le singole azioni definite nel nuovo "piano aziendale dell'equità" la cui finalità sarà garantire interventi di miglioramento dell'equità trasversali ai servizi in una logica multidisciplinare di integrazione sociale e sanitaria dell'assistenza.

Il nuovo piano dell'equità prevede l'applicazione della "lente dell'equità" ad alcuni progetti che affrontano priorità aziendali quali: (i) le cure di fine vita in ambito oncologico; (ii) i percorsi di cura (PDTA) dello scompenso e del diabete; (iii) le liste e tempi d'attesa degli interventi chirurgici elettivi; (iv) la partecipazione al progetto "Diversity management" proposto dalla Regione ER con particolare riferimento all'individuazione di buone pratiche.

Per ogni progetto è prevista la sperimentazioni degli strumenti di valutazione dell'equità più idonei, es. : "Equity Impact Assessment Tool", "Health Equity Audit".

L'approccio di sistema all'equità verrà garantito dall'applicazione dello strumento di valutazione messo a punto dalla Task Force della rete HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) che comprende indicatori di misurazione relativi a cinque aree fondamentali dell'organizzazione sanitaria: le politiche, l'accesso e l'utilizzo dei servizi, la qualità delle cure, la partecipazione degli

utenti e la cooperazione con gli altri settori del territorio. Questo strumento mette in grado le organizzazioni sanitarie di individuare i rischi di iniquità nell'accesso ai servizi e a prestazioni sanitarie adeguate e di sviluppare conseguenti azioni di miglioramento.

Inoltre, si vuole continuare a lavorare sulla diffusione della cultura dell'equità attraverso percorsi formativi che per gli aspetti generali saranno allineati alla programmazione regionale, integrandoli con affondi specifici relativi alle priorità aziendali identificate nel piano equità.

Destinatari di tale percorso saranno gli operatori sanitari e sociali, a vario livello, dell'Azienda USL-IRCCS e dei servizi che con essa collaborano ai programmi di riduzione delle disuguaglianze di salute e delle iniquità nell'assistenza

Non è possibile parlare di equità nell'accesso ai servizi senza tenere in considerazione gli studi che dimostrano come le competenze linguistiche e matematiche degli italiani adulti siano tra le più basse dei paesi OCSE. Questo significa che il sistema sanitario deve farsi carico di offrire informazioni e comunicazioni chiare, accessibili e comprensibili, verificando sempre che il paziente esca dall'ambulatorio avendo ben compreso quello che deve fare per mantenersi in salute o curarsi in modo adeguato. Riprende dal 2018 il progetto regionale sulla Health Literacy, iniziato nel 2011, con il coordinamento dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia.

Proseguirà l'attività di formazione tra pari rivolta ad intere unità operative, con, in alcuni casi, valutazione di impatto pre e post formazione attraverso la somministrazione di questionari. La formazione, interattiva e dinamica, prevede l'illustrazione di metodi e tecniche che permettono di verificare subito che il paziente abbia capito ciò che gli è stato detto. Ulteriore obiettivo della formazione è di consentire ai partecipanti di acquisire la consapevolezza che il linguaggio medico è difficile da capire e che i pazienti si vergognano a fare domande, con potenziali conseguenze negative per la salute.

Partendo dagli stessi presupposti l'Azienda propone corsi di formazione per la semplificazione del linguaggio informativo. Molto spesso infatti, moduli, richieste e informative sono di difficile comprensione al pubblico.

La produzione o revisione del materiale informativo in modalità partecipata con pazienti o familiari è una semplice tecnica che consente di leggere insieme ad un piccolo gruppo target un testo per verificarne chiarezza, comprensibilità ed essenzialità dell'informazione. Il supporto di pazienti e familiari è fondamentale nella produzione di materiale informativo per offrire informazioni efficaci e utili per i pazienti. Il materiale informativo rivolto ai pazienti o ai familiari viene realizzato attraverso la tecnica della revisione in modalità partecipata.

I luoghi di cura, gli ospedali in particolare, sono luoghi "estranei" per le persone che vi accedono. L'uso di terminologia a volte di difficile comprensione, segnaletica non sempre efficace, oltre allo stato emotivo di chi entra in ospedale, fanno sì che le persone chiedano frequentemente informazioni agli operatori.

Per questo motivo si rende necessaria una più stretta sinergia tra i servizi aziendali coinvolti che prevedano anche il contributo di cittadini o componenti dei Comitati Consultivi Misti che possono individuare modalità di orientamento più semplici ed immediate.

### FOCUS: Rapporti con la dimensione regionale

Il Distretto di Reggio Emilia ha in questi anni fortemente investito nel rapporto con la Regione Emilia-Romagna anche portando istanze e proposte e ambiti conoscitivi alla trattazione dei vari provvedimenti regionali, sia come parte politica che come parte tecnica. Ha cercato di dare il proprio contributo alla stesura del PSSR e dei vari provvedimenti via via succedutisi. Crediamo fortemente che la dimensione regionale abbia bisogno dei territori come portatori di realtà di cui gli atti di programmazione devono tenere conto e devono aiutare a sostenere.

I territori dal canto loro chiedono alla Regione uno sforzo di ascolto e di conoscenza della reale dimensione ed evoluzione della situazione dei servizi, conoscenza ed ascolto che non possono limitarsi alla lettura delle varie rendicontazioni di volta in volta richieste, ma che devono interagire e connettersi con i territori. In questo un territorio grande (il secondo in Regione per popolazione) e multidimensionale (presenza di un Comune capoluogo e di altri sei Comuni medio piccoli distribuiti in due Unioni di Comuni) come il Distretto di Reggio Emilia può essere uno dei maggiori contributori al dialogo con la dimensione regionale sia in sede istituzionale (Cabina di regia, Comitato tecnico-scientifico, Coordinamento welfare) sia nei numerosi gruppi di lavoro in cui i nostri professionisti sono attualmente impegnati e a cui saranno chiamati in futuro.

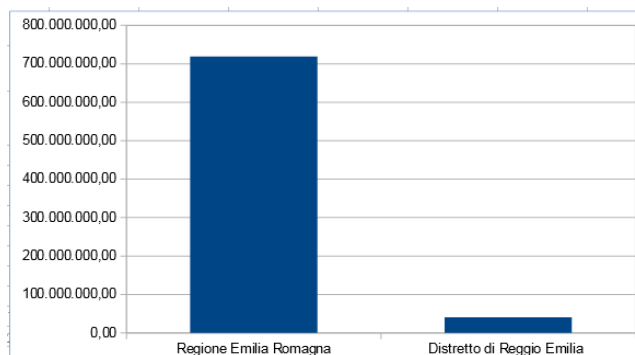
Altra dimensione in cui il rapporto con la dimensione regionale appare cruciale corrisponde alla crescente frammentazione delle forme di finanziamento afferenti al welfare (fondi europei di diversa fonte, fondi statali di diversa fonte, fondi finalizzati a pezzi specifici di sistema...) che pongono sui territori una necessità di coordinamento e ricomposizione veramente sfidante per un'azione sui cittadini che invece deve vedere le nostre comunità nella loro interezza e complessa quotidianità. Uno sforzo congiunto tra Regione e territori per ragionare insieme di ricomposizione e visione generale appare sempre più necessario.

### FOCUS: La spesa e le fonti di finanziamento

La spesa complessiva dei Comuni per i servizi sociali, al netto del contributo degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale, ammonta a **circa 6 miliardi 932 milioni di euro**, pari allo 0,42% del Pil nazionale. (Fonte: Report istat 27/12/2017 "La spesa dei Comuni per i servizi sociali anno 2015")

A livello regionale la spesa sociale risulta essere pari ad oltre 718 milioni di euro e per quanto riguarda il Distretto di Reggio Emilia (Comune di Reggio Emilia+ Unione dei Comuni Terra di Mezzo e unione dei Comuni Colline Matildiche) la spesa ammonta a circa 41 milioni di euro, pari al 5,7% della spesa Regionale. (Fonte Dati ISTAT)

2014	Totale
Regione Emilia Romagna	718.609.321,00
Distretto di Reggio Emilia	40.955.282,00

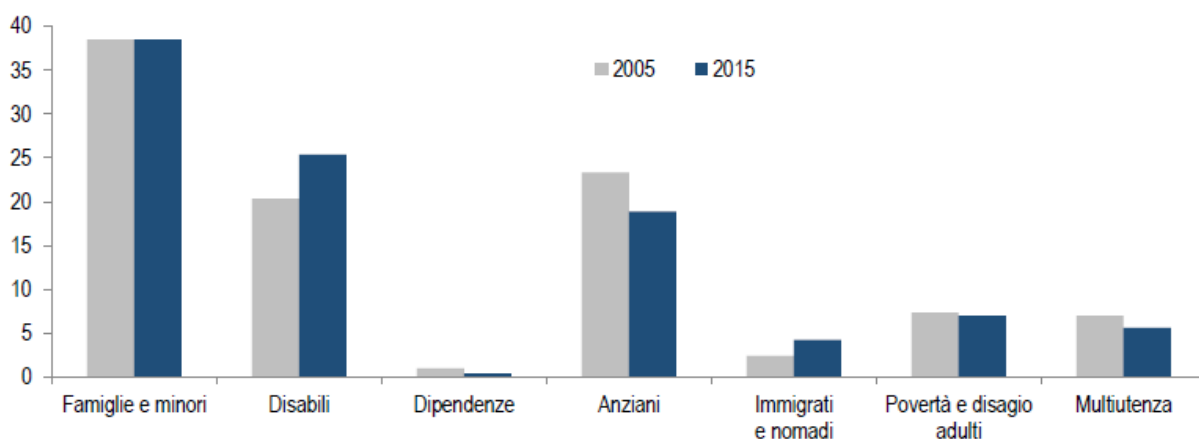


Destinazione delle risorse

(Fonte: Report istat 27/12/2017 "La spesa dei Comuni per i servizi sociali anno 2015")

A livello nazionale, il 38,5% delle risorse è destinato alle famiglie con figli, il 25,4% ai disabili, il 18,9% agli anziani, il 7% al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, il 4,2% agli immigrati e lo 0,4% alle dipendenze. Il rimanente 5,6% della spesa sociale dei comuni è assorbito dalle spese generali, di organizzazione e per i servizi rivolti alla "multiutenza".

**FIGURA 4. SPESA PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI PER AREA DI UTENZA. Anni 2005 e 2015, valori percentuali**



**A livello regionale e distrettuale la spesa sociale, relativa all'anno 2014 (ultimo anno disponibile sul sito Istat) presenta la seguente ripartizione per ambito di riferimento:**

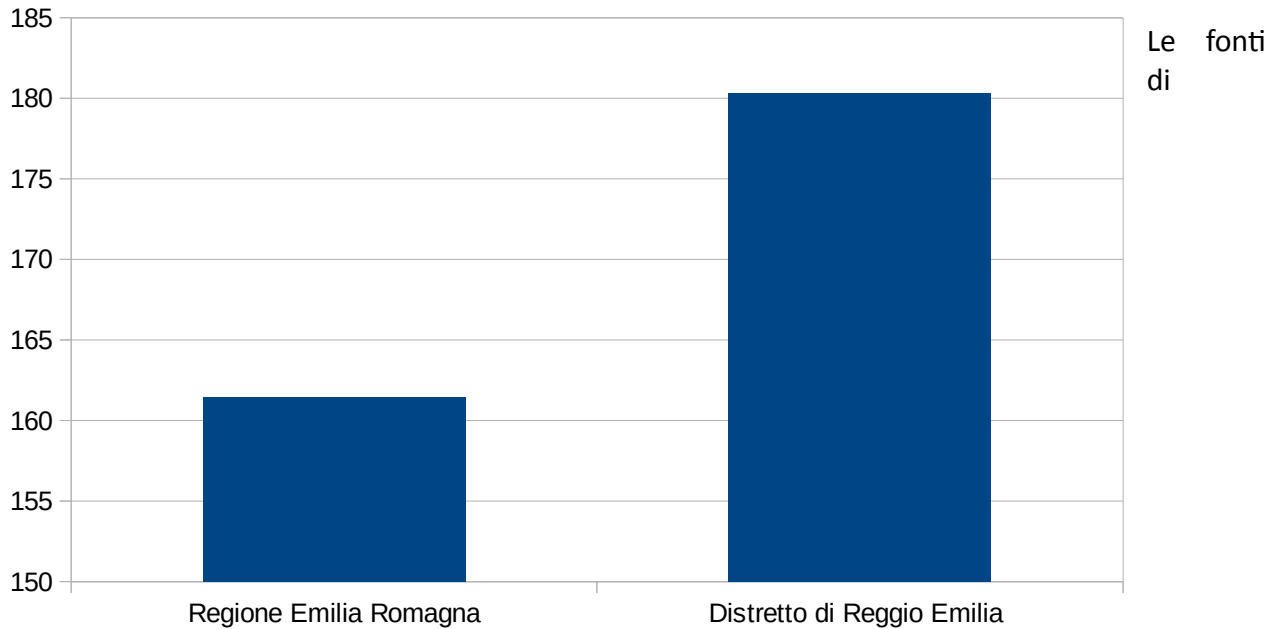
2014	Famiglie e minori educativa 0-3	disabili	dipendenze	anziani	nomadi e immigrati	Povertà ed esclusione sociale	Multiutenza	Totale
<b>Regione ER % ripartizione spesa</b>	47,23%	18,59%	0,49%	15,92%	3,12%	6,00%	8,65%	<b>100,00%</b>
<b>Distretto RE % ripartizione spesa</b>	53,26%	17,34%	1,30%	11,49%	2,76%	4,41%	9,44%	<b>100,00%</b>

#### La Spesa Procapite

A livello nazionale la spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati rapportata alla popolazione media è pari a 114 €.

La Regione Emilia Romagna registra una spesa pro capite di € 161, mentre il Distretto di Reggio Emilia presenta una spesa di € 180, come si evince nel grafico sottostante.

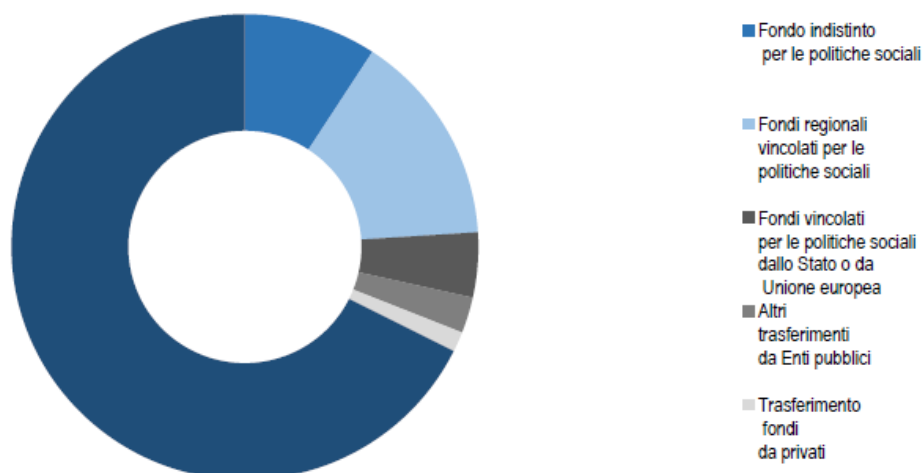
## Grafico Spesa Pro capite



finanziamento

A livello nazionale la principale fonte di finanziamento della spesa sociale rilevata è rappresentata dalle risorse proprie dei comuni (60,5%) e delle associazioni di comuni (7,1%). Le risorse rimanenti provengono dal fondo indistinto per le politiche sociali (9,2%), dai fondi regionali vincolati per le politiche sociali (14,8%), dai fondi vincolati statali o dell'Unione europea (4,5%), da altri Enti pubblici (2,5%) e da privati (1,4%). (Fonte: Report istat 27/12/2017 "La spesa dei Comuni per i servizi sociali anno 2015").

**FIGURA 6. SPESA PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI PER FONTE DI FINANZIAMENTO. Anno 2015, valori percentuali**



## La spesa sanitaria

Nel 2016 la spesa sanitaria nazionale corrente è pari a 149.500 milioni di euro, con un'incidenza sul Pil dell'8,9%, ed è sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato. (Fonte: Report ISTAT 2017: IL SISTEMA DEI CONTI DELLA SANITÀ PER L'ITALIA anni 2012-2016)

A livello distrettuale, i costi complessivi di produzione dell'Azienda USL di Reggio Emilia ammontano a 1.307 mln € (+5% rispetto all'anno precedente). (Fonte: "Relazione sulla gestione Bilancio Consuntivo 2017 dell'Azienda USL Reggio Emilia").

<b>Spesa sanitaria</b>	<b>Totale Distretto RE</b>
<b>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>71.449.000</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>	<b>694.642.000</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>541.383.000</b>
<b>Totale</b>	<b>1.307.474.000</b>



## AZIONI A SUPPORTO DEL PROGETTO DI VITA DI PERSONE DISABILI A PARTIRE DALLA MINORE ETA'

Approvato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>NPIA/Handicap Adulto</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Le persone con disabilità esprimono bisogni eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami 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>Descrizione</b>	A partire dalla revisione del protocollo di transizione dal Servizio di Npia al Servizio Handicap Adulto, si individua una equipe di transizione inter-servizi che orienta il proprio intervento a supporto di progetto di vita personalizzati. Promuovendo interventi di rete e di comunità al fine di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse delle persone con disabilità, delle loro famiglie e di tutte le reti di solidarietà presenti nella comunità (reti informali, volontariato, associazionismo), si punta ad accompagnare la persona disabile nel riconoscimento delle proprie caratteristiche e aspirazioni per giungere alla massima autonomia e realizzazione personale possibili. Si pone l'accento sull'importanza di percorsi centrati sulla persona e ciò rende fondamentale connessioni fluide tra i vari agenti della rete, portatori di memoria storica e informazioni necessarie a una progettazione realmente calzante e saldamente condivisa.
<b>Destinatari</b>	Utenti con disabilità e famigliari
<b>Azioni previste</b>	Monitoraggio e applicazione Protocolli Di Passaggio, Incontri di transizione con utente e famigliari, Incontri di rete, alternanze scuola-lavoro, Progetti di osservazione scolastica (Sil), progetto Simonini, Unità di Valutazione Multidimensionali.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Accordi di Programma
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	NPIA, S.H ADULTO, FCR, SERVIZIO SOCIALE, SCUOLE, OFFICINA EDUCATIVA, COOPERAZIONE SOCIALE, ASSOCIAZIONI
<b>Referenti dell'intervento</b>	Gildoni, Pederzoli, Asti, Casali, Giuberti
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## PERCORSI PER L'ACCOGLIENZA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;D;</b>

<b>Razionale</b>	L'esperienza della rete di accoglienza in "emergenza" ha visto una progressiva evoluzione e strutturazione verso un sistema di Accoglienza variamente articolato nell'intero arco dell'anno differenziandosi a seconda delle situazioni di marginalità sociale e/o sanitaria maggiormente da tutelare, e in concomitanza di specifiche problematiche di contesto sociale e/o stagionale, o come diretta conseguenza delle nuove forme povertà e marginalità correlate alla migrazione e alla tratta degli esseri umani. La collaborazione con il privato sociale in questo ambito è stata - ed è - essenziale quanto strategica: gli esiti più evidenti sono rintracciabili nella individuazione di soluzioni efficaci quanto innovative, intervenendo nell'accoglienza di bisogni primari, accompagnamento ai servizi e riduzione del danno. Anche attraverso gli impegni sanciti negli Accordi di Programma si è attuata una contemporanea e sinergica azione anche da parte dei servizi e operatori del sistema sanitario e sociosanitario, con il coinvolgimento dell'intero contesto DSM-Dp, sociale e sociosanitario.
<b>Descrizione</b>	Il progetto assicura la continuità della rete di intervento e accoglienza attraverso la costanza delle relazioni di reciproca collaborazione, favorendo l'integrazione fra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e del privato sociale per la realizzazione del progetto "Percorsi per l'accoglienza", finalizzato alla costruzione di ospitalità e/o accompagnamento socioeducativo a supporto di situazioni di disagio complesso. Sono di particolare impegno per le parti in relazione alla prosecuzione dell'attività: il mantenimento dell'attuale disponibilità di posti letto durante tutto l'arco dell'anno, quale espressione concreta di forme di ascolto, accoglienza e accompagnamento alle persone emarginate e più fragili; l'analisi delle possibili connessioni tra i soggetti (pubblici e privati) presenti nel territorio al fine di definire criteri e modalità di accesso e possibili percorsi prioritari, nel rispetto delle singole competenze, favorendo l'ottimizzazione delle risorse e delle progettualità esistenti sul territorio e, laddove possibile, promuovere iniziative di sensibilizzazione e partecipazione attiva dei cittadini; la partecipazione ai luoghi di secondo livello per facilitare la lettura del bisogno e la scomposizione dei fenomeni sociali per una adeguata co-costruzione dei problemi e un'adeguata mappatura delle risorse.
<b>Destinatari</b>	Persone senza dimora o in situazioni di marginalità sociale operatori dei servizi
<b>Azioni previste</b>	Consolidamento del percorso di ospitalità e/o accompagnamento socio educativo a supporto di situazioni di disagio complesso e di cronicità; Sviluppo di sinergie progettuali e professionali fra servizi pubblici e del privato sociale e del volontariato; Percorsi di accoglienza a bassa soglia di accesso, attraverso una valorizzazione delle risorse territoriali, le interazioni progettuali fra i servizi e le esperienze realizzate con il volontariato, e il privato sociale.

	<p>Attivazione di percorsi di accoglienza e di accompagnamento da parte di realtà del volontariato organizzato e non solo, per la diffusione di pratiche di solidarietà mobilitante.</p> <p>Riformulazione del sistema dell'offerta pubblica e privata nell'area marginalità/ bassa soglia, secondo i criteri di una maggiore integrazione fra servizi sociali e sanitari e in stretta interazione con le organizzazioni del privato sociale</p> <p>Messa a punto di dispositivi organizzativi (tavoli di progettazione, equipe di valutazione..) e riformulazione dell'offerta pubblica e privata</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Sicurezza sociale e pari opportunità</p> <p>Partecipazione e Politiche del Protagonismo Responsabile e la Città Intelligente, Servizio Intercultura, Co-housing.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Azienda USL Distretto di Reggio Emilia, Caritas diocesana, Cooperazione Sociale, Privato Sociale, Parrocchie</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Germana Corradini – dirigente Servizi Sociali germana.corradini@municipio.re.it</p> <p>Lucilla Cabrini SERVIZIO PROGRAMMAZIONE del SISTEMA DI WELFARE– Tel. 0522/585266 lucilla.cabrini@municipio.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>Caritas diocesana e parrocchie della diocesi</p> <p>volontari e cittadini in forma singola e aggregata</p> <p>reti informali</p> <p>professionisti volontari</p>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

# Promozione degli stili di vita nella case della Salute

Approvato

## Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Dipartimento Cure Primarie, Area Centro</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>quindi delle patologie croniche ad esse correlate come: Diabete Mellito Tipo 2, Sindrome Metabolica, Malattie cardiovascolari; tale scenario ha un' importante impatto sulla sostenibilità del sistema socio-sanitario-assistenziale.</p> <p>Diviene, pertanto, cruciale il concetto di Medicina d'iniziativa, di coinvolgimento attivo, di empowerment e di utente competente trovando applicazione negli strumenti dell'educazione terapeutica e della promozione degli stili di vita (in particolare alimentazione ed attività motoria) sia in prevenzione primaria che secondaria, della peer education, dell'intervento motivazionale e di tutte le pratiche di umanizzazione della medicina.</p> <p>Il progetto rappresenta un'opportunità di sperimentazione di un intervento di prevenzione nelle Case della Salute, il luogo deputato all'incontro tra servizi sanitari e la vita delle persone e caratterizzato dall'integrazione professionale di chi vi opera (MMG, Infermieri della Cronicità, Medici Specialisti, Assistenti Sociali etc..), rendendolo luogo "vivo" e centro di riferimento per la salute della cittadinanza.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto ha l'obiettivo di sostenere il cambiamento degli stili di vita correlati principalmente all'alimentazione e all'attività motoria in un target individuato per specifici fattori di rischio.</p> <p>L'intervento consiste in un ciclo di incontri di gruppo condotti dall'equipe multiprofessionale operante nelle Case della Salute del territorio di Reggio Emilia, con metodologie interattive finalizzate all'engagement dei destinatari. Intendiamo, successivamente, attivare un meccanismo a cascata di passaggio delle informazioni secondo la modalità del "peer to peer" affinché i soggetti portatori di informazione possano a loro volta sensibilizzare, i propri familiari, gli amici e tutte le persone della comunità in cui vivono.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>I beneficiari dell'intervento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soggetti con fattori di rischio (sovrappeso, sedentarietà, tabagismo, alcool)</li> <li>• soggetti in alcune particolari fasi della vita (es anziani, donne in menopausa)</li> <li>• soggetti con particolari patologie croniche (inserite nei PDTA delle cronicità)</li> </ul> <p>nelle fasi motivazionali di contemplazione e determinazione rispetto al Modello Transteorico del cambiamento (Prochaska, Di Clemente), ossia disponibile a prendere in considerazione un qualsiasi cambiamento comportamentale capace di influire sul proprio stato di salute e su quello dei suoi pari.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Definizione del target:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Reclutamento del target in collaborazione con i MMG, gli infermieri della cronicità, gli specialisti coinvolti, le ostetriche, Assistenti sociali, le Associazioni di volontariato e Società sportive</li> <li>2) Programmazione di Incontri di carattere informativo, esperienziale (es cucine didattiche) e motivazionale almeno in due Case della Salute del Distretto</li> </ol>

	3) Programmazione della formazione "peer to peer"
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	associazioni , utenti e famiglie
<b>Referenti dell'intervento</b>	Greci Marina
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

“Migliorare l’accesso, la comprensione e l’utilizzo delle informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute: focus sull’accoglienza dei richiedenti asilo”

Approvato

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Progetto Provinciale Fasce Deboli</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	I richiedenti asilo sono una categoria di popolazione a rischio elevato di minore accessibilità ai Servizi Sanitari per difficoltà di comprensione dei percorsi, sia linguistica che culturale. Inoltre possono avere abitudini di vita che hanno un impatto su alcune patologie cronicodegenerative (ipertensione, diabete) e possono essere più esposti all’abuso di sostanze (fumo, alcool, droghe, uso scorretto dei farmaci). L’AUSL di Reggio Emilia partecipa dal 2017 al Progetto FAMI STRAT-ER che ha l’obiettivo di individuare e ridurre le vulnerabilità nei richiedenti asilo accolti sul territorio regionale.
<b>Descrizione</b>	Il Progetto prevede, tra le azioni individuate, anche la creazione e la revisione di materiale formativo e informativo con la partecipazione e il contributo di utenti e operatori dei Servizi sanitari, sociali e del terzo settore (mediatori culturali e cooperative di accoglienza per i richiedenti asilo).
<b>Destinatari</b>	Richiedenti asilo accolti sul territorio reggiano
<b>Azioni previste</b>	Produzione di due opuscoli informativi/educativi riguardati: - orientamento e accesso ai Servizi (emergenza-urgenza, Medico di Medicina Generale, Centro Salute Famiglia Straniera e Caritas, percorsi legislativi e amministrativi ecc.) - stili di vita e benessere sessuale (alimentazione corretta, consigli per la sicurezza in casa, prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili). Gli opuscoli sono tradotti in multilingue (italiano, inglese, francese, arabo, russo, bengali, tigrino, pasto, urdu). Vengono consegnati a tutti i richiedenti asilo all’arrivo sul territorio e illustrati dagli operatori di accoglienza. Sono stati elaborati e saranno periodicamente rivalutati in base alle osservazioni emerse, con la collaborazione degli utenti, degli operatori sociali, dei mediatori culturali e degli operatori delle cooperative di accoglienza.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	integrazione e collaborazione tra AUSL, Servizi Sociali e terzo settore
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio Sociale, Reti Temporanee d’Impresa Dimora D’Abramo e Oville.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Lucia Monici, AS Carla Severi e Gruppo Fasce Deboli
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

“PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI:  
Progetto di prevenzione, diagnosi precoce, cura e sorveglianza epidemiologica delle  
infezioni sessualmente trasmissibili (IST) nella Provincia di Reggio Emilia”

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Dipartimento Cure Primarie</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Ogni giorno nel mondo ci sono più di un milione di nuove diagnosi di IST. In Italia le segnalazioni di MST hanno subito recentemente un incremento notevole: + 25% a partire dal 2005-2013 rispetto al periodo 1991-2004 (da 4.000 a 6.500 casi/anno), negli uomini + 41%. L'aumento si è osservato soprattutto nella popolazione italiana (in particolare nella fascia di età 15-25 anni) e tra i maschi omosessuali.</p> <p>Gli immigrati possono rappresentare una popolazione a rischio particolarmente elevato, in quanto caratterizzati da maggior frequenza di condizioni di fragilità (violenza sessuale, lavoro in strada, uso di droghe ecc.), condizioni di vita particolarmente vulnerabili e minore accessibilità ai Servizi. Non sono inoltre raggiungibili con programmi di screening rivolti alla popolazione generale. I dati relativi all'attività di screening IST svolta presso il Centro Salute Famiglia Straniera di RE (CFS) dal 1/1/2004 al 31/12/2017 mostra un rischio elevato di IST negli immigrati senza permesso di soggiorno in particolare nei transessuali (il 66% dei transessuali è risultato positivo per sifilide e il 7% per HIV, con rischio notevolmente più elevato rispetto al resto del campione, che ha valori di 4% e 1% rispettivamente) e nei soggetti di sesso maschile provenienti dall'Est Europa (10% di positività per HCV rispetto al 5% del campione).</p> <p>Vista l'elevata diffusione delle IST nella popolazione e le possibili ripercussioni sia sulla salute dei singoli individui che sulla collettività, per una gestione efficace delle IST sono fondamentali la diagnosi precoce e la multiprofessionalità dell'equipe di lavoro. Nel corso del 2016-2017 è stata effettuata, su indicazione regionale, una mappatura dei Servizi dedicati alle IST: la Provincia di Reggio Emilia è risultata l'unica realtà della Regione Emilia Romagna priva di un ambulatorio dedicato alla prevenzione, diagnosi precoce e cura delle IST. Non esiste inoltre un flusso di dati organico che permetta, attraverso le segnalazioni di IST, di monitorare l'andamento epidemiologico.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto si propone di mantenere l'attività del percorso Eva Luna: il CFS dal 2004 offre in modo sistematico lo screening per HIV, HBV, HCV e sifilide. Il percorso è nato per offrire lo screening alle prostitute, poi negli anni è stato esteso alle seguenti popolazioni: transessuali, richiedenti asilo all'arrivo a RE, utenti con una IST sospetta o accerta e utenti con rapporti a rischio. Per intercettare le prostitute e i transessuali è stata creata nel tempo una stretta collaborazione con gli operatori dell'Unità di Strada (UdS) che operano all'interno del Progetto Rosemary del Comune di RE. Gli operatori dell'UdS si recano nei luoghi della prostituzione con gli obiettivi di monitorare il fenomeno e di fare sensibilizzazione sanitaria, attraverso distribuzione di materiali informativi, la consegna diretta di materiale sanitario e l'accompagnamento ai servizi sanitari. Gli operatori offrono attivamente agli utenti che lavorano in strada la possibilità di accedere al CS in un momento dedicato (concordato nel</p>



	<p>Mercoledì pomeriggio dalle ore 14 alle ore 17) per effettuare lo screening IST ed eventuali valutazioni mediche/ostetriche/ginecologiche. Sono presenti in salta d'attesa per accompagnare gli utenti intercettati e per creare un ponte con gli operatori sanitari; su richiesta degli utenti, possono essere presenti in occasione delle visite mediche e dello screening.</p> <p>Al fine di mantenere un buon livello di adesione al percorso di screening, trattamento e follow-up, presso il CS è stato implementato inoltre un sistema di monitoraggio della compliance su base infermieristica, con chiamata attiva dei soggetti che non si presentano ai controlli. Gli operatori dell'UdS partecipano al monitoraggio dell'adesione, ricordando agli utenti le date degli appuntamenti presso il CS, e vengono coinvolti in caso di necessità di recupero di utenti che non si presentano.</p> <p>Il progetto inoltre si propone di: istituire un coordinamento provinciale sulle IST, al fine di creare e migliorare i percorsi per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento delle IST; di creare un protocollo provinciale che definisca i percorsi in rete tra i diversi Servizi e specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti con IST sospetta o accertata; di aprire un ambulatorio provinciale dedicato alla diagnosi precoce e cura delle IST, all'offerta dei test di screening alle popolazioni a rischio e all'offerta delle vaccinazioni alle categorie che hanno diritto alla gratuità; di avviare un flusso di dati a livello provinciale che permetta il monitoraggio epidemiologico delle IST; di formare i professionisti coinvolti nella gestione degli utenti con IST sospetta o accertata. Il progetto permetterà di diminuire/eliminare la frammentazione attualmente esistente a livello provinciale, sistematizzando tutti gli aspetti legato alle IST (identificazione del rischio, screening, educazione sanitaria, valutazione specialistica, consegna del trattamento, follow-up, vaccinazioni) e concentrando la gestione del paziente in un unico luogo caratterizzato da elevata professionalità e multidisciplinarietà. Il coordinamento e la multiprofessionalità del gruppo di lavoro permetteranno di mantenere un elevato standard di adesione alle linee-guida internazionali. L'erogazione diretta dei trattamenti e il sistema di follow-up attivo in ambulatorio IST miglioreranno l'adeguatezza e l'adesione ai percorsi, riducendo il rischio di resistenza e di trasmissione delle infezioni nella popolazione generale</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Utenti a rischio per IST e con IST sospetta o accertata</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mantenimento del percorso Eva Luna, monitoraggio periodico dell'attività attraverso incontri con gli operatori dell'Unità di Strada e del Comune, verifica periodica dell'andamento dell'accesso degli utenti e delle positività riscontrare.</li> <li>2) Creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e di un coordinamento provinciale sulle IST, che coinvolga gli specialisti di riferimento ospedalieri e territoriali, con la finalità di costruire una rete di collaborazione e definire i percorsi per i pazienti che necessitano di un approccio multi professionale, al fine di creare e migliorare i percorsi per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento delle IST.</li> <li>3) Stesura di un protocollo provinciale condiviso in sede di coordinamento, che definisca i percorsi per i pazienti con IST, specificando le competenze dei diversi Servizi e professionisti coinvolti, le modalità di invio e presa in carico dei pazienti in un'ottica di lavoro in rete tra i diversi Servizi e specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti con IST sospetta o accertata .</li> <li>4) Apertura di un ambulatorio provinciale del Dipartimento di Cure Primarie di un ambulatorio provinciale all'interno del CFS dedicato alla diagnosi precoce e cura delle IST e alla ricerca e trattamento dei contatti a rischio. Si prevedono due giornate di apertura settimanale pomeridiana, da aumentare eventualmente in base all'andamento degli accessi.</li> <li>5) Istituzione di un flusso di dati a livello provinciale che permetta il monitoraggio epidemiologico delle IST, al fine di monitorare l'andamento delle IST e di rilevare precocemente eventuali criticità nei percorsi</li> <li>6) Formazione dei professionisti ospedalieri e territoriali coinvolti nella gestione dei pazienti a rischio e con IST sospetta o accertata.</li> </ol>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>: L'attuazione del progetto prevede il coinvolgimento di Centro per la Salute della Famiglia Straniera, Malattie Infettive, SeRDP, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Servizi specialistici ospedalieri e territoriali (Dermatologia, Ginecologia, Urologia, Microbiologia ecc.), Consulenti Familiari, Servizio Farmaceutico, Comune di Reggio Emilia, Caritas Reggiana, Regione Emilia-Romagna</p>

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Progetto Rosemary del Comune di RE (appartenente al progetto della Regione Emilia Romagna Oltre la Strada), Caritas Reggiana, Associazioni di volontariato Rabbuni, Centro Aiuto alla Vita, Progetto Maria di Magdala
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Baniela Bertani, Dott.ssa Francesca Bonvicini, Dott.ssa Greci Marina
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Accesso in situazioni di emergenza-urgenza ai servizi territoriali di NPIA

Approvato

### 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>NPIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

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

	<p>La richiesta può essere fatta pervenire alla segreteria del servizio, negli orari di apertura, direttamente da parte dell'utente o dei colleghi del Servizio Ospedaliero.</p> <p>Il Direttore del Servizio attiva l'accesso ad uno dei professionisti che fanno parte dei gruppi di lavoro dedicati all'intervento in tema di disturbo post-traumatico e violenza sessuale.</p>
<b>Destinatari</b>	Utenza in età 0 - 18 anni
<b>Azioni previste</b>	<p>Individuazione del gruppo di professionisti referente per gli interventi sul disturbo post traumatico e delle risorse orarie dedicate agli specifici percorsi di trattamento.</p> <p>Formulazione dei criteri di accesso.</p> <p>Individuazione del gruppo di professionisti referente per gli interventi sull'abuso sessuale e delle risorse orarie dedicate agli specifici percorsi di trattamento.</p> <p>Formulazione dei criteri di accesso</p> <p>Monitoraggio e mantenimento dei percorsi sull'urgenza da parte dei servizi territoriali</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto alla violenza di genere.</p> <p>Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto al maltrattamento e all'abuso.</p> <p>Interventi integrati socio-sanitari in tema di prevenzione e percorsi di cura in adolescenza</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento emergenza-urgenza,NPIA ospedaliera,Dipartimento Materno Infantile, Servizi Sociali Territoriali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Gildoni, Dott.ssa Dazzani, Dott. Micella
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

# ACCOGLIENZA SANITARIA DEI MSNA E DI MINORI STRANIERI IRREGOLARI CON FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE \_\_\_

Approvato

## 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>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>CENTRO PER LA SALUTE DELLA FAMIGLIA STRANIERA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>LE ATTIVITA' RIVOLTE AI MINORI SI ATTESTANO DA VARI ANNI SU UNA PERCENTUALE DI CIRCA 10-12% DEI DATI ANNUALI DEL CENTRO PER LA SALUTE DELLA FAMIGLIA STRANIERA ( CIRCA 250 UTENTI ANNO E CIRCA 900 VISITE ). NEGLI ULTIMI 4 ANNI, IN RELAZIONE SIA ALL'APERTURA A REGGIO DEL PROGETTO SPRAR PER MINORI CHE ALL'APERTURA DI NUOVE STRUTTURE PER MSNA, SI E' VISTO UN AUMENTO DI STRANIERI ADOLESCENTI IN COMUNITA' ( TRA IL 2015 E 2017 OLTRE 100 RAGAZZI ACCOLTI DI QUESTI ULTIMI DUE TARGET). LE ATTIVITA' SANITARIE DI PRESA IN CARICO SONO SEMPRE EFFETTUATE CON LA RETE DI OPERATORE E STRUTTURE DI ACCOGLIANZA SIA IN TERMINI DI PROGETTUALITA' (REVISIONE DI PERCORSI , CRITICITA' SOCIALI , CRITICITA' DI ISCRIZIONE AL SSR, VERIFICA ECC) CHE DI VALORIZZAZIONE E CENTRALITA' DELLA PRESA IN CARICO DEL MINORE- IN RELAZIONE ALLA RETE ATTUALE DI ACCOGLIENZA E IN RELAZIONE ALLE INDICAZIONI DI QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA ( SCHEDA 37) RITENIAMO NECESSARI NUOVI PERCORSI RIVOLTI A RIVEDERE E RINFORZARE L'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE SIA DEGLI ADOLESCENTI MSNA CHE DEI MINORI CON FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE</p>
<b>Descrizione</b>	<p>IL SISTEMA ATTUALE PREVEDE UNA DIVERSA PRESA IN CARICO SOCI-SANITARIA DEI DUE MACRO GRUPPI TARGET : ACCOGLIENZA SANITARIA DI MSNA E MINORI CON FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE.</p> <p>PER LA PRIMA CATEGORIA ESISTE UNA PROCEDURA DI ACCOGLIENZA CHE IN QUESTO MOMENTO NECESSITA DI PERCORSI DI REVISIONE E MIGLIORAMENTO PER I SEGUENTI MOTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UNA PRECOCE PRESA IN CARICO</li> <li>- UNA FACILITA' E SEMPLIFICAZIONE DI ACCESSO AMMINISTRATIVO ALLA AUSL</li> <li>- UNA COSTANTE FORMAZIONE DEGLI OPERATORI</li> <li>- UNA CONTINUITA' EDUCATIVA DEI PERCORSI SANITARI ANCHE DOPO IL 18 ANNO DE'ETA'</li> <li>- LA VERIFICA DEI RISULTATI</li> <li>- UNA STABILITA' DELLA EQUIPE MULTIPROFESSIONALE</li> </ul> <p>PER LA SECONDA MACRO AREA DI PROTEZIONE E TUTELA DI MINORI CON FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE LE CRITICITA' SU CUI LAVORARE SONO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UNA PRECOCE PRESA IN CARICO</li> <li>- UNA FACILITA' E SEMPLIFICAZIONE DI ACCESSO AMMINISTRATIVO ALLA AUSL</li> <li>- LA VERIFICA DEI RISULTATI</li> <li>- MANCANZA DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALE</li> <li>- UNA MIGLIORE COMPrensione DEGLI ASPETTI "LEGALI" DI STABILITA' IN ITALIA DEL NUVCL</li> </ul>

<b>Destinatari</b>	COMUNE DI RE , COOPERATIVE DELLE COMUNITA' DI ACCOGLIENZA PER MSNA, SPRAR, CARITAS, AREA AMMINISTRATIVA AUSL
<b>Azioni previste</b>	VALUTARE LA REALIZZAZIONE DI DATABASE SEMPLIFICATI PER RACCOLTA DATI - CONSOLIDARE LA RETE DEI PROFESSIONISTI SIA DAL PUNTO DI VISTA ISTITUZIONALE CHE DAL PUNTO DI VISTA PROFESSIONALE - SOSTENERE E PROMUOVERE FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E DEI MSNA - GARANTIRE I PERCORSI DI SALUTE FACILITATI NELL'ACCESSO E DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - FACILITARE LA RETE CON AZIONI DI SOSTEGNO PER FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE (NEUROPSICHIATRIA , SCUOLA ECC.) - MONITORAGGIO DEI RISULTATI
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI REGGIO EMILIA , CARITAS
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ASSISTENTI SOCIALI, OPERATORI SANITARI ED AMMINISTRATIVI AUSL, EDUCATORI PROFESSIONALI, MEDIATORI CULTURALI, VOLONTARIATO CARITAS, VOLONTARIATO TERZO SETTORE, UNITA' DI PROSSIMITA'
<b>Referenti dell'intervento</b>	FORNACIARI ROSSANO, BONVICINI FRANCESCA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 1

**1°: 37.5**

**Descrizione:** Minori stranieri trattati in modo integrato sanitario e sociale

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** 100 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 100

- **Obiettivo 2019:** 100

- **Obiettivo 2020:** 100

## Accoglienza e accompagnamento residenziale per uomini e donne con Dipendenza Patologica in situazione di marginalità estrema e/o con importante comorbidità psichiatrica

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>SerDP</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>È indispensabile che le politiche per le Dipendenze Patologiche vengano attuate in armonia con le politiche Sociali, in particolare quando alle situazioni di marginalità estrema sono associati importanti quadri psicopatologici, garantendo una unitarietà di visione e di strategia nei numerosi ambiti in cui vengono a sovrapporsi (prevenzione, promozione della salute, inclusione e comunicazione sociale) e nelle numerose aree in cui una stretta sinergia è requisito per il successo degli interventi: adolescenza, alcolismo, disturbi del comportamento alimentare, comorbidità psichiatrica, fasce marginali e disabilità.</p> <p>Per il trattamento dei pazienti con Dipendenza Patologica con associata comorbidità psichiatrica è attivo un protocollo di collaborazione coi Servizi di Salute Mentale Adulti a livello Dipartimentale e un gruppo di lavoro chiamato "Team Doppia Diagnosi" nel Distretto di Reggio Emilia.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Gli interventi programmati per questo progetto di lavoro sono realizzati nelle seguenti aree:</p> <p>1. Pazienti con gravi patologie e in condizione di marginalità sociale estrema.</p> <p>1.1. Percorsi di Accoglienza Residenziale Socio-Sanitaria, rivolti a pazienti multiproblematici con abuso alcolico e con autonomie parziali, pazienti con deficit cognitivi e problemi sanitari acquisiti come esito di abuso di sostanze e stili di vita a rischio, che necessitano di accoglienza residenziale e accompagnamento a lungotermine, finalizzato al mantenimento delle abilità residue e alla protezione dalla ricaduta nella dipendenza da alcol e sostanze. Per la complessità delle problematiche da trattare possono rendersi necessarie collaborazioni con i Servizi Disabili Adulti, Servizio Infermieristico Domiciliare, Servizi Sociali (AUSL e Territoriali). In questi casi è fortemente raccomandata una progettazione socio-sanitaria riferita, oltre che a singoli casi, anche alla ricerca di soluzioni per tipologie. Per questa tipologia di utenti si ritiene indispensabile l'attivazione di UVM.</p> <p>1.2. Interventi educativi territoriali a bassa e media intensità assistenziale, realizzati da operatori del Privato sociale. A fronte di progettazioni sperimentali per situazioni estreme, si attuano percorsi personalizzati, modulati, flessibili, volti ad "accompagnare" persone in situazioni di estrema marginalità e compromissione psichica o fisica verso livelli di autonomia progressivamente maggiore. La gradualità dei passaggi fra interventi con diversa intensità assistenziale è finalizzata al raggiungimento del massimo grado di autonomia clinicamente possibile sia in contesti residenziali protetti che in soluzioni abitative autonome.</p> <p>1.3. Interventi del Servizio Socio-Educativo Domiciliare – SSED. Obiettivo del progetto è offrire un sistema (pubblico e privato sociale) nell'area del disagio complesso, secondo criteri di forte integrazione fra servizi sociali, sanitari e le organizzazioni del privato sociale attraverso il consolidamento del percorso di accompagnamento educativo, a supporto di persone con disagio psico-fisico e sociale grave. Il progetto si fonda sulla presa in carico e monitoraggio da parte di una equipe multiprofessionale afferente ai diversi Servizi coinvolti.</p>

	<p>2. Pazienti con Dipendenza Patologica con Comorbidità Psichiatrica in situazioni di marginalità. Presentano problematiche tali da richiedere risposte articolate che in parte rientrano a pieno titolo nel sistema di cura ambulatoriale (SerDP, CSM), residenziale (Alda Merini, COD Carpineti, Comunità Specializzate e non, Residenze a Trattamento Intensivo e Protratto - RTI e RTP, SPDC, Cliniche) e in parte evidenziano criticità nella costruzione dei percorsi post-dimissione. Si tratta infatti di soggetti esposti sia ai rischi della ricaduta nell'uso di sostanze sia nello scompensamento psichico che richiedono, a lungotermine, accompagnamento e protezione sociale e sanitaria da eventi troppo stressanti e stili di vita a rischio. Per questa tipologia di utenti si ritiene indispensabile l'attivazione di UVM e la discussione nel Team "Doppia Diagnosi".</p> <p>3. Servizi di prossimità. L'intervento è realizzato dal Comune di Reggio Emilia attraverso una apposita convenzione con l'Associazione Papa Giovanni XXIII per la gestione di azioni/progetti sottesi all'ambito di lavoro nell'area della riduzione del danno e della reintegrazione sociale con le persone in situazione di marginalità, con percorsi per l'accoglienza anche a Bassa Soglia di Accesso.</p> <p>4. Percorsi per l'Accoglienza. Si è costituito ormai da qualche anno un gruppo di lavoro composto dai Comuni del Distretto, Azienda USL Distretto di Reggio Emilia, Pronto Soccorso S. Maria Nuova, Caritas Diocesana, Cooperazione Sociale, Privato Sociale, Parrocchie. Ha come obiettivo la riformulazione del sistema dell'offerta pubblica e privata nell'area della marginalità, secondo i criteri di una maggiore integrazione fra servizi sociali e sanitari e in stretta interazione con le organizzazioni del privato sociale. In particolare attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consolidamento del percorso di ospitalità e/o accompagnamento educativo a supporto di situazioni di disagio complesso;</li> <li>- costruzione di strumenti di analisi che consentano di definire una banca dati comune e la costruzione di tipologie di situazioni;</li> <li>- avvio di un tavolo di confronto con le organizzazioni del privato sociale e della cooperazione sociale per la costruzione di nuove opportunità per donne in condizioni di marginalità, in particolare per l'ospitalità notturna.</li> <li>- utilizzo e rielaborazione della mappa delle risorse realizzata dal Tavolo Tematico "Contrasto alla Povertà e all'esclusione sociale".</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Utenti con Dipendenza Patologica in situazione di marginalità estrema e/o con importante comorbidità psichiatrica.
<b>Azioni previste</b>	<p>Valutazione ambulatoriale anche tempestiva presso il Centro a Bassa Soglia di Accesso e, quando necessario, congiunta con Pronto Soccorso, SPDC, CSM, MMG, Servizi Sociali AUSL e Comunali, Enti Accreditati.</p> <p>Attivazione percorso "Team Doppia Diagnosi" per la valutazione e presa in carico in Doppio Assetto dei pazienti con grave comorbidità psichiatrica.</p> <p>Progettazione e realizzazione di programmi di trattamento personalizzato.</p> <p>Inserimento in Enti Accreditati, CAN maschile e femminile.</p> <p>Monitoraggio trattamenti.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Manutenzione della rete territoriale e progettazione/implementazione di nuovi progetti di intervento a partire dai nuovi bisogni di questa tipologia di utenti particolarmente gravi.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	SerDP della provincia, CSM, SPDC, Servizio Sociale AUSL e Comunali, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova (Pronto Soccorso, Reparto Malattie Infettive, altri Reparti) Enti Accreditati, Caritas e rete della Accoglienza Invernale.
<b>Referenti dell'intervento</b>	SerDP Reggio Emilia: Bosi, Zannini, Bussolati
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**



---

Indicatori locali: 0

---

## ACCOGLIENZA ED INTEGRAZIONE FAMIGLIE PROVENIENTI DA ALTRI PAESI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COLLINE MATILDICHE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	Famiglie immigrate straniere Famiglie Unione Colline Matildiche
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventi di mediazione interculturale e linguistica nei servizi sociali, educativi e scolastici, sanitari;</li> <li>- interventi di socializzazione e orientamento alla opportunità del territorio (anche di natura culturale, del mondo del volontariato);</li> <li>- sostegno all'apprendimento della lingua italiana (con corsi di alfabetizzazione pensati appositamente per favorire la partecipazione di mamme con bambini piccoli);</li> <li>- percorsi di formazione per gli insegnanti finalizzati a migliorare l'accoglienza di studenti neo-arrivati;</li> <li>- affiancamento alle singole famiglie (a seguito di ricongiungimenti familiari) finalizzato in modo particolare a garantire un adeguato inserimento di bambini e ragazzi nel percorso scolastico;</li> <li>- corso di arabo (gruppo maggiormente presente nel territorio) per favorire la promozione delle cultura e delle lingua di origine nelle seconde generazioni;</li> <li>- spazi d' incontro bambini/genitori e spazio "piccolissimi" (Progetto Sostegno Natalità - Fondo Intesa Famiglia);</li> <li>- corsi massaggio neonatale ;</li> <li>- progetti di comunità' e volontariato familiare.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>In collaborazione con :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- servizi educativi 0/6 anni e Istituti comprensivi dei comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano s/C</li> <li>- politiche giovanili dell'Unione Colline Matildiche;</li> <li>- AUSL RE – psicologia clinica e neuropsichiatria infantile.</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro delle famiglie;</li> <li>- Servizio sociale adulti e servizio minori;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coordinamento pedagogico sovracomunale;</li><li>- Istituti comprensivi;</li><li>- terzo settore (per attivazione mediatori culturali)</li><li>- Banca del Tempo;</li><li>- ass.ni di volontariato;</li><li>- gruppi informali di famiglie immigrate;</li><li>- Casa della Salute di Puianello.</li></ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Catia Grisendi
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 51.773,72**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **11.000,00 €**
- Centri per le Famiglie: **14.153,72 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COLLINE MATILDICHE*): **26.620,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## AGENZIA PER L'AFFITTO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Altro</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015)
<b>Descrizione</b>	<p>Agenzia per l'Affitto è un servizio che facilita l'incontro tra domanda e offerta di alloggi in affitto. Creato da 65 Enti e gestito da Acer Reggio Emilia, ha l'obiettivo di</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tutelare i proprietari dal rischio di morosità e di danneggiamento dell'alloggio</li> <li>• offrire agli inquilini, che non possono accedere all'edilizia popolare, alloggi a canone d'affitto più vantaggioso rispetto a quelli del libero mercato (CANONE CONCORDATO, SOSTENIBILE).</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Proprietari (ACER trova l'inquilino ideale, risolve tutte le pratiche e garantisce un affitto) ed inquilini (canone d'affitto e spese di gestione sono sostenibili rispetto al bilancio familiare)
<b>Azioni previste</b>	Raccolta delle manifestazioni di interesse dei proprietari sulla base dei requisiti definiti, selezione degli inquilini, tutela economica, mediazione sociale e culturale
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ACER, Comune di Reggio Emilia _ Servizio Mobilità, Housing sociale e Progetti speciali
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Acer Reggio Emilia          Ufficio E.R.S. Edilizia Residenziale Sociale          Via della Costituzione, 6          42124 Reggio Emilia          Tel. 0522/236675          Fax 0522/236699          agenzia.affitto@acer.re.it</p> <p>Servizio Mobilità, Housing sociale e progetti speciali          Arch. Vittorio Gimigliano          Tel. 0522/585043          vittorio.gimigliano@comune.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## AGENZIA URBANA "ABITARE SOLIDALE"

Approvato

## Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015)
<b>Descrizione</b>	L'Amministrazione comunale di Reggio Emilia promuove l'iniziativa 'Abitare solidale', per incrociare la domanda e l'offerta di abitazioni in affitto A CANONE SOSTENIBILE, per persone in condizioni di disagio abitativo temporaneo. L'affitto A CANONE SOSTENIBILE è calcolato in base a : <ul style="list-style-type: none"> <li>•il valore della proprietà, che dipende dalla qualità dell'abitazione, dalla zona in cui è situata e dall'andamento del mercato immobiliare;</li> <li>•le diverse capacità economiche del futuro inquilino e dovrà essere uguale o inferiore al 30% del reddito annuo complessivo del nucleo familiare</li> </ul> A partire da novembre 2017 i proprietari di immobili sfitti potranno dunque manifestare interesse e disponibilità ad affittare A PREZZO CALMIERATO a persone che si trovino in difficoltà economiche: il Comune di Reggio Emilia si impegna a fare da "garante", a seguito della sottoscrizione del contratto, impegnandosi a supportare proprietari e locatari con eventuali contributi e risorse, tramite azioni di mediazione sociale e accompagnamento all'abitare in grado di incrementare la sostenibilità e fattibilità gestionale e sociale dell'azione.
<b>Destinatari</b>	Cittadini proprietari di appartamenti sfitti e persone in cerca di alloggio con difficoltà economiche
<b>Azioni previste</b>	Raccolta delle manifestazioni di interesse dei proprietari sulla base dei requisiti definiti, selezione degli inquilini, tutela economica, mediazione sociale e culturale
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio Mobilità, Housing sociale e Progetti speciali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Arch. Vittorio Gimigliano Tel. 0522/585043 vittorio.gimigliano@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

# A-GYM: ATTIVITA' MOTORIA E SOCIALIZZANTE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e d

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	La palestra, quale luogo per favorire opportunità di socializzazione, oltre che per la tradizionale attività motoria. Il Servizio prevede un'articolazione di corsi e attività presso la palestra accessibile e completamente rinnovata di proprietà di ASP Città delle persone, nell'arco della giornata dal mattino alla sera, dal lunedì al sabato e con orari differenziati per poter consentire le maggiori possibilità di frequenza agli iscritti, sia ad attività individuali, che di gruppo.
<b>Descrizione</b>	A-GYM è un servizio di attività motoria e socializzante a favore di persone in condizione di fragilità motoria permanente o temporanea, persone anziane, persone di varia età che necessitano di Attività Fisica Adattata e/o attività motoria dedicata Oltre gli spazi destinati alle attività fisiche (spazio palestra per attrezzi e corsi, spazio spogliatoio, ...), è composta anche da uno spazio dedicato all'accesso/accolgenza degli iscritti, tipo segreteria/saletta di attesa da intendere anche come club house, luogo in cui potersi fermare e stare, perciò non solo luogo di ingresso/uscita dalle attività.
<b>Destinatari</b>	<p>Persone in condizione di fragilità (temporanea o permanente):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. persone disabili adolescenti e adulte inviate dai servizi sociali, socio-sanitari e/o sanitari, ovvero con invio certificato da parte delle strutture sanitarie e riabilitative dell'AUSL e dell'AOSMN che, con protocollo specifico, forniscono una consulenza specialistica, presso la sede dell'attività oppure in ambulatorio, per la formulazione e valutazione preliminare del programma motorio più adeguato per l'utente). Queste persone necessitano o desiderano svolgere attività motoria per il mantenimento di autonomie fisiche e desiderio di socializzare. Si tratta di persone con disabilità motoria sia congenite, sia come esito stabilizzato di evento acuto, sia in quanto patologie cronico-progressive che possono trarre un significativo giovamento da adeguati programmi di attività motoria non riabilitativa;</li> <li>2. persone di varia età che, per traumi, impedimenti fisici momentanei, condizioni contingenti e temporanee o specifici quadri neurologici (ad esempio: M. di Parkinson, emiplegici, ...), necessitano di AFA e/o attività motoria dedicata su indicazione dei Servizi sanitari di Riabilitazione dell'AUSL e dell'AOSMN, che, con protocollo specifico, forniscono una consulenza specialistica, presso la sede dell'attività oppure in ambulatorio, per la formulazione e valutazione preliminare del programma motorio più adeguato per l'utente;</li> <li>3. persone disabili con certificato d'invalidità, adolescenti e adulte,</li> <li>4. persone anziane residenti nel Distretto di Reggio Emilia.</li> <li>5. Altri cittadini, no in condizione di fragilità, di ogni età e stato di salute, che desiderano frequentare le attività e i corsi offerti dal gestore nel programma di attività del servizio.</li> </ol>

<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Conduzione e organizzazione di iniziative, corsi e attività motorie e socializzanti, realizzate a favore di singoli utenti, mediante accompagnamenti individuali e/o azioni progettuali gruppalmente appositamente allestiti con la finalità di sviluppare e favorire la mobilità fisica e funzionale, oltre che favorire la socializzazione.</p> <p>Offrire uno “spazio d’incontro” in cui le persone possono condividere passioni, interessi e bisogni legati all’attività fisica e allo sport, è un luogo in grado di valorizzare risorse e autonomie in chiave evolutiva.</p> <p>Promuovere una prospettiva di inclusione sociale, attraverso la realizzazione di iniziative sportive con finalità non agonistica, ma socializzante e ludico-ricreativa per un ben-essere complessivo della persona e della comunità</p> <p>sviluppare, laddove possibile, interazioni progettuali volte ad arricchire le opportunità di socializzazione degli iscritti, così come della comunità locale</p> <p>connettersi a progettualità e percorsi in essere attuati da altri soggetti del territorio in continuità con gli obiettivi del presente servizio e adeguati al singolo frequentante o a gruppi.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>politiche sociali e sanitarie politiche per l'inclusione</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>il Comune di Reggio Emilia, AUSL azienda FCR, Reggio Città senza Barriere Uisp Gast ASP città delle persone comunità locale</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>dott. Lucio Pederzoli -responsabile H adulti ausl re lucio.pederzoli@ausl.re.it</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## ALLOGGI ASSISTENZA ABITATIVA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015)
<b>Descrizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alloggi E.R.P. utilizzati per emergenza abitativa;</li> <li>- alloggi non E.R.P - arredati - concessi in uso a posto letto - con gestione diretta del Comune;</li> <li>- alloggi non E.R.P. - appartamenti arredati - struttura Jerry Masslo;</li> <li>- alloggi non E.R.P. - appartamenti arredati - struttura via Dalmazia,</li> <li>- pensionato Cavazzoli</li> <li>- Casa Albergo comunale (servizio di accoglienza in ospitalità temporanea ed appartamenti per nuclei familiari in emergenza abitativa).</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	Nuclei familiari in difficoltà economica con conseguente perdita dell'alloggio (sfratti); persone che hanno necessità di allontanarsi dal nucleo originario per situazioni di conflitti in essere; nuclei che dopo percorsi di trattamento socio sanitario hanno la necessità di una sistemazione abitativa per il periodo necessario al reperimento di un alloggio in modo autonomo; nuclei familiari con componenti in condizioni sanitarie difficili; persone senza alloggio e che non sono in grado di ottenere una autonomia sufficiente a supporto dei servizi o di reti per dare stabilità; nuclei composti da madri con figli con difficoltà temporanee di inclusione sociale
<b>Azioni previste</b>	<p>Ospitalità temporanea attraverso l'utilizzo di un alloggio o posti letto in concessione provvisoria</p> <p>Accompagnamenti mirati a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. recuperare una situazione economica più stabile attraverso il reperimento di un lavoro;</li> <li>2. recuperare strumenti e comportamenti adeguati per l'utilizzo di un alloggio (per potere assumerne le responsabilità che derivano dall'aver una casa)</li> <li>3. recuperare e sviluppare capacità imprenditoriali della persona</li> <li>4. recuperare capacità economiche sufficienti per stabilizzarsi sul nostro territorio con un contratto autonomo per l'uso di un alloggio</li> </ol> <p>Promuovere incontri con referenti della gestione delle strutture, dei servizi e realtà rappresentative del territorio per individuare modi e risorse per facilitare una collocazione sul territorio delle persone che hanno bisogno di sostegno continuativo per mantenere in forma stabile una collocazione abitativa</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di RE, AUSL, Cooperazione Sociale, Organizzazioni di Volontariato, ACER, Parrocchie, Centri ricreativi



<b>Referenti dell'intervento</b>	Rita Borghi Tel. 0522/456970 rita.borghi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## APPARTAMENTI PROTETTI ANZIANI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	<p>La casa e il quartiere vanno pensati come fonti di autonomia, sicurezza, benessere per gli anziani.</p> <p>Gli appartamenti protetti sono tesi a rispondere ad anziani con ridotte autonomie e costituiscono l'avvio di un processo che tenta di offrire percorsi innovativi di risposta più coerente e comunque connessa alla rete di servizi attivati, volta alla realizzazione dell'orientamento al mantenimento dell'anziano nel suo domicilio.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Gli obiettivi specifici sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantire sostegno a domicilio, in caso di progressiva perdita di autonomia.</li> <li>2. Mantenere uno spazio di vita che l'anziano può personalizzare in base alle proprie abitudini di vita;</li> <li>3. Garantire il soddisfacimento di fondamentali bisogni della vita quotidiana sia a livello materiale che relazionale;</li> <li>4. Promuovere un senso di appartenenza al contesto, al gruppo o comunque ad un sistema significativo di relazioni;</li> <li>5. Soddisfare il bisogno di sicurezza degli anziani.</li> </ol> <p>L'insediamento abitativo dedicato deve coniugare quindi due aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il diritto dell'anziano ad invecchiare nel proprio contesto di vita e nella propria situazione socio-ambientale garantendogli un abitare sicuro, in relazione con gli altri e non obbligatoriamente in una istituzione comunitaria classica.</li> <li>2. Investendo nella necessaria flessibilità, per poter fornire risposte alle esigenze connesse a possibili peggioramenti delle autonomie, al fine di prolungare il più possibile la permanenza nella propria abitazione.</li> </ol>
<b>Destinatari</b>	<p>Anziani fragili ed in particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) anziani prevalentemente autonomi nello svolgimento delle attività della vita quotidiana ma senza rete familiare di sostegno o con rete familiare non in grado di garantire la loro assistenza ed il loro bisogno di sicurezza. Questi anziani presentano fragilità quali scarso reddito, disagio abitativo, problematiche di tipo sanitario ( escluso disagio psichico e comportamentale anche pregresso, normalmente non gestibile a domicilio).</li> <li>2) coppie di anziani soli (non necessariamente coniugi) dove uno dei due componenti mantenga buona autonomia. Questa tipologia permette di non dividere la coppia nel caso di aggravamento di uno dei due componenti poiché attualmente è molto difficile avere un presidio, nella rete dei servizi, che consenta di mantenere uniti due anziani nel caso che uno solo dei due sia affetto da problematiche sanitarie tali da richiedere un contesto protetto.</li> </ol>
<b>Azioni previste</b>	<p>accesso tramite valutazione del Servizio sociale, con l'identificazione dei supporti necessari e della quota di compartecipazione degli anziani.</p> <p>Gli investimenti progettuali dovranno essere prioritariamente volti al potenziamento delle relazioni con il volontariato e, più in generale, con la comunità territoriale che accoglie gli ospiti degli appartamenti protetti.</p> <p>Sviluppare maggiore radicamento e corresponsabilità con i soggetti locali (Centri sociali , parrocchie, associazionismo) affinché si crei reale integrazione attraverso azioni di supporto e</p>

	di connessione con le iniziative e il contesto di vita del quartiere, ivi compreso le attività di portierato sociale, qualora uno o più anziani della comunità non possano svolgere tale ruolo.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia gestori appartamenti
<b>Referenti dell'intervento</b>	Germana Corradini, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## ASSEGNAZIONE ALLOGGI E.R.P.

Approvato

## Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015)
<b>Descrizione</b>	Assegnazione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica
<b>Destinatari</b>	Nuclei familiari (anche composti da una sola persona) residenti nel Comune di Reggio Emilia, o con il richiedente con attività lavorativa nel Comune di Reggio Emilia, con reddito medio basso e in condizione di bisogno abitativo
<b>Azioni previste</b>	Gestione del procedimento di raccolta delle domande, elaborazione graduatorie semestrali, assegnazioni alloggi
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ACER, Comune di Reggio Emilia (Servizio Mobilità, Housing Sociale, Progetti Speciali; Servizi Sociali) AUSL, Organizzazioni Sindacali di categoria, CAAF
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott. Alberto Bevilacqua Tel. 0522/456283, alberto.bevilacqua@comune.re.it Francesca Bertani tel. 0522/456406 francesca.bertani@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## ASSEGNAZIONE ALLOGGI PER ANZIANI C/O RESIDENZA "GERRA"

Approvato

### Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015)
<b>Descrizione</b>	Alloggi per anziani in locazione a canone calmierato c/o la Residenza "Gerra", in località Ospizio.
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Età minima del richiedente di 65 anni compiuti;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Autosufficienza psico-fisica reale, con buon grado di autonomia, certificata secondo gli indici A.D.L. e I.A.D.L. di almeno uno dei componenti il nucleo familiare;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Cittadinanza italiana, o di uno Stato che appartiene all'Unione Europea, del solo richiedente;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Cittadinanza di altro Stato, purché il richiedente sia titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o sia regolarmente soggiornante in possesso di permesso di soggiorno per residenza elettiva, del solo richiedente;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Residenza anagrafica nel Comune di Reggio Emilia del solo richiedente;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Non essere titolari, richiedente e tutti i componenti del nucleo familiare, del diritto di proprietà, di usufrutto, uso o abitazione, su un alloggio sito nel Comune di Reggio Emilia o in comuni confinanti;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Reddito annuo complessivo fiscalmente imponibile, del nucleo familiare richiedente, compreso nei seguenti limiti: valore I.S.E non superiore ad € 64.803,00, valore I.S.E.E. non superiore ad € 27.001,00 e valore del patrimonio mobiliare lordo non superiore ad € 35.000,00;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Assenza di cause ostative ed altre norme attinenti ai requisiti di accesso, così come stabilito dal bando pubblico.</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	Gestione del procedimento di raccolta delle domande, elaborazione graduatorie, assegnazioni alloggi
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ACER, Comune di Reggio Emilia _ Servizio Mobilità, Housing sociale e Progetti speciali e Servizi Sociali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Arch. Vittorio Gimigliano Tel. 0522/585043 vittorio.gimigliano@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## ASSEGNI DI CURA ANZIANI

Approvato

## 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>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	sostegno al progetto di cura a domicilio di un anziano non autosufficiente
<b>Descrizione</b>	erogazione contributi mensili seguendo normativa regionale per caratteristiche di salute e reddito dell'anziano e livelli di erogazione
<b>Destinatari</b>	anziani non autosufficienti e loro care-giver
<b>Azioni previste</b>	tenuta delle progettazioni, tenuta budget, accompagnamento agli operatori tramite gruppo di lavoro sul tema
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/Unioni del Distretto SAA AUSL Distretto di Reggio Emilia
<b>Referenti dell'intervento</b>	Monica Gabbi, Responsabile SAA monica.gabbi@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## ASSEGNI DI CURA DISABILI (GRAVE DISABILITÀ E GRAD)

Approvato

## 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>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	sostegno a domicilio per progetti assistenziali per disabili gravi e GRAD
<b>Descrizione</b>	erogazione contributi mensili ad utenti con caratteristiche di non autosufficienza e livello di ISEE come da normativa regionale
<b>Destinatari</b>	disabili gravi e GRAD del Distretto e loro care-giver
<b>Azioni previste</b>	Revisione regolamento inserendo anche i contributi per residenzialità emancipata autogestita. tenuta budget, monitoraggio progetti
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/Unioni del distretto UV HANDICAP Servizio Disabili Adulti AUSL
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lucio Pederzoli, responsabile Servizio disabili adulti AUSL lucio.pederzoli@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---



## ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

## Riferimento scheda distrettuale: IMPLEMENTAZIONE NUOVI LEA: UN MESE GRATUITO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto reggio emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	sostegno ai progetti assistenziali a domicilio di anziani e disabili non autosufficienti
<b>Descrizione</b>	servizio accreditato, come da normativa regionale
<b>Destinatari</b>	anziani e disabili non autosufficienti
<b>Azioni previste</b>	progettazioni innovative: consegna farmaci a domicilio, implementazione nuovi LEA, ricoveri estivi programmati Tenuta e monitoraggio del sistema di erogazione gruppi di lavoro con i gestori per favorire l'innovazione, progettare la formazione
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Azienda USL distretto di Reggio Emilia Unioni/comuni del distretto gestori servizio
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano silvia.guidi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## ASSISTENZA ECONOMICA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
 16 Sostegno

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	sostegno a nuclei in difficoltà economiche, genitoriali, lavorative sia percettori di RES/REI che non percettori
<b>Descrizione</b>	interventi di sostegno economico di varia natura: contributi per affitto, utenze, buoni mensa, esenzioni servizi per l'infanzia, assegno nucleo numeroso, sostegno al reddito, Assistenza farmaceutica - Erogazione gratuita di farmaci in fascia C, misure anticrisi, in vigore dal 2009, Bonus sociale gas e Bonus sociale energia elettrica, Buoni alimentari, esoneri rette mensa scolastica, esoneri rette trasporto scolastico, morosità incolpevole
<b>Destinatari</b>	cittadini in condizione di povertà, disagio economico o povertà estrema del Comune di Reggio Emilia
<b>Azioni previste</b>	<p>Ottimizzazione dell'utilizzo del budget a disposizione per gli interventi di natura economica finalizzati a sostenere le famiglie in difficoltà economica, mediante l'erogazione di prestazioni di integrazione al reddito; formazione specifica agli operatori dei poli, tramite confronto con realtà del privato sociale e associazioni dei consumatori sulla gestione del denaro per costruire progetti individuali sempre più rispondenti alle problematiche delle famiglie con disagio economico. Raccordo/integrazione con SIA e RES.</p> <p>Realizzazione delle misure contenute nell'Accordo fra Comune di Reggio Emilia, Iren e le OO.SS.</p> <p>per il potenziamento degli interventi di natura economica a sostegno delle persone e/o famiglie colpite dalla crisi economica. Realizzazione "prese in carico leggere per famiglie colpite dalla crisi. Il sostegno deve essere collegato all'integrazione al reddito, alle spese di acquisto di beni essenziali, ai costi dell'abitazione, alla frequenza scolastica della scuola dell'obbligo, anche tramite percorsi "leggeri" che consentano rapide attivazioni a sostegno dell'autonomia di queste famiglie.</p> <p>Monitoraggio e verifica dell'iniziativa, congiuntamente a quelle che si riferiscono al sostegno per le rette per congiunti non autosufficienti, e per rette negli asili nido e scuole dell'infanzia</p> <p>Sussidi sostegno abitativo di utenti SERT e DSM. erogazione di contributi finalizzati al mantenimento della abitazione (utenze e eventuali altre spese di conduzione) in stretta connessione con i progetti di vita delle persone ed in ambito di progetti condivisi.</p>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Interventi per riduzione di rette negli asili nido e scuole comunali dell'infanzia. Interventi di bassa soglia (mense, dormitori) Distribuzione di beni alimentari Iniziative, anche sperimentali, per favorire il mantenimento dell'abitazione ed evitare l'esecuzione degli sfratti per morosità.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Istituzione Scuola, Organizzazioni Sindacali, Mense cittadine, Grande distribuzione, Caritas, Organizzazioni di Volontariato, Servizi Sociosanitari, Azienda Consorziale Trasporti, Iren
<b>Referenti dell'intervento</b>	Germana Corradini, Comune di Reggio Emilia, germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 1.091.737,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **126.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **446.657,66 €**

**Risorse comunali: 519.079,34 € di cui:**

- Reggio Emilia: **519.079,34 €**

**Indicatori locali: 0**

## AZIONI DI SISTEMA PER L'ACCOGLIENZA, LA TUTELA E L'INTEGRAZIONE A FAVORE DI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI - SPRAR - UTM

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO Partner del progetto Coop. Sociale Dimora d'Abramo ( Ente Gestore)</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	ACCOGLIENZA RICHIEDENTI ASILO
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO
<b>Azioni previste</b>	REALIZZAZIONE PROGETTO MINISTERIALE . NELLO SPECIFICO:ACCOGLIENZA ABITATIVA, INSERIMENTO SOCIO LAVORATIVO, TUTELA LEGALE, TUTELA SANITARIA
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE EDUCATIVE, DEL LAVORO, GIOVANILI, SANITARIE, DELLO SPORT
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	MINISTERO DEGLI INTERNI, REGIONE EMILIA ROMAGNA, QUESTURE, PREFETTURE, CARITAS, AZ. USL, SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE, ACER, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, SINDACATI, ENTI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE, CENTRI PER L'IMPIEGO
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 107.548,20**

- Altri fondi regionali (*CONTRIBUTO REGIONALE ATTIVITA' DI VOLONTARIATO DEI RICHIEDENTI ASILO*): **950,00 €**
- Altri fondi statali/pubbllici (*FONDI SPRAR*): **106.598,20 €**

**Indicatori locali: 0**

## AZIONI EDUCATIVE FINALIZZATE A SVILUPPARE POSSIBILI AUTONOMIE PER MINORI DISABILI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>NPIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno in particolare al domicilio, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere 'educazione personale e familiare. In quest'ottica porre l'obiettivo di una vita più indipendente ed autonoma possibile diventa orientamento di primaria rilevanza.
<b>Descrizione</b>	Attraverso interventi psico-educativi individuali o di gruppo, svolti all'interno del Servizio di Npia e in particolare in contesti domiciliari e territoriali, si favorisce l'acquisizione di Autonomie personali legate alla cura del se, la gestione delle proprie risorse e la conoscenza degli spazi e dei tempi di vita e il potenziamento di Abilità sociali e relazionali.
<b>Destinatari</b>	Utenti con disabilità e fragilità e famigliari
<b>Azioni previste</b>	Interventi educativi domiciliari e territoriali (LOTTO1 e LOTTO Autismo), interventi psico-educativi interni al Servizio (Educazione Razionale Emotiva), Atelier Educativi-Espressivi (in particolare Atelier di Cucina, Disegno, Cinema, Fotografia, Musica) attualmente in collaborazione con l'indaco.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	NPIA, COOP SOC. (attualmente coress), ASSOCIAZIONI (attualmente L'INDACO)
<b>Referenti dell'intervento</b>	Mario Asti (npia), Bonini Barbara
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## BANDO WELFARE: PROMOZIONE INIZIATIVE DI SOLIDARIETA' SOCIALE.

Approvato

### Riferimento scheda regionale

- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari  
 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;</b>

<b>Razionale</b>	Il Comune di Reggio Emilia, già da alcuni anni e concede contributi all'associazionismo cittadino/ai diversi soggetti del terzo settore operanti sul territorio, per sostenere progetti e attività a carattere sociale e socio/assistenziale, al fine di valorizzare il capitale sociale e promuoverne lo sviluppo e il maggior radicamento nella comunità, anche attraverso una forte interazione con/nel sistema dei servizi.
<b>Descrizione</b>	Il progetto prevede la messa a bando per il solo territorio comunale di risorse finalizzate a favorire reti sociali e coesione attraverso il sostegno a: 1. attività e progetti a carattere socio assistenziale; 2. avvio e gestione di iniziative di promozione e educazione sociale; 3. attività di inclusione sociale rivolte a persone in condizioni di disagio. Gli obiettivi delle azioni progettuali proposte devono essere condivisi nei luoghi di co-progettazione della comunità locale ed essere volti a: contrastare l'isolamento di persone anziane, disabili e minorenni; intercettare situazioni di fragilità non conosciute dai servizi; favorire la socializzazione e il mantenimento delle autonomie; supportare le famiglie con figli nell'organizzazione della vita quotidiana in orario extra scolastico; sostenere situazioni di fragilità economiche e sovraindebitamento promuovendo accompagnamento e consulenza alla rete dei servizi e ai cittadini.
<b>Destinatari</b>	gli Enti del Terzo Settore, di cui all'art. 4 D. Lgs n. 117/2017, in particolare: Organizzazioni di volontariato; le imprese sociali incluse le cooperative sociali, Associazioni riconosciute o non riconosciute, APS, Fondazioni, Enti religiosi e gli altri Enti di carattere privato diversi dalle società costituite per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale; gruppi di cittadini residenti a Reggio Emilia purché costituiti in associazione o comitato anche non riconosciuti, in forma scritta e registrata ai sensi del Codice Civile.
<b>Azioni previste</b>	erogazione dei contributi attraverso lo strumento del Bando; promozione e valorizzazione delle reti sociali; sostegno alla collaborazione con i servizi sociali territoriali secondo le finalità e gli obiettivi dei diversi contesti sociali e comunitari; mobilitazione e attivazione finalizzata alla coesione sociale.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per il protagonismo responsabile e la città intelligente Politiche per le relazioni internazionali Politiche educative

	Politiche giovanili Politiche culturali Politiche pari opportunità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	associazioni cooperative sociali privati cittadini comunità locale servizi
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lorenza.benedetti@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## Budget di salute

Approvato

### Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La sperimentazione del Budget di Salute si è sviluppata sulla base di una forte azione propositiva della Consulta Regionale Salute Mentale, con l'obiettivo di individuare nuovi strumenti socio-sanitari per utenti che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi tradizionali della psichiatria, soprattutto quelli relativi alla residenzialità.</p> <p>Dopo il periodo di sperimentazione occorre rendere operativi nella prassi corrente gli strumenti progettuali e di governo propri del BdS</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il BdS è uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Attivabile dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi Sociali, è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi evolutivi. Le linee di indirizzo (DGR 1554/2015) identificano gli elementi qualificanti del Budget di salute:</p> <p>a) UVM sanitaria e sociale, con il coinvolgimento di pazienti, familiari, altri soggetti vicini alla persona;</p> <p>b) Progetto personalizzato, sottoscritto dall'utente, condiviso con i familiari ed altri soggetti coinvolti nella realizzazione;</p> <p>c) Interventi nelle aree che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione-lavoro, socialità;</p> <p>d) Dimensione territoriale degli interventi (supporto alla domiciliarità, accompagnamento sul territorio, percorsi di autonomia possibile), in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale.</p>
<b>Destinatari</b>	pazienti dei Centri di Salute Mentale
<b>Azioni previste</b>	<p>a) consolidare l'uso dello strumento con gli elementi qualificanti delle linee di indirizzo;</p> <p>b) incentivare l'applicazione del Budget di salute per soggetti giovani, agli esordi;</p> <p>c) sperimentare l'applicazione dello strumento con altre tipologie di soggetti fragili;</p> <p>d) strutturare l'attività di UVM come processo di valutazione e progettazione, coerentemente alle indicazioni regionali (PG/2018/0311590 2/5/18), e in modo sistematico per i nuovi casi Budget di salute;</p> <p>e) rafforzare interventi educativi ed abilitativi domiciliari, in base alla valutazione da parte DSM-DP dell'esperienza col Privato Sociale, per un progetto personalizzato volto al recupero di autonomie nell'area dell'abitare, della gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita;</p>



<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni, cooperative sociali, orientatori/facilitatori sociali; associazioni, servizi per il lavoro
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## CAN - Casa di Ercole

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

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

<b>Razionale</b>	<p>Realizzazione di un servizio di accoglienza notturna rivolto a persone senza dimora e/o in forte disagio abitativo, con problemi legati prevalentemente alle sostanze e al gioco d'azzardo, in carico al SERT e/o alla rete dei Servizi. Primaria è la specifica funzione di aggancio e rinforzo motivazionale, oltreché di ascolto/accompagnamento della domanda laddove la persona non fosse pienamente orientata al cambiamento e al percorso riabilitativo. Il CAN concorre così a qualificare l'offerta di servizi a bassa soglia d'accesso a favore di una popolazione particolarmente compromessa e più esposta a rischi di emarginazione sociale e al coinvolgimento in fenomeni di disordine urbano.</p> <p>Tale intervento - nel periodo - assicura ospitalità notturna a persone che, facendo uso (abuso) di sostanze e/o alcol, presentino criticità relazionali e comportamentali tali da rendere inopportuna e inadeguata l'accoglienza nei contesti ospitanti ordinari</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il servizio si colloca nel contesto degli interventi a bassa soglia d'accesso del distretto di Reggio Emilia, operando prevalentemente con funzioni di aggancio motivazionale: diviene condizione vincolante per l'accesso e la fruizione del servizio, l'essere in carico al SERT, o venirne presi in carico quale primo esito del lavoro svolto. La funzione di "accoglienza" ne sostanzia così il mandato attraverso l'ospitalità e l'offerta di generi di prima necessità al fine di alimentare e sostenere una relazione con la persona accolta e attivare con essa un processo di cambiamento. L'essere in carico al SERT (avendo una cartella aperta e un referente del caso), inoltre, offre rinforzo allo strumento d'aggancio per quella tipologia di persone che più fatica a riconoscere in sé un problema con le sostanze.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone tossicodipendenti attive senza dimora caratterizzate da consumo problematico, abuso, tossicodipendenza attiva da alcol e sostanze, oltre che in trattamento per il gioco d'azzardo, in carico al SERT e/o alla rete dei Servizi.</p> <p>I destinatari del progetto "Accoglienza Invernale" pur presentando caratteristiche comuni a quelli del CAN, se ne differenziano per la motivazione al cambiamento che non è vincolante il progetto stesso</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Apertura e gestione della struttura di accoglienza durante tutti i giorni dell'anno, con presenza di un operatore, per l'ospitalità di donne e uomini dipendenti attivi senza fissa dimora.</p> <p>Monitoraggio e valutazione della sperimentazione della sezione femminile. E così in particolare:</p> <p>interventi diretti sul singolo utente, nell'ottica ascolto/accompagnamento e orientamento della domanda, in grado di trasformare l'ospitalità e l'accoglienza notturna e il soddisfacimento di bisogni primari in percorsi di cura e di emancipazione dalla marginalità; azioni sul contesto di collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari del Distretto di Reggio Emilia, con i Poli territoriali, con associazioni e realtà del volontariato e del privato sociale, singoli e/o gruppi di cittadini. Il crescente fenomeno del disagio urbano – complice la profonda trasformazione socio – economica che non risparmia anche la nostra provincia – che sempre più spesso vede protagonisti (nella veste di vittima e attore) questi utenti dei</p>

	servizi, richiede una progettualità costruita ad ampio raggio in cui contesti urbani di cittadini residenti possano trovare spazi di dialogo inusuali con operatori, servizi, utenti stessi.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche inclusione e sicurezza sociale Intercultura
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio Sociale, SERT e Centro di Salute Mentale AUSL- Distretto di Reggio Emilia, Privato sociale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dr.ssa Germana Corradini, Comune di Reggio Emilia, tel 0522/456833, germana.corradini@municipio.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	reti di volontariato attivato dalla cooperativa

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Capirsi fa bene alla salute – Progetto regionale Health Literacy

Approvato

## Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

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

<b>Razionale</b>	Il livello medio delle competenze alfabetiche, numeriche e di problem solving degli italiani adulti, secondo una recente indagine OCSE, è insufficiente a capire correttamente diagnosi, terapie e le comunicazioni, scritte e verbali, da parte dei professionisti sanitari.
<b>Descrizione</b>	Il servizio sanitario regionale si impegna, con un'azione di sistema, a migliorare le competenze comunicative dei professionisti, con particolare attenzione alla verifica della comprensione da parte del paziente. L'azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è capofila di questo progetto regionale.
<b>Destinatari</b>	Professionisti sanitari e personale amministrativo
<b>Azioni previste</b>	Formazione tra pari, sia in ambito medico che amministrativo, revisione del materiale informativo in modalità partecipata, wayfinding in Ospedale.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Federica Gazzotti, direttore Staff Comunicazione
<b>Risorse non finanziarie</b>	Disponibilità di responsabili formazione e comunicazione, uffici tecnici.

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

## Casa della Salute e Medicina di iniziativa

Approvato

### Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Dipartimento Cure Primarie</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le Case della salute (CDS), previste dalla delibera della Giunta regionale 2128/2016, rappresentano un punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure primarie, un luogo in cui si realizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, sia la continuità nell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano dell'assistenza ospedaliera. In particolare, il punto di accoglienza ed orientamento favorisce l'accesso ai servizi socio-sanitari di tutti i cittadini, con particolare riferimento agli individui più fragili, maggiormente disorientati nella rete dei servizi.</p> <p>Nelle Case della salute lavorano insieme medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti territoriali, medici dell'organizzazione sanitaria, infermieri, ostetriche, dietisti, operatori socio sanitari, assistenti sociali e personale addetto al front office. Le Case della salute presenti nel distretto di Reggio Emilia sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa della Salute Nord di Reggio Emilia</li> <li>• Casa della Salute Ovest di Reggio Emilia</li> <li>• Casa della Salute ex Spallanzani Reggio Emilia</li> <li>• Casa della Salute di Puianello</li> </ul> <p>Di prossima realizzazione la Casa della Salute di C.Sotto.</p> <p>Le Case della Salute perseguono primariamente due obiettivi di ordine organizzativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazione inter- e multiprofessionale con l'ambulatorio per la gestione integrata delle patologie croniche (in particolare scompenso cardiaco e diabete) nel quale l'infermiere, il medico di famiglia e lo specialista (diabetologo e cardiologo), seguendo un approccio improntato alla medicina d'iniziativa, collaborano in team alla presa in carico dei pazienti cronici, alla loro educazione terapeutica e all'empowerment del paziente o del care giver.</li> <li>• Integrazione socio sanitaria</li> </ul> <p>Con la compresenza del servizio sociale e dei servizi sanitari è possibile agire precocemente in modo integrato sulle condizioni di fragilità in un'ottica di territorializzazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari che operano in ambiti coincidenti. Nelle Case della salute è presente un Punto Unico di Accesso (PUA), vale a dire uno Sportello socio-sanitario, dove lavorano in modo integrato operatori sociali e sanitari addetti all'accoglienza e alla presa in carico Integrata dei cittadini con bisogni complessi attraverso una Valutazione Multidimensionale (UVM).</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto mira allo sviluppo degli aspetti di lavoro in equipe multiprofessionali e integrazione socio-sanitaria nelle Case della Salute con particolare riguardo al consolidamento dei percorsi della cronicità e ai progetti di medicina d'iniziativa quali la presa in carico di persone fragili con multi morbosità ad alto e altissimo rischio di ospedalizzazione (Risk-ER). In particolare, nella CDS di Puianello il coinvolgimento della comunità ha portato alla individuazione di "talenti sociali" al fine di valorizzare le competenze, le risorse dei cittadini, canalizzarle e metterle in relazione con i tecnici dei servizi socio sanitari per orientare e sostenere i servizi in relazione ai reali bisogni provenienti dalla comunità. Percorsi sulle cronicità</p>

	<p>In tutte le CDS sono attivi i PDTA dello Scompensamento Cardiaco e del Diabete Mellito T2, e conseguentemente gli ambulatori della Cronicità a gestione infermieristica. Entrambi i percorsi prevedono l'attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e del supporto sociale nei casi in cui le condizioni socio-assistenziali comportino un rischio di non aderenza dell'utente al percorso.</p> <p>Persone fragili e ad alto rischio di ospedalizzazione</p> <p>Proseguirà l'intervento Risk-ER avviato nel 2016 nella CDS di Puianello. Le schede individuali contenenti il profilo di rischio di fragilità vengono valutate all'interno dell'équipe della Casa della Salute (medico di famiglia, infermiere, assistente sociale) e, a seconda del bisogno, dallo specialista (es. diabetologo, psichiatra, cardiologo, pneumologo, etc.). L'équipe procede poi alla definizione e realizzazione degli interventi ritenuti maggiormente appropriati alla condizione di fragilità identificata. L'intervento esita nel monitoraggio dei pazienti selezionati (in particolare per l'adesione alla terapia), la chiamata attiva e l'invio dei pazienti target al percorso più adeguato</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Utenti afferenti alle CDS di Reggio Emilia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patologia cronica Scompensamento Cardiaco, Diabete di Tipo 2 con criteri di inserimento nei relativi percorsi;</li> <li>• condizioni cliniche e assistenziali di fragilità che esitano in alto rischio di ospedalizzazione</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<p>Prosegue il rafforzamento dei percorsi delle cronicità rivolti agli utenti afferenti alle 4 CDS. E' in programma l'attivazione del percorso aziendale della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, conseguente alla prossima stesura del relativo BPCO.</p> <p>E' prevista, nel 2019, l'estensione dell'intervento Risk-ER in una ulteriore Casa della Salute del Distretto.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl e SST
<b>Referenti dell'intervento</b>	Greci Marina
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 1

### 1°: n. 1.3

**Descrizione:** numero iniziativa programmazione partecipata

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** già presenti sul territorio distrettuale n. 2 iniziative di programmazione partecipata - **Riferita al: 31/12/2017**

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

## CASE RESIDENZA ANZIANI PROGRAMMA DIMISSIONI PROTETTE

Approvato

## Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano  
 21 Innovazione della rete dei servizi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto reggio emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	OFFRIRE RISPOSTA A SITUAZIONI IN USCITA DALLA LUNGODEGENZA OSPEDALIERA CHE NON POSSONO FARE RITORNO A DOMICILIO NELL'IMMEDIATO - EMERGENZA
<b>Descrizione</b>	10 POSTI DEDICATI A DIMISSIONI PROTETTE IN UNA STRUTTURA DEL DISTRETTO CON SOLA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO, SENZA CREAZIONE DI GRADUATORIA NEL RISPETTO DI DETERMINATI CRITERI, MASSIMO TRE MESI
<b>Destinatari</b>	ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN CONDIZIONI DI DIMISSIONI PROTETTE NON TUTELATE DAL RITORNO A DOMICILIO
<b>Azioni previste</b>	TENUTA PROGETTI, VERIFICA Congruità DEL NUMERO DEI POSTI, DELLA OCCUPAZIONE E DELLE TIPOLOGIE DI UTENTI RICOVERATI
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AZIENDA USL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA COMUNI/UNIONI DEL DISTRETTO SAA GESTORE SERVIZIO
<b>Referenti dell'intervento</b>	Monica Gabbi, Responsabile SAA monica.gabbi@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## CASE RESIDENZA ANZIANI RICOVERI DEFINITIVI

Approvato

## 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>distretto reggio emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	tutela di anziani non autosufficienti che non possono permanere al loro domicilio
<b>Descrizione</b>	servizi accreditati: nel distretto presenti 683 posti accreditati definitivamente e contrattualizzati nel 2018 (525 posti distribuiti in 7 strutture di ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE, 52 posti in ASP OPUS CIVIUM DI CASTELNOVO DI SOTTO, 12 posti Casa Don Messori Reggio Emilia, 12 posti casa Cervi Luigi Albinea, 5 posti Villa Anna Rosa Cadelbosco di Sopra, 21 posti Casainsieme di Bagnolo in Piano, 45 posti Pensionato San Giuseppe di Quattro Castella, 11 posti Le Esperidi di Vezzano sul Crostolo
<b>Destinatari</b>	anziani non autosufficienti che non possono permanere al loro domicilio
<b>Azioni previste</b>	vigilanza parametri accreditamento vigilanza strutture azioni formative sulla qualità della relazione in struttura sperimentazioni strumenti di prevenzione alla fuga tenuta graduatorie distrettuali e autorizzazioni accesso
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda Usl, Unioni/Comuni del Distretto, SAA, Enti Gestori
<b>Referenti dell'intervento</b>	MONICA GABBI, RESPONSABILE SAA monica.gabbi@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---



## CASE RESIDENZA ANZIANI: NUCLEI DEMENZE, RICOVERI DI SOLLIEVO ORDINARI ED ESTIVI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano  
 21 Innovazione della rete dei servizi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;E;</b>

<b>Razionale</b>	sostegno ai progetti assistenziali a domicilio di chi cura anziani non autosufficienti
<b>Descrizione</b>	nel Distretto di Reggio Emilia presenti 34 posti temporanei di sollievo ordinario accreditati (di cui 13 dedicati a ricoveri estivi programmati nel periodo maggio-settembre): 20 ad ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE, 6 ad ASP OPUS CIVIUM DI Castelnovo di Sotto, 2,5 presso Pensionato San Giuseppe di Quattro Castella, 5,5 presso Le Esperidi di Vezzano sul Crostolo. nuclei demenze: sono presenti nel distretto 17 posti accreditati (10 presso ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE e 7 presso Pensionato San Giuseppe di Quattro Castella)
<b>Destinatari</b>	Anziani non autosufficienti
<b>Azioni previste</b>	ricoveri temporanei per anziani: - NUCLEI DEMENZA: anziani con demenza e disturbi comportamentali per stabilizzare le cure farmacologiche e il contenimento dei disturbi - RICOVERI DI SOLLIEVO ordinari per sollievo a famiglie impegnate in progetti assistenziali a domicilio, massimo tre mesi su progetto, ingresso a disponibilità posto su graduatoria - RICOVERI DI SOLLIEVO ESTIVI PROGRAMMATI massimo un mese su progetto, ingressi programmati su graduatoria
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile UFFICIO DI PIANO, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## CENTRI DIURNI ANZIANI

Approvato

## 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>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	sostegno ai progetti assistenziali di cura a domicilio per anziani non autosufficienti
<b>Descrizione</b>	centri diurni accreditati nel Distretto: 15 posti di Centro Diurno Demenze distrettuale presso ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE 95 posti di Centro Diurno presso ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE 19 posti di Centro Diurno a Bagnolo in Piano (gestione coop.soc. ANCORA) 18 posti di Centro Diurno a Castelnovo di Sotto e 15 posti di Centro Diurno a Cadelbosco di Sopra (gestione ASP OPUS CIVIUM di Castelnovo di Sotto) 17 posti di Centro Diurno ad Albinea (gestione coop.soc. CASA CERVI LUIGI di Albinea) 19 posti di Centro Diurno a Quattro Castella (gestione coop.soc. ANCORA)
<b>Destinatari</b>	anziani non autosufficienti
<b>Azioni previste</b>	vigilanza su requisiti accreditamento, lavoro sulla relazione come elemento di qualità del servizio. riorganizzazione centro diurno Bagnolo in Piano
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA COMUNI/UNIONI DEL DISTRETTO ENTI GESTORI ACCREDITATI
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI RESIDENZIALI PER DISABILI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	servizi accreditati
<b>Descrizione</b>	accreditate nel distretto 4 strutture per un totale di 57 posti accreditati
<b>Destinatari</b>	disabili gravi
<b>Azioni previste</b>	vigilanza standard accreditamento, lavoro sulla relazione come elemento di qualità del servizio
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA UNIONI/COMUNI DEL DISTRETTO ENTI GESTORI ACCREDITATI
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT. LUCIO PEDERZOLI, AUSL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI SEMI RESIDENZIALI PER DISABILI

Approvato

## 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>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	SOSTEGNO AL PROGETTO ASSISTENZIALE A DOMICILIO PER DISABILI GRAVI SERVIZI ACCREDITATI
<b>Descrizione</b>	8 CENTRI ACCREDITATI PER UN TOTALE DI 113 POSTI
<b>Destinatari</b>	DISABILI GRAVI
<b>Azioni previste</b>	vigilanza standard accreditamento, lavoro sulla relazione come elemento di qualità del servizio
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ausl distretto di Reggio Emilia unioni/comuni del Distretto enti gestori accreditati
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lucio Pederzoli, AUSL Distretto di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

## CENTRO ADATTAMENTO DOMESTICO E CONTRIBUTI L. 29

Approvato

## Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano  
 21 Innovazione della rete dei servizi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;</b>

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
<b>Descrizione</b>	Il C.A.A.D. (Centro per l'Adattamento Domestico) fornisce consulenza, sostegno e orientamento per superare gli ostacoli e le barriere architettoniche presenti nell'abitazione. Suggestisce la riorganizzazione degli spazi interni, studiando e proponendo idonee soluzioni, per facilitare le attività e le azioni della vita quotidiana
<b>Destinatari</b>	persone anziane, disabili e tutti coloro che hanno limitazioni nello svolgere le attività della vita quotidiana, loro famiglie, operatori sociali e sanitari, tecnici progettisti del pubblico e del privato
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informazione e consulenza famiglie e operatori con eventuali sopralluoghi</li> <li>- istruttorie per l'erogazione di contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche e per l'adattamento dell'ambiente domestico e per l'adattamento o l'acquisto di autovetture per il trasporto disabili</li> <li>- attivazione servizio telesoccorso</li> <li>- rilascio relazioni tecniche per l'assegnazione, da parte di AUSL, di ausili tipo "cingolato montascale" per superare gli ostacoli ambientali</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	COMUNI/UNIONI DEL DISTRETTO AZIENDA USL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA CERPA
<b>Referenti dell'intervento</b>	CARLO MONTANARI, CAAD REGGIO EMILIA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## CENTRO ANTIVIOLENZA - "Casa delle Donne"

Approvato

### Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica adottata nel maggio 2011 a Istanbul, ratificata dall'Italia con Legge 27 giugno 2013 n. 77 ed entrata in vigore il 1 agosto 2014, sancisce che la violenza maschile contro le donne è una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, oltre che del diritto alla salute. Nei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul e dalle normative e raccomandazioni delle agenzie internazionali, a partire dalla Conferenza delle donne di Pechino del 1995, si evince che per fronteggiare il fenomeno della violenza maschile è necessario riconoscerne il carattere strutturale e non episodico o emergenziale.
<b>Descrizione</b>	La premessa è che il fenomeno della violenza abbia origini culturali e di natura strutturale e sia il frutto di relazioni storicamente diseguali tra il genere femminile e quello maschile. Per cui diventa prioritaria la promozione delle pari opportunità, di cui uno degli assi centrali è la diffusione di una cultura di genere, del contrasto agli stereotipi e della promozione di ruoli non discriminatori.
<b>Destinatari</b>	Donne con o senza figli minori che subiscono violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica
<b>Azioni previste</b>	<p>Informazione e accoglienza (legale, psicologica, orientamento al lavoro)                      Ospitalità temporanea, con garanzia di anonimato</p> <p>Sensibilizzazione e formazione, rivolte a tutti gli operatori (sociali, educativi, scolastici) che impattano il fenomeno</p> <p>Tavolo interistituzionale di contrasto al fenomeno della violenza alle donne, composto da amministratori, servizi sanitari, forze dell'ordine, rappresentanti degli organi giudiziari e dell'ordine degli avvocati con l'obiettivo di diffondere cultura e prevenzione e di raccordare maggiormente i percorsi costruiti intorno alle problematiche gestite dal Centro Antiviolenza.</p> <p>Sensibilizzazione dell'opinione pubblica sui media locali</p> <p>implementazione di uno strumento di raccolta dati che faciliti la lettura e la conoscenza del fenomeno.</p> <p>Confronto/ formazione sul tema dell'autore di violenza</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Pari opportunità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di RE, Associazione Nondasola, Azienda UsI di Reggio Emilia - IRCCS, Forze dell'Ordine, Organizzazioni di Volontariato, Ordine avvocati, Tribunale, Scuole
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dr.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it

---

<b>Risorse non finanziarie</b>	Volontarie

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---

## CENTRO D'ASCOLTO - CPS

Approvato

### 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>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il servizio concorre alla costruzione del sistema integrato degli interventi a supporto della prevenzione selettiva, orientati ad implementare funzioni e pratiche di prossimità, nel più ampio contesto dei Servizi correlati alle politiche di contrasto delle dipendenze e alle forme di disagio sociale correlate. E così in particolare: intercettazione precoce dei consumatori; counselling e facilitazione dell'accesso ai servizi per le situazioni di consumo minorile e di consumo problematico; identificare le nuove domande/problematiche che le famiglie portano per favorirne la messa a valore delle competenze personali e comunitarie e, dove necessario, per accompagnarli ai percorsi di trattamento e cura; sviluppare pratiche di prossimità anche fra servizi nella realizzazione dei percorsi progettuali, attraverso condivisione di dati quali-quantitativi, monitoraggio situazioni, sperimentazione di nuove forme di accompagnamento e orientamento. fornire consulenza all'orientamento motivazionale, a sostegno di una domanda che fatica ad essere esplicitata.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Operatori, educatori, psicologi ed esperti di counseling offrono uno spazio di ascolto per la prevenzione del disagio (es. consumo di sostanze stupefacenti, disturbi alimentari, difficoltà relazionali o familiari ecc.) e alla promozione del benessere. Il lavoro viene svolto su una forbice di età molto differenziata attraverso colloqui individuali, percorsi personali ed eventuali passaggi in gruppi di aiuto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– accoglie, presso la sede di via Brigata Reggio 29 ma anche nei luoghi della socialità quotidiana di quartiere in cui si trasferiscono, se necessario, sportelli d'ascolto più vicini e flessibili, le richieste di informazione e di aiuto di giovani e adulti sui temi dell'agio e del disagio di vivere, comunque si manifestino;</li> <li>– offre percorsi individuali e di gruppo rivolti al sostegno, al cambiamento e alla valorizzazione delle risorse di cui ciascuno è portatore;</li> <li>– indirizza e accompagna, se occorre, ai servizi territoriali specifici;</li> <li>– organizza e gestisce progetti formativi territoriali in ambito educativo, relazionale e animativi.</li> </ul> <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– trasformare la facile tentazione del ripiegamento e dell'isolamento in un orizzonte positivo di relazione e comunicazione che rende protagonisti figli, genitori, coppie;</li> <li>– miglioramento delle relazioni fra generazioni ed etnie diverse per favorire il benessere delle comunità liberandole dalle barriere del reciproco pregiudizio.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<p>Adulti/famiglie (italiani e stranieri) - per una funzione di sostegno alla genitorialità, alla responsabilità e alla convivenza.</p> <p>Giovani e loro familiari (italiani e stranieri) per un accompagnamento educativo e sostegno alla socialità e alla legalità, alla responsabilità individuale e collettiva, all'autonomia (nel senso di conoscenza e attivazione delle proprie risorse, anche al fine di prevenire forme di</p>



	<p>dipendenza da sostanze e alcol), alla gestione dei conflitti, alla convivenza; verrà inoltre sviluppato un percorso di approfondimento delle tematiche di genere.</p> <p>Giovanissimi e loro familiari (11 - 15 anni; italiani e stranieri) anche su segnalazione della scuola o di altri servizi; in una spiccata ottica di prevenzione dovranno essere approntati percorsi di accompagnamento, di sostegno educativo e di orientamento motivazionale per loro e per i loro genitori.</p> <p>Operatori dei servizi sociali e non solo che attraverso un supporto consulenziale possono svolgere azioni di orientamento motivazionale nei confronti di cittadini e/o loro familiari.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Accoglienza, ascolto, auto-aiuto, orientamento sulle problematiche legate a forme di dipendenza, per genitori, educatori, ragazzi, giovani e adulti</p> <p>Accoglienza, ascolto, auto-aiuto, orientamento sulle problematiche del disagio giovanile e familiare, per genitori, educatori, ragazzi in difficoltà</p> <p>Formazione/supporto costante per favorire accompagnamento nelle relazioni, rielaborazione di snodi critici</p> <p>Riconoscimento, promozione e supporto delle competenze educative naturali che le persone, le famiglie e i contesti esprimono</p> <p>Individuazione delle risorse nel territorio, promozione e sviluppo di ambiti di approfondimento e confronto su problematiche, criticità, snodi relazionali/educativi simili</p> <p>Miglioramento della qualità delle relazioni fra le generazioni ed etnie diverse realizzando momenti di formazione, informazione e mediazione dei conflitti</p> <p>I servizi vengono erogati attraverso il Centro di Ascolto che opera in collaborazione con i Comuni del distretto e con il SERT di Reggio Emilia</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Iniziative e progetti orientati allo sviluppo di comunità realizzate dai diversi servizi dell'Ente; Interventi in collaborazione con il SERT-Dp di Reggio Emilia; Iniziative nelle scuole e con le agenzie educative</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comuni del distretto, Ausl RE(SERT dp), Parrocchie, Scuole, Centri Sociali, privato sociale, enti di formazione</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dr.ssa Germana Corradini, Comune di Reggio Emilia, tel 0522/456833, e-mail: germana.corradini@comune.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>rete di volontari che a vario titolo sostengono i diversi progetti; partecipazione molto forte alle reti sociali territoriali e alle varie iniziative solidaristiche; collaborazione con il Ceis e la propria rete</p>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## CENTRO PER LE FAMIGLIE REGGIO EMILIA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

## Riferimento scheda distrettuale: SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE UNIONE TERRA DI MEZZO

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

<b>Razionale</b>	<p>Nell'evoluzione dei servizi sociali del comune il Centro per le famiglie concorre a rinforzare la rete delle opportunità per i cittadini e i servizi stessi; cura la progettazione e la gestione di interventi a sostegno delle Politiche familiari, e la programmazione dei servizi sociali operando su più versanti:</p> <p>lettura delle problematiche familiari alla luce dei fenomeni sociali che impattano sul territorio, con particolare attenzione a ruoli e funzioni educative, relazioni fra genitori, rapporti con la scuola e altre agenzie del territorio, aspettative e rappresentazioni nei confronti dei servizi;</p> <p>promozione di forme di interazione e collaborazione fra i servizi del territorio e le altre realtà educative e ricreative, sostenendone il lavoro di rete e l'assunzione di orientamenti strategici condivisi;</p> <p>promozione di una cultura dell'accoglienza attraverso una più efficace messa in rete delle realtà esistenti (iniziative, progetti, esperienze), oltre allo sviluppo di azioni finalizzate alla sensibilizzazione e all'attivazione dei molteplici contesti territoriali;</p> <p>supporto alla definizione dei ruoli genitoriali in contesti difficili e/o problematici, ricercando, laddove opportuno, la costruzione di un'offerta connessa alle funzioni svolte dai Poli territoriali, nell'ambito della mediazione nei contesti familiari conflittuali.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>È il punto di accoglienza, con cui i cittadini entrano in contatto con le risorse e i servizi del loro territorio e costituisce un punto di riferimento che informa, ascolta e valorizza le famiglie;</p> <p>è un luogo per orientare alla fruizione dei servizi e ai nuovi contesti sociali; offre opportunità di incontro per genitori, che vi possono trovare sostegno nella gestione delle questioni educative, della vita di coppia e della relazione con i figli; propone progetti con le comunità territoriali attraverso l'attivazione e l'accompagnamento di gruppi di famiglie e cittadini.</p> <p>L'articolazione progettuale delinea le seguenti aree d'intervento:</p> <p>sostegno alle funzioni genitoriali, consulenza e mediazione familiare;</p> <p>promozione e attivazione di risorse formali e informali della comunità;</p> <p>accompagnamento all'interazione delle reti pubbliche del privato sociale attraverso l'esercizio di una specifica funzione di coordinamento progettuale;</p> <p>facilitazione alle connessioni fra i diversi attori progettuale.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Famiglie, Servizi sociali e sanitari, Scuole, Cittadini, Associazioni in un'ottica fortemente integrata.</p> <p>Famiglie (e singoli), nelle loro diverse configurazioni, in relazione a: genitorialità, le reti di relazione, i ruoli, la mediazione in situazioni difficili o particolarmente compromesse;</p> <p>i contesti territoriali in cui esse vivono e con cui interagiscono, e attraverso i quali vengono trasmessi e mantenuti modelli e orientamenti culturali: sono delle micro – formazioni sociali da riconoscere e legittimare come interlocutori privilegiati;</p>

	operatori dei Servizi: sostegno e accompagnamento alla co-costruzione progettuale, nella lettura dei contesti, decostruzione/costruzione della domanda, nella identificazione di nuove ipotesi d'intervento, nella facilitazione all'accesso.
<b>Azioni previste</b>	<p>Supporto alla ricerca nell'ambito dei nuovi cambiamenti che attraversano le famiglie oggi nel mutato contesto sociale; all'elaborazione di dati quali-quantitativi e programmazione di politiche familiari più rispondenti ai nuovi bisogni emergenti – oltre alla sperimentazione di alcune azioni - attraverso le attività legate a:</p> <p>Servizio di Mediazione familiare e Consulenze a sostegno alla genitorialità separativa, supporto consulenziale nell'ambito del disagio socio-relazionale, crisi familiare a livello coniugale o genitoriale legata al ciclo di vita personale e della famiglia (nascita, crisi adolescenziale, malattia, perdita lavoro, lutti, ecc...), promuovendo e attivando anche gruppi di autoaiuto e consulenziali, incontri tematici, iniziative di territorio;</p> <p>Area Accoglienza: orientamento/accompagnamento ai servizi e opportunità per la vita quotidiana in forte sinergia con gli sportelli sociali incardinati nei Poli di Servizio sociale;</p> <p>Attivazione sperimentale di percorsi di accompagnamento differenziati connessi alla fragilità sociale ed economica;</p> <p>l'area dell'accoglienza familiare e dello sviluppo di comunità, attraverso la promozione, l'attivazione e l'accompagnamento di gruppi di "famiglie-risorsa", percorsi comunitari volti alla costruzione di forme solidaristiche con particolare riferimento all'accoglienza familiare, il sostegno genitoriale e reti di aiuto comunitario.</p> <p>progettazione, gestione e monitoraggio progetto "Home visiting" (cfr INTESA FAMIGLIA 2017 - Conferenza Unificata CU/69 del 22/06/2017)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Azioni progettuali con Ausl</p> <p>Percorsi trasversali con le diverse aree dei servizi sociali territoriali</p> <p>Progetti in collaborazione con le scuole e Officina educativa e con gli Architetti di Quartiere</p> <p>Percorsi collegati al Protocollo Separazioni conflittuali con avvocatura Magistratura, Servizi sociali</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizi sociali territoriali</p> <p>Volontariato organizzato e non</p> <p>altri servizi dell'Ente</p> <p>Cooperazione sociale</p> <p>Scuole</p> <p>Tribunale</p> <p>Ordine Avvocati</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Lucilla.Cabrini@comune.re.it</p> <p>coordinatrice del CpF : Lisa.gilioli@comune.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 214.932,00**

- Centri per le Famiglie: **31.066,16 €**

Risorse comunali: **183.865,84 €** di cui:

- REGGIO EMILIA: **183.865,84 €**

**Indicatori locali: 0**

## CO-HOUSING (via Doberdò e via Pindemonte) Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015).
<b>Descrizione</b>	Esperienze di CO-HOUSING in due diversi appartamenti in cui le famiglie temporaneamente ospiti accettano di condividere alcuni spazi (ad esempio un luogo per preparare e consumare i pasti ed un luogo per lavare e stirare i vestiti e la biancheria).
<b>Destinatari</b>	Famiglie regolarmente residenti nel Comune di Reggio Emilia, in emergenza abitativa e con la disponibilità di un reddito (almeno un componente deve avere un lavoro o comunque percepire un reddito)
<b>Azioni previste</b>	Vigilare sul rispetto delle regole interne di convivenza, osservare i nuclei ospiti per conoscere maggiormente le potenzialità delle famiglie, facilitare la nascita di "relazioni" significative che siano di aiuto nell'affrontare le fragilità evidenziate.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia ASP "Reggio Emilia Città delle Persone"
<b>Referenti dell'intervento</b>	Rita Borghi Tel. 0522/456967 rita.borghi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

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

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'esperienza dello Spazio Giovani consultoriale – OPEN G di Reggio Emilia si è consolidata negli anni e i professionisti ad essi dedicati sono diventati punti di riferimento sia per i progetti di educazione alla salute nelle scuole sia per le consulenze ostetrico-ginecologiche e psicologiche dirette alle ragazze, ai ragazzi e agli adulti del contesto. . Esiste tuttavia una relativa disomogeneità di presenza di tale servizio a livello aziendale (attivo solo nel distretto di Reggio e di Castelnuovo Monti)</p> <p>Il “Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (Proposta della Giunta regionale in data 15 maggio 2017, n.643)” prevede un potenziamento degli interventi a sostegno degli adolescenti e della genitorialità, quali investimenti sul futuro, mentre la D.G.R. n. 590/2013 “Linee di indirizzo per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza” riconosce gli “Spazi Giovani” dei Consultori come luogo neutro non stigmatizzante, a libero accesso e gratuito che li rendono già oggi porte di accesso privilegiate per gli adolescenti e il DGR 1722_2017 contiene in allegato 1 le “Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie in merito agli Spazi Giovani consultoriali” che prevedono la presenza degli Spazi Giovani almeno a livello distrettuale al fine di garantire un diritto d’accesso uniforme alla fascia di età individuata.</p> <p>Si ravvisa pertanto l'esigenza di estendere le attività degli Spazi Giovani consultoriali in tutto il territorio provinciale al fine di rendere equa l’offerta di servizi a questa fascia di popolazione.</p>
<b>Descrizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli S.G. sono collocati preferibilmente all’interno dei Consultori Familiari o presso le Case della Salute in locali opportunamente separati o con orari differenziati rispetto alle altre attività consultoriali, tali da garantire la riservatezza nelle ore di apertura ai giovani.</li> <li>- Lo S.G. costituisce uno dei punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti e le attività svolte sia ai singoli sia ai gruppi e fanno parte integrante della programmazione locale prevista nel “progetto adolescenza”.</li> <li>- I professionisti che costituiscono l’equipe minima dello Spazio Giovani sono rappresentati da ginecologa/o, psicologa/o e ostetrica/o.</li> <li>- L’accesso è diretto (senza appuntamento), libero (senza impegnativa del SSN, ricetta rossa o dematerializzata) e senza oneri a carico delle/dei cittadine/i per la fascia di età individuata.</li> <li>- Le prestazioni erogate e le aree di attività sono quelle tipiche del Consultorio familiare .</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<p>- Gli S.G. si rivolgono per l’attività assistenziale ad una fascia di età compresa tra i 14 anni e i 19 anni e per le attività di educazione alla salute (affettività- sessualità) ad una fascia più ampia ( ragazze e ragazzi delle scuole secondarie di I e II grado e adulti di riferimento).</p>

	<p>- Il servizio è rivolto anche agli adulti di riferimento: genitori, insegnanti, educatrici/ori, allenatrici/ori sportive/i, ecc.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>-Organizzazione di Spazi giovani consultoriali in ogni Distretto con équipe opportunamente formate</p> <p>- Partecipazione al governo territoriale integrato e condiviso (laddove presente) tra tutti i soggetti e i servizi che si occupano di adolescenza ( "Progetto adolescenza");</p> <p>-Progettazione e attuazione di interventi di educazione all'affettività e alla sessualità, in collaborazione con le istituzioni scolastiche , gli istituti professionali e le Agenzie Educative del territorio come previsto dal Piano regionale della Prevenzione (setting 5.7 e 4.4)</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario (promozione di stili di vita salutari, prevenzione e cura delle psicopatologie, educazione all'affettività e alla sessualità, promozione della salute sessuale e riproduttiva, tutela dei minori, prevenzione del maltrattamento e abuso, individuazione precoce dei comportamenti a rischio ecc.), compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 di cui alla D.G.R. 771/2015. _ "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" rappresentano uno sviluppo ed un approfondimento delle prime indicazioni sulle caratteristiche dei percorsi di cura contenute nella DGR 590/2013 e propongono un percorso di cura per l'età 14-25 anni fondato su continuità e integrazione tra promozione del benessere, prevenzione e cura; garanzia di accesso diretto; competenza specifica e integrazione dei professionisti.</p> <p>Tutti i professionisti dedicati devono essere formati, anche in integrazione con gli altri professionisti del "progetto adolescenza", al lavoro con i giovani e devono possedere competenze sulla gestione delle problematiche dell'età adolescenziale, dalla promozione del benessere, alla prevenzione, al sostegno e alla cura. Devono inoltre avere competenze specifiche in merito alla pianificazione e realizzazione di interventi di educazione/formazione sanitaria a gruppi.</p> <p>L'équipe degli S.G. promuovono e realizzano progetti di educazione alla sessualità ed affettività, di prevenzione della violenza di genere e di prevenzione al maltrattamento e abuso sui minori in integrazione con altri servizi dell'AUSL (Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria</p> <p>Infantile, Salute Mentale Adulti, Cure primarie, pediatria di comunità, ecc.), con Enti ed istituzioni del territorio (enti locali, scuole, corsi di formazione professionale, servizio sociale-Tutela Minori, centri educativi ed aggregativi, oratori, associazioni) e con i genitori singoli o associati .</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl RE, Enti locali, Scuole, Terzo settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Fiorello Ghiretti
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO

Approvato

### 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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>1. Promuovere presso i cittadini la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati</p> <p>2. Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati</p> <p>3. Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale ed educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti locali per il riconoscimento dei segni legati alla presenza del gioco d'azzardo patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento</p> <p>4. Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari, e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti Privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>1. Assunzione di un'ottica prevalente rivolta alla prevenzione attraverso interventi nei contesti scolastici, nei contesti territoriali, nella formazione degli operatori, nel sostegno alle famiglie. La prevenzione si intende ottica assunta sia dove le azioni siano più di sensibilizzazione che laddove le azioni vanno a sostenere situazioni in cui la problematica è già conclamata</p> <p>2. Sostegno alla messa a sistema di interventi già attuati sul territorio da scuole, enti locali, privato sociale in un'ottica di ricomposizione e programmazione, andando a sostenere con azioni complementari e di ampliamento e con un'ottica valutativa e ricompositiva interventi già in essere sul territorio. Nella complessiva riprogettazione verranno inoltre valorizzate ottiche innovative e interventi conseguenti.</p> <p>3. Sostegno ad interventi che vedano aggregazioni di attori e forti partnership pubblico/privato, sociale e socio-sanitario</p> <p>4. Individuazione di luoghi di "snodo organizzativo" per il coordinamento, la progettazione e la riprogettazione degli interventi di cui tratta il programma. In particolare si individuano due luoghi organizzativi: il Tavolo Adolescenza distrettuale che vede la presenza del privato sociale accreditato e non, della scuola, degli Enti locali e dell'Azienda USL sui temi riguardanti l'adolescenza e dove la prevenzione delle dipendenze è stata ed è oggetto di lavoro; il Gruppo di monitoraggio dell'Accordo di Programma Salute Mentale e</p>

	Dipendenze Patologiche che vede la presenza di Enti Locali ed USL impegnati in un lavoro di regia complessivo rispetto alla programmazione dell'area. Nella sinergia tra i due luoghi con la sintesi dell'Ufficio di Piano distrettuale si attuerà la cabina di regia complessiva del programma.
<b>Destinatari</b>	studenti scuole superiori e ultimo anno delle medie inferiori; docenti; persone affette da dipendenza patologica e loro familiari; servizi sociali e socio-sanitari coinvolti
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organizzazione di almeno 10 eventi pubblici con la collaborazione di partner del territorio (es: associazioni, centri sociali) utilizzando forme teatrali e/o conferenze spettacolo</li> <li>- produzione materiale informativo locale A COMPLEMENTO della campagna comunicativa prevista ed organizzata dalla Regione Emilia-Romagna</li> <li>- organizzazione gruppi di auto-aiuto per familiari di giocatori patologici, sia in città in carico che non ancora transiti ai servizi</li> <li>- attivazione servizi telefonici di supporto per familiari di giocatori patologici, anche in collaborazione con tutti i Distretti della Provincia</li> <li>- attivazione percorsi informativi di gruppo per familiari di giocatori patologici su diverse tematiche (ad esempio consigli concreti nella gestione del denaro, della tutela del patrimonio e della situazione domestica generale)</li> <li>- attivazione consulenze individuali/familiari per familiari di giocatori patologici rispetto ai vissuti familiari, alla risonanza di questi sul giocatore e/o sul clima familiare</li> <li>- interventi diretti sulle classi (scuole superiori + eventuali interventi sulle terze medie dietro segnalazione delle scuole interessate a condurre un percorso)</li> <li>- interventi di formazione per docenti (scuole superiori) formazione di "peer"(scuole superiori)</li> <li>- interventi di informazione/formazione e sensibilizzazione sugli sportelli per ragazzi e famiglie sia scolastici (psicologo scolastico) che territoriali</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comuni del distretto</p> <p>Ausl</p> <p>cooperative sociali</p> <p>volontariato</p> <p>scuole aderenti</p>



<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, Comune di Reggio Emilia silvia.guidi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## contrasto alla dispersione scolastica - Icaro ma non troppo Reggio Emilia

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

### Riferimento scheda distrettuale: Contrasto alla dispersione scolastica - Progetto Polo Reggio Emilia

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	La dispersione scolastica emerge già a partire dalla scuola secondaria di secondo grado e interessa ragazzi e ragazze a rischio di fallimenti successivi se non accompagnati in percorsi di reinserimento scolastico. Progettare e realizzare percorsi formativi personalizzati per ragazzi drop out della scuola secondaria di primo grado in preparazione all'esame conclusivo del primo ciclo di istruzione e all'approdo al percorso scolastico successivo risulta fondamentale per contrastare il ciclo della dispersione e prevenire gli abbandoni scolastici
<b>Descrizione</b>	Le scuole secondarie di primo grado della città, in rete tra loro, individuano gli allievi che, al loro interno, presentano il più alto rischio di dispersione scolastica e coprogettano per loro, insieme ad un soggetto qualificato del terzo settore, un percorso di orientamento e recupero scolastico, alternativo alla tradizionale frequenza scolastica finalizzato al conseguimento del titolo e ad un approdo ai successivi percorsi di istruzione di secondo grado. Capofila del progetto è l'Istituto comprensivo Kennedy.
<b>Destinatari</b>	Alunni che, giunti al quindicesimo anno di età, frequentano ancora la terza classe della scuola secondaria di primo grado
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- colloqui con i consigli di classe di provenienza e con le famiglie al fine di stilare un patto educativo tra i soggetti coinvolti;</li> <li>- moduli di recupero scolastico</li> <li>- moduli orientativi, anche nei contesti della formazione professionale</li> <li>- attivazione, attraverso il progetto POLO di tirocini osservativi in realtà di volontariato al fine di potenziare sensibilità e competenze di cittadinanza</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per l'integrazione e l'inclusione; politiche sociali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Istituti comprensivi della città</li> <li>-Comune di Reggio Emilia – Servizio Officina Educativa</li> <li>- Enaip – Fondazione don Magnani</li> </ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Contrasto alla dispersione scolastica - Progetto Polo Reggio Emilia

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La dispersione scolastica si riferisce a quell'insieme di processi che, determinando rallentamenti, ritardi o altre interruzioni più o meno prolungate di un iter scolastico, possono portare all'abbandono. Oggi il primo biennio della secondaria di secondo grado è l'anello più debole del sistema di istruzione, in quanto è nella fascia tra i 14 e i 16 anni, nel momento del passaggio delicato dalla preadolescenza all'adolescenza, che si registra il più alto tasso di dispersione scolastica.</p> <p>L'insuccesso scolastico in questa fase dello sviluppo della personalità dello studente può incidere negativamente sulla motivazione allo studio, sulla propria autostima e soprattutto può innescare un processo di autovalutazione che lo porta ad abbandonare il sistema scolastico.</p> <p>I ragazzi a rischio provengono da famiglie fragili e hanno una storia scolastica accidentata (assenze, conflitti, bocciature). La dispersione crea un grande spreco di risorse e di talento e un'ipoteca sul futuro, perché chi possiede bassi livelli di istruzione è più esposto alla disoccupazione, ai cattivi stili di vita, all'illegalità, allo sfruttamento e certamente possiede meno strumenti per esercitare la cittadinanza.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto POLO si attua attraverso la costruzione di una rete orientata a promuovere il dialogo costruttivo e progettuale, che tiene in connessione le scuole, i Poli Territoriali di Servizio Sociale e le potenziali risorse del territorio, a partire dagli Spazi di Aggregazione Giovanile. Il progetto vuole contribuire al successo formativo dei ragazzi ed alla riduzione della dispersione scolastica attraverso progetti individualizzati e/o di piccolo gruppo e percorsi che prevedono tirocini educativi in azienda e la collaborazione con le scuole superiori della città. Si rivolge in primis a ragazzi del primo biennio delle scuole superiori. Ha lo scopo di valorizzare le diverse intelligenze dei ragazzi e delle ragazze, stimolare l'espressione delle loro potenzialità permettendo loro di esprimere competenze che non emergono in ambito scolastico principalmente attraverso tirocini di orientamento e formativi con le aziende del territorio.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Il progetto si rivolge in primis ai ragazzi e ragazze del primo biennio delle scuole superiori a rischio di dispersione scolastica e ai cosiddetti N.e.e.t.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>costruzione di una rete di aziende sul territorio disponibili a collaborare gratuitamente al progetto educativo attraverso tirocini formativi ed individuazione per ogni soggetto di un tutor aziendale; monitoraggio costante dei progetti individualizzati; raccolta dati qualitativi e quantitativi.</p> <p>Per i ragazzi che non hanno ancora assolto l'obbligo formativo: raccolta delle richieste provenienti dalla scuola; costruzione di un progetto individualizzato con gli insegnanti di riferimento; realizzazione delle azioni formative che nel progetto si valuta opportuno mettere in campo; accompagnamento dei ragazzi in percorsi di orientamento e riorientamento per la scelta futura di un eventuale nuovo percorso formativo od una determinata specializzazione;</p>

	Per i ragazzi oltre i 16 anni che hanno assolto l'obbligo formativo: Costruzione di relazioni informali con i ragazzi attraverso il lavoro di strada; costruzione di collaborazioni con gli spazi di aggregazione giovanile, i poli di servizio sociale, ecc.; condivisione insieme al ragazzo, alla scuola od ad altri soggetti del territorio, di un progetto individualizzato finalizzato al rientro nel circuito formativo o in quello occupazionale; selezione delle aziende in cui il ragazzo può svolgere un tirocinio formativo.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche per l'integrazione e l'inclusione; politiche per la partecipazione e la creatività giovanile, politiche sociali.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Politiche per l'integrazione e l'inclusione; politiche per la partecipazione e la creatività giovanile, politiche sociali.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---

## Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità

Approvato

### 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>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;E;</b>

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

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

	<p>professionisti delle primary care e quelli delle specialist care, secondo una stratificazione dei bisogni e la definizione di funzioni specifiche.</p> <p>Il modello di presa in carico del Punto Unico di Accesso collocato presso l’Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia e quello messo in atto presso gli altri stabilimenti del Presidio aziendale, che prevede l’individuazione del case-manager per l’intercettazione precoce dei pazienti fragili, si conferma vincente nella gestione del percorso di dimissione, in particolare per i pazienti fragili e complessi. Al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti più complessi è iniziata la sperimentazione di un nuovo strumento per la segnalazione dei pazienti, che consente la raccolta di informazioni e la successiva segnalazione al SID. Si tratta di uno strumento informatico, che nel 2018 vedrà il suo utilizzo in tutte le unità operative dell’Ospedale di Reggio Emilia.</p> <p>Fin dalla data di attivazione del PUA viene monitorato il dato delle segnalazioni entro le 72 dalla dimissione garantendo in tal modo la realizzazione di dimissioni protette laddove necessarie. Il Punto è supportato dalla presenza di una Assistente sanitaria che ha funzioni di presa in carico di situazioni nelle quali al problema sanitario si coniuga una forte rischio di emarginazione sociale e per le quali si renda necessario un raccordo importante tra servizi sanitari, sociali e mondo del volontariato.</p> <p>Prosegue l’esperienza dei 3 posti letto OSCO in area Sud; per i pazienti ricoverati in tali PL viene definito il PAI, conservato in cartella, mentre la UVM viene effettuata durante il ricovero (e non preliminarmente ad esso) solo per i pazienti per i quali non è ancora stato definito un programma alla dimissione. Insieme al Servizio Sociale dell’Unione dei Comuni si valuterà se estendere le UVM anche agli altri pazienti ricoverati.</p> <p>Sempre in area Sud, all’interno della progettazione “Strategia per le Aree Interne” in considerazione del fatto che il territorio montano della nostra provincia è caratterizzato da un significativo invecchiamento della popolazione, e da un conseguente incremento della popolazione con bisogni assistenziali complessi, dal punto di vista sia sanitario che sociale, per i quali la permanenza nel setting ospedaliero sarebbe inappropriata e la permanenza al domicilio non indicata ai fini della appropriata gestione dei bisogni, è prevista l’attivazione di n. 2 posti letto ad alto grado di intensità assistenziale, classificabili secondo la tipologia R1, così come definita dal Decreto Ministeriale 17/12/08 ("Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"). La tipologia R1 riguarda l'erogazione di trattamenti in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti, inclusi i trattamenti specialistici ad alto impegno per persone in fase terminale.</p> <p>La struttura residenziale individuata è la Casa Residenza Anziani (CRA) “I Ronchi” di Castelnovo Monti, di proprietà dell’Amministrazione Comunale, gestita da Coopselios, e convenzionata con l’Azienda USL di Reggio Emilia. La struttura con 40 posti letto, di cui una parte ad alta valenza sanitaria, è integrata nella rete dei servizi socio sanitari rivolti alla popolazione anziana del distretto di Castelnovo Ne’ Monti. I 2 posti letto saranno collocati nel modulo ad alta valenza sanitaria rispettivamente in stanze singole.</p> <p>L’assistenza alle persone ospitate nei 2 posti letto sarà garantita sulle 24 ore da personale infermieristico, già operante in struttura. Il coinvolgimento delle specifiche professionalità mediche e di altre figure sanitarie dipenderà dagli specifici bisogni assistenziali, tra cui le cure palliative, garantite dal medico palliativista e dallo psicologo dell’AUSL.</p> <p>Il Piano attuativo locale ospedaliero (PAL ospedaliero), in corso di redazione in collaborazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), rappresenterà il riferimento progettuale dei prossimi anni per quanto attiene il modello di funzionamento della rete ospedaliera, della struttura dell’ offerta, delle soluzioni organizzative previste per rispondere in modo appropriato, tempestivo, efficiente, innovativo e integrato alla domanda di assistenza ospedaliera nella provincia di Reggio Emilia. Tra le aree strategiche individuate vi è “l’Ospedale di Comunità”; in relazione a tale area nei prossimi mesi verrà avviato il percorso che dalla analisi e valutazione dei bisogni di struttura intermedia nella nostra provincia, porterà alla ridefinizione dell’utilizzo degli spazi ex RSR di Albinea lasciati liberi a seguito del trasferimento a Correggio della lungodegenza-riabilitazione estensiva.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Le scelte e le azioni per la definizione della rete di cure intermedie , sono il frutto di una progettualità condivisa fra l’AUSL di RE ed Enti Locali nell’ambito delle sedi istituzionali dedicate.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Azienda USL, EE.LL</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Elisabetta Negri, Direttore Attività socio-sanitarie</p>

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

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

## Indicatori locali: 1

---

### 1°: n.3.2D

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

**Tipo:** Testuale

**Situazione di partenza:** Individuazione del percorso di analisi per l'attivazione della struttura intermedia - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** Attivazione gruppo PAL

- **Obiettivo 2019:** realizzazione di quanto previsto dal PAL

- **Obiettivo 2020:** realizzazione di quanto previsto dal PAL



## DALL' ATTESA AI PRIMI PASSI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>La nascita di un bambino genera un forte discontinuità con il passato inducendo i genitori ad un ' evoluzione personale, ad adottare un nuovo stile di vita a riorganizzare le dinamiche e gli assetti familiari.</p> <p>L' indebolimento dei legami familiari e di vicinato acquiscono oggi il senso di debolezza e solitudine.</p> <p>Le evidenze scientifiche dimostrano che sostenere precocemente la qualità della relazione genitori – figli rappresenta un ' azione di significativo impatto sociale, oltre che un efficace intervento preventivo rispetto al maltrattamento infantile.</p> <p>Tutto questo tende a verificarsi più frequentemente nelle condizioni di povertà economica, marginalità sociale , giovane età dei genitori, mancanza di reti di supporto , monogenitorialità , fragilità psicologiche.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Agire interventi di sostegno genitoriale precoce, concentrati nel periodo della gravidanza e del primo anno di vita</p> <p>mixare il know how delle diverse realtà coinvolte nella rete di progetto, per dare vita ad una reale co progettazione tra intervento professionale e rete di volontariato</p> <p>promuovere legami e facilitare l' accesso ai servizi e opportunità che il territorio offre rispetto alla prima infanzia e al sostegno genitoriale</p> <p>ricomporre la frammentazione degli interventi</p>
<b>Destinatari</b>	<p>10 DONNE IN GRAVIDANZA O CON UN BIMBO NEONATO IN PRESENZA DI Più FATTORI DI RISCHIO</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1) IN GRAVIDANZA:</p> <p>contatti con il consultorio /ginecologo e rete dei Servizi Sociali</p> <p>percorso individuale accompagnamento alle visite mediche se necessario;</p> <p>accompagnamento educativo con colloqui individuali mensili al percorso sanitario legato alla gravidanza</p> <p>facilitazione all' inserimento nei percorsi di sostegno alla gravidanza che offre il territorio</p> <p>preparazione al parto e al ricovero</p> <p>festa e visite in ospedale</p> <p>percorso psicologico CAV centrato sulla gravidanza</p> <p>2) POST PARTUM E PRIMO ANNO DI VITA</p> <p>visita domiciliare post parto</p> <p>colloqui di orientamento ai servizi sanitari</p> <p>accompagnamento alle visite pediatriche</p> <p>accompagnamento educativo fino all'anno di vita del bambino</p>

	3) PROPOSTE DI GRUPPO PER GRAVIDANZA POST PARTO E FINO AL PRIMO ANNO DI VITA - Laboratorio di sartoria creativa, Gruppi "Mammaè" rivolti a mamme in gravidanza e fino ai due anni di vita del bambino
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Centro per le famiglie di Reggio Emilia-Ausl, Cooperativa Madre Teresa e Centro Aiuto alla vita
<b>Referenti dell'intervento</b>	LISA GILIOLI
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## DOCCE PUBBLICHE Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	E' crescente il numero di persone che vivono in una condizione di povertà, in cui, spesso, alla povertà si sommano problemi legati alle dipendenze, al disagio mentale, alla salute, di tipo relazionale, ecc.
<b>Descrizione</b>	Il Servizio diurno di docce pubbliche offre la possibilità a uomini e donne italiane e straniere di utilizzare un servizio di igiene personale.
<b>Destinatari</b>	Cittadini in stato di marginalità sociale
<b>Azioni previste</b>	Raccordo con altri punti del Sistema dei Servizi locale per garantire maggiore fruibilità del servizio Docce Pubbliche e per implementarlo in collaborazione con il terzo settore
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia, Cooperazione Sociale, Caritas, AUSL di Reggio Emilia; Associazioni di Volontariato.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dr.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## DOPO DI NOI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;</b>

<b>Razionale</b>	vedi L. 112/2016
<b>Descrizione</b>	<p>Il distretto di Reggio Emilia già da tempo si muove sulla linea del Dopo di Noi, avendo in questi anni sperimentato diverse soluzioni residenziali innovative per disabili gravi fuori famiglia.</p> <p>con il nuovo programma DOPO DI NOI sono inoltre state progettate ulteriori linee di lavoro/servizi su tre macro-azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opportunità a vario livello di autonomia e con focalizzazioni specifiche su accompagnamenti orientati prevalentemente a supporti di tipo educativo, assistenziale, o terapeutico-occupazionale, dedicate a differenti tipologie di utenti (differenti per disabilità, età, obiettivi e desideri progettuali sul DdN)</li> <li>2. Supporto a progettualità delle famiglie che intendono sviluppare sperimentazioni a favore del proprio congiunto e di almeno un altro soggetto disabile, o più soggetti disabili, al fine di favorire soluzioni abitative di co-abitazione, supporti informali e di vicinato, forme di portierato e pianerottolo solidali, ...</li> <li>3. Supporto all'adeguamento e domotizzazione degli spazi a favore dell'accessibilità e usabilità di appartamenti di proprietà privata di famiglie disponibili a soluzioni di co-abitazione tra il proprio congiunto disabile e altri soggetti disabili</li> </ol>
<b>Destinatari</b>	persone con disabilità fisica e cognitiva di tipo grave, loro famiglie
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione tre appartamenti per favorire autonomie di diverso livello, con differenti gradi di sperimentazione</li> <li>- erogazione contributi per residenzialità emancipata autogestita.</li> <li>azioni di qualificazione, integrazione e rafforzamento di UVH</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>ausl distretto di Reggio Emilia</p> <p>unioni/comuni del distretto</p> <p>Fondazione Dopo di noi, associazioni, familiari</p> <p>enti gestori</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lucilla Cabrini, Lucio Pederzoli
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## EDUCATIVA DOMICILIARE UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	NUCLEI FAMILIARI CON MINORI
<b>Azioni previste</b>	OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE IN SITUAZIONE DEI LEGAMI ALL'INTERNO DEL NUCLEO E CON IL CONTESTO ESTERNO; EDUCATIVA DI CONDOMINIO; COLLABORAZIONE CON FAMIGLIA E SERVIZI PER SOSTENERE I SOGGETTI FRAGILI DEL NUCLEO (SIANO ESSI I GENITORI O I MINORI PRESENTI); ATTIVAZIONE DI INTERVENTI INDIVIDUALI AD ALTA INTENSITA' EDUCATIVA ALTERNATIVI ALL'INSERIMENTO DEI MINORI IN COMUNITA'; CO-PROGETTAZIONE DI PERCORSI PERSONALIZZATI E ATTIVAZIONE DI SPECIFICI INTERVENTI PROFESSIONALI DI AIUTO AL NUCLEO; OSSERVAZIONE E VIGILANZA DURANTE GLI INCONTRI PROTETTI
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	SANITARIE, EDUCATIVE, DI INCLUSIONE, DEL LAVORO
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	COOP. SOCIALE "ACCENTO", SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE, AZ. USL, ISTITUTI COMPRESIVI
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 104.000,00**


---

- AUSL (COMPARTICIPAZIONE SPESA SOCIO-SANITARIA A RIMBORSO): **12.810,62 €**
  - Unione di comuni (UNIONE TERRA DI MEZZO): **91.189,38 €**
- 

**Indicatori locali: 0**


---

## EMPORIO SOLIDALE e CONTRIBUTO ALLE MENSE Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	Rischio di scivolamento in una condizione di povertà, dovuto a perdita di un lavoro stabile, o ad altro evento critico: per chi potrebbe diventare un "nuovo povero", andare all'Emporio significa salvaguardare la propria dignità ed usufruire di servizi dedicati.
<b>Descrizione</b>	Emporio solidale "Dora" funziona come un minimarket speciale, dove la merce è gratuita e i commessi sono volontari. All'Emporio, le famiglie in difficoltà possono fare la spesa gratuitamente e beneficiare di diverse opportunità di sostegno ed accompagnamento. L'Emporio non si sostituisce alle mense cittadine (per cui il Comune di Reggio Emilia eroga dei contributi a sostegno dell'attività), alla distribuzione dei pacchi o delle borse alimentari: lavora al loro fianco, perché aiuta ALTRE famiglie.
<b>Destinatari</b>	Persone che vivono un momento di difficoltà e pur in assenza recente di un lavoro stabile hanno un reddito, anche se minimo, e possono avere le potenzialità per mettersi in gioco e le capacità per tornare ad essere completamente autonome.
<b>Azioni previste</b>	- fare la spesa gratis, - accedere a corsi di formazione e orientamento al lavoro, al credito e al consumo per uscire dalla crisi e rimettersi in piedi
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Economia solidale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	DarVoce Comune di Reggio Emilia
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Alessandra Margini Tel. 0522/456723 alessandra.margini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Volontari

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## Equità nell’AUSL-IRCCS di Reggio Emilia: un approccio di sistema

Approvato

### Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

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



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autovalutazione delle strutture/servizi coinvolti mediante lo strumento HPH "Standard di equità nell'assistenza sanitaria"</li> <li>• Sperimentazione degli strumenti di valutazione d'impatto sull'equità delle procedure/linee guida aziendali relative a PDTA, Cure fine vita e liste d'attesa.</li> <li>• Individuazione di buone pratiche relative ai temi del "Diversity management"</li> <li>• Formazione multi professionale e multidisciplinare degli operatori sui temi dell'equità</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ospedali, distretti, servizi sociali, volontariato, associazioni pazienti, cittadini
<b>Referenti dell'intervento</b>	Antonio Chiarenza
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## ESCLUSIONE SOCIALE/ACCESSO E PRESA IN CARICO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

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

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	INTERVENTI/MISURE DI ACCESSO, ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DI PERSONE DI NUCLEI FAMILIARI IN SITUAZIONE DI FRAGILITA'
<b>Destinatari</b>	SOGGETTI ADULTI RESIDENTI NEI COMUNI DI ALBINEA, QUATTRO CASTELLA, VEZZANO S/C, A RISCHIO DI FORTE ESCLUSIONE SOCIALE, CHE POSSONO ANCHE PRESENTARE PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE E/O DIPENDENZE PATOLOGICHE (ALCOOL, DROGHE, GIOCO)
<b>Azioni previste</b>	<p>L'INTERVENTO DI CARATTERE NON ASSISTENZIALE, SARÀ LIMITATO NEL TEMPO E SI COLLEGERÀ AD UN PROGETTO DI SVILUPPO DELL'AUTONOMIA DEI SOGGETTI ADULTI E DELLE FAMIGLIE INTERESSATE</p> <p>GLI INTERVENTI SARANNO RIVOLTI SIA A CITTADINI SINGOLI CHE A NUCLEI FAMILIARI, ANCHE DERIVANTI DA CONVIVENZA DI FATTO, PURCHÈ SI TRATTI DI PERSONE RESIDENTI NEI TRE COMUNI, LA CUI SITUAZIONE ECONOMICA FAMILIARE COMPLESSIVA, DA QUALSIASI FONTE DERIVANTE, SIA INFERIORE ALLA SOGLIA DEL REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO PREVISTO DALLE NORMATIVE VIGENTI (EX MINIMO VITALE)</p> <p>INDIVIDUAZIONE NEL TERRITORIO ZONALE DI UN PUNTO DI ACCESSO BASSA SOGLIA IN COLLABORAZIONE CON DIVERSI SPORTELLI CARITAS CHE ASSICURI L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AD ESIGENZE PRIMARIE DELLE PERSONE</p> <p>INSERIMENTO O REINSERIMENTO SOCIALE DI PERSONE IN SITUAZIONI DI ESCLUSIONE</p> <p>ORIENTAMENTO LAVORATIVO</p> <p>SUPPORTO ALLA RICERCA ABITATIVA ED INTERVENTI DI SUPPORTO AI NUCLEI FAMILIARI CON SFRATTI ESECUTIVI; CONTRIBUTI PER SISTEMAZIONI TEMPORANEE IN STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</p> <p>CONTRIBUTI ECONOMICI PER SERVIZI ALLA PERSONA E PER TRASPORTI ,</p> <p>CONTRIBUTI A FAMIGLIE ACCOGLIENTI</p> <p>SPORTELLO DI ASCOLTO, ACCOGLIENZA ED ACCESSO ; ORIENTAMENTO</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	IMMIGRATI, GIOVANI, ANZIANI
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	COMUNI DI ALBINEA, QUATTRO CASTELLA E VEZZANO SUL CROSTOLO; ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, AZIENDE DEI COMUNI INTERESSATI E/O DELLE ZONE LIMITROFE
<b>Referenti dell'intervento</b>	CHIARA BORSALINO
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 103.796,70**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **33.919,80 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **42.807,90 €**
- Unione di comuni :**27.069,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## FILOS: CONTRASTO ALLA SOLITUDINE E PREVENZIONE DELLA FRAGILITA' DELL'ANZIANO REGGIO EMILIA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;</b>

<b>Razionale</b>	contrasto alla solitudine e prevenzione dell'isolamento; invecchiamento attivo e in salute
<b>Descrizione</b>	I FILOS sono momenti di aggregazione condotti da volontari anziani per anziani parzialmente non autosufficienti in 5 (dal 2018 si prevedono 6) centri nella città di Reggio. Coinvolgono un consistente numero di anziani assistiti (183 nel 2017) e volontari (circa 38 nel 2018). in uno dei centri viene offerta anche ginnastica dolce in momento dedicato
<b>Destinatari</b>	anziani parzialmente non autosufficienti; volontari prevalentemente anziani
<b>Azioni previste</b>	allargamento delle iniziative sul territorio, sostegno alla ricerca e formazione volontari
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/unioni del distretto AUSL distretto di Reggio Emilia AUSER altre associazioni
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Fondo nazionale morosità incolpevole Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015)
<b>Descrizione</b>	Concessione di contributi a cittadini residenti nel Comune di Reggio Emilia affittuari di alloggi nel medesimo Comune e in condizioni di morosità incolpevole nel pagamento del canone di locazione. Per "morosità incolpevole" si intende la morosità maturata sul pagamento dei canoni di affitto da parte di conduttori di alloggi con regolare contratto di locazione abitativa causata non da volontà ma da perdita o riduzione dell'attività lavorativa e/o da grave infermità che imponga spese sanitarie e mediche particolarmente elevate.
<b>Destinatari</b>	Cittadini residenti nel Comune di Reggio Emilia affittuari di alloggi nel medesimo Comune e in condizioni di morosità incolpevole nel pagamento del canone di locazione, in particolare a quelli coinvolti in una procedura di sfratto
<b>Azioni previste</b>	Concessione di contributi
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, sanitarie e del lavoro, Diritto alla casa
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia Acer
<b>Referenti dell'intervento</b>	Arch. Vittorio Gimigliano Tel. 0522/585043 vittorio.gimigliano@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

## FUNZIONE ACCOGLIENZA E PROGETTAZIONE TERRITORIALE

Approvato

### Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

<b>Razionale</b>	<p>La grande trasformazione della domanda assistenziale a cui i servizi sono chiamati a corrispondere richiede di introdurre strategie innovative ed integrate, sperimentando forme diverse di accoglienza, trattamento e accompagnamento sia sui singoli che sui contesti e questo in una costante circolarità. Non è sufficiente modificare le procedure: occorre re-interpretare il mandato dei servizi e pensare ad un'evoluzione organizzativa e operativa che ne consenta un'effettiva traduzione pratica, pur allestendo condizioni di tutela dei diritti. Da qui la rivisitazione della funzione accoglienza individuata come luogo strategico di lettura dei problemi sociali che reinterpreta la progettazione territoriale e la presa in carico in funzione di reciprocità e in stretta connessione progettuale con il contesto esterno.</p> <p>Obiettivi:          Ampliare le letture rispetto alla matrice sociale dei problemi portati ai servizi; sperimentare e consolidare nuove modalità di accoglienza e accompagnamento delle famiglie maggiormente connessi al territorio; modificare la relazione con i partner di territorio e le rispettive rappresentazioni.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il processo di lavoro si snoda su tre assi portanti interdipendenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consolidamento della funzione integrata di progettazione territoriale per accompagnare gli operatori nelle letture sulle situazioni, nella costruzione dell'ipotesi di problema e di intervento, connettendo la progettazione sul caso alla progettazione territoriale; visualizzare il territorio come partner sulla lettura delle situazioni e non solo sulla gestione.</li> <li>- la co-progettazione con il territorio per favorire una reale connessione tra funzione di presa in carico e funzione di progettazione territoriale è necessario coinvolgere in modo diverso il territorio già in fase di analisi delle situazioni per allestire le condizioni di una reale co-progettazione al fine di produrre spostamenti nella situazione iniziale.</li> <li>- l'equipe guarda al territorio in modo nuovo: è importante che le diverse realtà informali e formali - coinvolte sulla stessa situazione e non solo nelle fasi gestionali - insieme agli operatori si percepiscano e si vivano reciprocamente coprogettanti nelle letture, nelle analisi e nelle ipotesi di intervento. Accompagnamento strutturato agli operatori e sperimentazioni innovative</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	tutti operatori dei Poli di Servizio Sociale ( asp e privato sociale), realtà del territorio, comunità informale
<b>Azioni previste</b>	<p>lettura condivisa delle situazioni all'interno dei sottogruppi accoglienza nei poli con particolare riferimento alle fragilità che non sono immediatamente riconducibili a percorsi di sostegno standardizzato e che si prestano a co-progettazioni con il territorio.</p> <p>Equipe dedicate al confronto sulle situazioni trattate in co-progettazione per sedimentare negli operatori alcune consapevolezze e apprendimenti e contaminare l'equipe intera.</p> <p>Gruppi tematici di approfondimento su temi trasversali per provare a pensare percorsi nuovi e alternativi, in connessione con il territorio, che si affiancano o si integrano ai percorsi</p>

	standard che sono sempre in minor misura corrispondenti ai bisogni portati dalle famiglie. (ad esempio: "gruppo casa" valutazione e progettazione degli accompagnamenti all'abitare; gruppo "Aiuti tra famiglie fragili" che sperimenta forme di mutuo aiuto tra famiglie in carico al servizio; tavolo di quartiere anziani che tratta situazioni di fragilità adulta; gruppo "affido/accoglienza familiare" che lavora sulla connessione tra bisogni e risorse familiari sui territori; gruppo "Scuola Collodi" che riflette e progetta azioni finalizzate all'inclusione sociale di mamme straniere sul territorio; gruppo di lavoro "liste d'attesa disabili", un gruppo progettuale che accompagna il progetto di vita dell'utente e del suo nucleo familiare in connessione con il territorio in accompagnamento alla residenzialità assistita).
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche del Protagonismo Reponsabile e la Città Intelligente, Politiche giovanili, Servizio Intercultura, Co-housing.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Caritas, Asp Città delle Persone, Auser, Emmaus, Centri sociali, Scuole primarie e secondarie, Istituzione Nidi e scuole dell'infanzia, Ass. Aima, Ausl, Cav, Società Sportive, cooperative educative, Ass. di volontariato giovanile Per di Quà,
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del Servizio Servizi Sociali Germana Corradini, tel. 0522/45683, germana.corradini@comune.re.it Monika Monelli, Programmazione Sistema di welfare, tel. 0522-456509, monika.monelli@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	volontari e cittadini partecipi delle diverse attività.

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Garantire l'accesso e la conoscenza dei Servizi socio-sanitari ai soggetti stranieri neoarrivati al fine di favorirne l'integrazione e l'inclusione"

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Progetto Provinciale Fasce Deboli</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Gli immigrati sono una categoria di popolazione a rischio elevato di minore accessibilità ai Servizi socio-sanitari per difficoltà di comprensione dei percorsi, sia linguistica che culturale, e per barriere burocratiche e amministrative. L'AUSL di Reggio Emilia partecipa dal 2017 al Progetto FAMI STRAT-ER che ha l'obiettivo di individuare e ridurre le vulnerabilità nei richiedenti asilo accolti sul territorio regionale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il progetto "Tutela delle fasce deboli", attivo nella nostra Provincia dal 2004 offre cultura e salute alle fasce deboli della popolazione. L'attività afferente al progetto si inserisce in modo integrato e trasversale nella rete dei Servizi sanitari e sociali e collabora con attori esterni per dare risposta sistematica e organica a quelle fasce di popolazione che si trovano ai margini della società e possono essere più esposte a importanti fattori di rischio per la salute, tra cui gli immigrati.</p> <p>È noto come le difficoltà di integrazione nel tessuto sociale, le difficoltà linguistiche e le diversità culturali condizionino lo stato socio-economico di un individuo e come, a sua volta, la condizione socioeconomica influenzi lo stile di vita e di conseguenza lo stato di salute. Facilitando l'accesso e l'utilizzo dei Servizi socio-sanitari, favorendo processi di prevenzione delle malattie, promuovendo l'acquisizione di competenze linguistiche, prevenendo gli infortuni sul lavoro cui sono maggiormente esposti i soggetti immigrati, lavorando per produrre Equità di accesso si promuove la salute non solo del singolo cittadino ma dell'intera collettività.</p>
<b>Destinatari</b>	Immigrati presenti sul territorio reggiano
<b>Azioni previste</b>	<p>Realizzare momenti d'informazione/formazione, agendo in modo integrato con la rete dei servizi del territorio ed entrando in relazione con le varie Istituzioni coinvolte. Mantenere costante negli anni l'attività di formazione e informazione relativa a temi di prevenzione e promozione della salute rivolta agli immigrati, svolgendo gli incontri nei luoghi di incontro, di socializzazione e nelle scuole di alfabetizzazione CPIA (Centri Provinciali Istruzione Adulti) e terzo settore, in collaborazione con Enti esterni. I temi affrontati negli incontri sono prevenzione malattie infettive, accesso ai servizi, sicurezza sul lavoro, infortuni domestici, alimentazione, salute della donna e del bambino.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare la collaborazione con il Servizio Mediazione Linguistico Culturale Staff Ricerca e Innovazione dell'Ausl di RE per il coinvolgimento dei mediatori culturali negli incontri di formazione.</li> <li>- Realizzare un percorso di formazione continua per gli operatori /educatori che gestiscono i richiedenti asilo (Reti Temporanee di Impresa, Dimora d'Abramo e Oville, Caritas Reggiana, Progetto SPRAR ecc..) e interventi di formazione rivolti ai beneficiari accolti dalle Cooperative.</li> </ul>



	<p>- Produzione di due opuscoli informativi/educativi riguardati l'orientamento e accesso ai Servizi (emergenza-urgenza, Medico di Medicina Generale, Centro Salute Famiglia Straniera e Caritas, percorsi legislativi e amministrativi ecc.) e gli stili di vita sani (alimentazione corretta, consigli per la sicurezza in casa, prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili).</p> <p>Gli opuscoli sono tradotti in multilingue (italiano, inglese, francese, arabo, russo, bengali, tigrino, pasto, urdu). Vengono consegnati a tutti i richiedenti asilo all'arrivo sul territorio e illustrati dagli operatori di accoglienza. Sono stati elaborati e saranno periodicamente rivalutati in base alle osservazioni emerse, con la collaborazione degli utenti, degli operatori sociali, dei mediatori culturali e degli operatori delle cooperative di accoglienza.</p> <p>- Proseguire l'attività al Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CFS) che dal 1998 garantisce l'assistenza sanitaria, in collaborazione con Caritas Reggiana, agli immigrati senza regolare permesso di soggiorno, ai richiedenti asilo giunti su territorio e, in generale, alle fasce di popolazione più vulnerabili. Il CFS è un Servizio del Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di RE che offre attività di prevenzione, diagnosi e cura; comprende ambulatori di medicina generale, pediatria, ostetricia-ginecologia e alcune attività specialistiche (ambulatorio screening e trattamento delle IST, screening e trattamento di infezione e malattia tubercolare, cardiologia, ORL ecc.). Presso il CFS dal 2004 è attivo in modo sistematico lo screening per HIV, HBV, HCV e sifilide (progetto Eva Luna, vedi scheda numero 18). Presso il CFS è presente l'Assistente Sociale che garantisce la presa in carico e la gestione integrata dei pazienti con vulnerabilità sociale.</p> <p>- Nel 2017, tutte le Ausl della regione Emilia Romagna hanno partecipato al bando europeo FAMI con l'elaborazione del progetto START-RER (Salute Tutela Accoglienza per i Richiedenti e i Titolari di protezione internazionale in Emilia Romagna) Il progetto prevede un sistema di potenziamento di prima e seconda accoglienza relativamente alla tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria attraverso una implementazione di un'attività di analisi e confronto sull'organizzazione territoriale delle attività di supporto socio-sanitario e riabilitazione dei richiedenti asilo e prevede che a tutti i beneficiari in arrivo sul nostro territorio, dopo una prima valutazione sanitaria, venga offerta la possibilità di uno screening psicologico per valutare la vulnerabilità psico-sociale. Il progetto FAMI STARTER nella Provincia di Reggio Emilia si è sviluppato su un progetto, in parte esistente, di stretta collaborazione tra Ausl e terzo settore sul tema "supporto psicologico ai richiedenti asilo". In provincia di Reggio Emilia era già attivo dal 2015 un progetto di supporto psicologico ai richiedenti asilo gestito dalla cooperativa Dimora d'Abramo; attraverso il progetto Start-er questo progetto è stato implementato e rafforzato attraverso l'assunzione di psicologi e alcuni mediatori culturali da parte della cooperativa e riorganizzato e messo a sistema con la stretta collaborazione tra sanitario e terzo settore, che verrà mantenuto negli anni futuri.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>integrazione e collaborazione tra AUSL, Servizi Sociali e terzo settore</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Dott.ssa Lucia Monici, AS Carla Severi e Gruppo Fasce Deboli</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## GESTIONE DEI PERCORSI DI ACCOGLIENZA DEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI \_SPRAR REGGIO EMILIA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Lo SPRAR è il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati costituito dalla rete degli enti locali che accedono, nei limiti delle risorse disponibili, al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo.</p> <p>Il Comune di Reggio Emilia, in collaborazione con la cooperativa sociale Dimora d'Abramo, è entrato a far parte di questo Sistema di protezione che offre accoglienza integrata per richiedenti asilo e rifugiati nel 2009. I beneficiari sono 58, uomini adulti o neo maggiorenni, inseriti nel percorso di asilo in Italia (titolari di protezione o richiedenti asilo in situazione di vulnerabilità).</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Trattasi di un Progetto triennale (2017/2019) dedicato alla programmazione e gestione dell'accoglienza dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale secondo le linee guida del servizio centrale SPRAR (Ministero dell'Interno). Questo prodotto vede impegnato il Servizio nella rete regionale sui temi dell'accoglienza.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>rifugiati e richiedenti asilo</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione e sviluppo di una rete di soggetti del territorio volti a favorire i percorsi di integrazione dei richiedenti asilo e dei rifugiati</li> <li>- servizi accoglienza</li> <li>- supporto ed accompagnamento ai percorsi legislativi</li> <li>- affiancamento linguistico, sanitario e psicologico</li> <li>- orientamento al territorio</li> <li>- sviluppo di percorsi di autonomia socio economica</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per il protagonismo responsabile e la città intelligente</p> <p>Politiche per le relazioni internazionali</p> <p>Politiche educative</p> <p>Politiche giovanili</p> <p>Politiche culturali</p> <p>Politiche pari opportunità</p> <p>Politiche sanitarie</p> <p>politiche abitative/housing sociale</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Enti gestori dell'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati, Associazioni di volontariato, Rete Diritto di Parola, Centri Sociali, Sindacato, Ausl, Fondazione Mondinsieme, Associazioni sportive e culturali, Ministero degli Interni, regione Emilia Romagna, Questura, Prefettura, Caritas, Acer, Enti di formazione professionale, Centro per l'impiego</p>

<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del servizio Dott.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it Referente di Progetto Dott.ssa Chiara Reverberi tel 0522/585235 chiara.reverberi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## GINNASTICA DOLCE PER ANZIANI: CONTRASTO ALLA SOLITUDINE E PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO REGGIO EMILIA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano  
 21 Innovazione della rete dei servizi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	contrasto alla solitudine e all'isolamento dell'anziano, azioni per l'invecchiamento attivo e in salute
<b>Descrizione</b>	NUMEROSE INIZIATIVE DI GINNASTICA DI VARIO TIPO (DA ESERCIZI ALL'APERTO A GINNASTICA DOLCE, ADATTATA, RIABILITATIVA) condotte in diversi luoghi (palestre, all'aperto, sale condominiali, sale socializzazione appartamenti con servizi, domicilio dell'anziano ecc)
<b>Destinatari</b>	anziani con inizio di fragilità
<b>Azioni previste</b>	maggior connessione tra il lavoro di progettazione territoriale dei poli e le tante iniziative (da mettere a sistema) della città e dei programmi aziendali
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni /unioni del distretto ausl distretto di Reggio Emilia UISP altre associazioni Terzo Settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## IMPLEMENTAZIONE NUOVI LEA: UN MESE GRATUITO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

### Riferimento scheda distrettuale: ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;E;</b>

<b>Razionale</b>	Attivazione del servizio socio-assistenziale domiciliare secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)
<b>Descrizione</b>	L'intervento autorizzato secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) si sostanzia in un intervento di Assistenza domiciliare totalmente gratuito (quindi con retta totale a carico del FRNA e nessun onere a carico di Comuni e utente) per un massimo di 15 ore frontali e per un periodo non eccedente i 30 giorni dal momento dell'attivazione del servizio.
<b>Destinatari</b>	utenti dimessi dal presidio SMN residenti nel Distretto di RE per i quali è necessaria la presa in carico da parte del Servizio Infermieristico Domiciliare (ADI), prevedendo almeno 1 accesso settimanale. Le persone devono rientrare nei parametri di non autosufficienza, di qualsiasi età, "con patologie in atto o esiti delle stesse".
<b>Azioni previste</b>	vedi istruzione operativa allegata la Piano di zona
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/Unioni del distretto PUA Servizio infermieristico domiciliare Gestori assistenza domiciliare accreditata
<b>Referenti dell'intervento</b>	Sonia Romani, Azienda USL Distretto di Reggio Emilia sonia.romani@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## INTEGRAZIONE SCOLASTICA e nei centri gioco estivi di ALUNNI CON DISABILITA' REGGIO EMILIA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	garantire il diritto allo studio e favorire l'inclusione sociale
<b>Descrizione</b>	Assistenza ed educazione scolastica e ricreativa (centri estivi) di alunni diversamente abili
<b>Destinatari</b>	Bambini e ragazzi diversamente abili frequentanti servizi scolastici, prescolastici ed estivi
<b>Azioni previste</b>	affiancamento di educatori a bambini e ragazzi diversamente abili per garantire l'inclusione e l'integrazione scolastica e nelle attività ricreative estive
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/unioni del distretto Servizi per l'infanzia istituti comprensivi scuole secondarie di secondo grado gestori campi gioco
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CAREGIVERS DI MINORENNI IN SITUAZIONI DI FRAGILITA'

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>NPIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico. Accogliere le istanze familiari, saper ascoltare le aspettative e riconoscere difficoltà e affaticamenti relativi alle dinamiche a cui solitamente espone la presenza di familiari con fragilità, sono punti di partenza imprescindibili per un corretto approccio di caring che sappia mettere al centro la persona.
<b>Descrizione</b>	I Servizi per l'Infanzia e l'Adolescenza non possono mai prescindere dal coinvolgimento dei familiari o delle persone che ne ricoprono le veci. L'informazione/formazione e l'accompagnamento dei familiari sono di fondamentale importanza per favorire percorsi di prevenzione, potenziamento di abilità e mantenimento di competenze acquisite. Inoltre i familiari devono sempre essere coinvolti per rendere fluida l'informazione tra i vari agenti sociali a supporto dell'utente minore e risultano attori fondamentali in fase progettuale. Si rende quindi necessario trasmettere ai caregiver strumenti culturali e tecnici a supporto di percorsi terapeutici e di inclusione sociale.
<b>Destinatari</b>	Utenti con disabilità e fragilità e familiari
<b>Azioni previste</b>	Coinvolgimento genitori in incontri di progettazione, Coinvolgimento Genitori nel processo di Transizione ai Servizi Adulti, Consulenze tecniche (es.: CAA) Interventi educativi domiciliari e territoriali (LOTTO1 e LOTTO Autismo), Incontri di Parent Training individuali e di gruppo per genitori di minori con ASD, Ricoveri di Sollievo specie per situazioni ad elevata complessità
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	NPIA, COOP SOC. (attualmente Coress), S. Sociale, Servizi Diurni e Residenziali rivolti a persone con disabilità
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.sa Gildoni, Dott.sa Giuberti, Dott.sa Dazzani
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Interventi a sostegno del programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale a favore delle vittime di grave sfruttamento, riduzione in schiavitù e tratta di esseri umani ex art. 18 d.lgs. 25 luglio 1998 n. 286

Approvato

Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il progetto si propone i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attivare percorsi previsti dall'art.18 del D.lgs. 286 del 25/07/98 e dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 maggio 2016, rivolti a persone vittime e potenziali vittime di tratta, riduzione in schiavitù e sfruttamento sessuale o lavorativo;</li> <li>- favorire l'emersione di vittime e potenziali vittime in stretto raccordo con l'unità di strada del progetto Rosemary Riduzione danno/Invisibile e con altri enti e realtà del territorio (in particolare rete CAS/SPRAR);</li> <li>- offrire alternative allo sfruttamento attraverso l'accoglienza e l'accompagnamento sul territorio;</li> <li>- fornire supporto sanitario, legale, abitativo, psicologico...;</li> <li>- operare per il reinserimento socio-lavorativo di chi sceglie di uscire dallo sfruttamento;</li> <li>- costruire un progetto di progressiva autonomia, realizzabile restando in Italia o, per chi lo desidera, rientrando al proprio Paese;</li> <li>- partecipare attivamente alla rete territoriale di monitoraggio del fenomeno e di contrasto allo sfruttamento.</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<p>Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate 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). Intercettare il fenomeno tramite le unità di strada</p>
<b>Destinatari</b>	<p>L'attività è rivolta in modo diretto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vittime e potenziali vittime di sfruttamento sessuale</li> <li>vittime e potenziali vittime di sfruttamento lavorativo</li> <li>vittime e potenziali vittime di accattonaggio e attività illegali</li> </ul> <p>richiedenti e titolari di protezione internazionale/umanitaria (in collaborazione con gli enti preposti).</p> <p>Tra essi potranno rientrare anche MSNA presenti sul territorio ed in carico ai servizi competenti, in accordo con i quali si potranno prevedere soluzioni di lungo periodo, anche oltre il compimento della maggiore età.</p> <p>Destinatari indiretti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>operatori dei servizi (in particolare della rete CAS/SPRAR)</li> <li>cittadini.</li> </ul>



<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>a) contatto, emersione e tutela della persona;  b) prima assistenza propedeutica ai processi di inclusione sociale;  c) seconda accoglienza volta alla formazione professionale e all’inserimento lavorativo;  d) autonomia volta al consolidamento dei processi di inclusione sociale e lavorativa e all’autonomia abitativa;  e) raccordo operativo tra il sistema di protezione e contrasto delle vittime di tratta e grave sfruttamento e il sistema a tutela dei richiedenti/titolari di protezione internazionale/umanitaria;  f) azioni sperimentali o di sistema, anche a valenza regionale, secondo quanto previsto dal progetto Oltre la strada;  g) interventi di formazione sul tema della tratta e dello sfruttamento di esseri umani rivolti ad operatori del territorio.</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Progetto Oltre la strada Bando DPO 2/2017  Progetto Oltre la strada Riduzione del danno  Progetto Invisibile  Centro per la salute della famiglia straniera-Progetto Eva Luna  CAS  All’interno del soggetto capofila (Comune di Reggio Emilia): poli di servizio sociale territoriale, Intercultura, ufficio MSNA, servizio SPRAR</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>Associazione Rabbunì ONLUS  Cooperativa Caleidos  Prefettura  Questura  Comando provinciale dei Carabinieri  Guardia di Finanza  Enaip  Consorzio Oscar Romero  Consorzio Quarantacinque  Consorzio Mestieri  Azienda Sanitaria Locale-Azienda Ospedaliera  Cgil  Cisl  Caritas  Cooperativa Madre Teresa  Dimora d'Abramo cooperativa sociale di solidarietà  L’Ovile s.c.r.l. coop di solidarietà sociale  Centro sociale Papa Giovanni XXIII società cooperativa sociale ONLUS  Ceis  Arcigay  Fondazione Mondinsieme</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Dott.ssa Corradini Germana - Dirigente Servizio: “Servizi Sociali-Intercultura”  Referenti del progetto:  Chiara Bertozzi - Tel. 0522/456711 –fax 0522/436747 e-mail: chiara.bertozzi@comune.re.it;  Alessandra Margini - Coordinamento Progettazione Sociale - tel 0522/456723 e-mail: alessandra.margini@comune.re.it  Alessandra Ibatici - Tel. 0522/585087  alessandra.ibatici@comune.re.it</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Volontariato, strutture messe a disposizione dal privato sociale</p>

**Totale preventivo 2018: € 252.712,50**

---

- Lotta alla tratta: **25.720,00 €**
- Altri fondi regionali (*oltre la strada riduzione danno - Invisibile*): **39.390,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*oltre la strada - Bando DPO 2/2017*): **140.160,00 €**
- Altri finanziamenti (*quota di co-finanziamento locale sul progetto "Lotta alla tratta"*): **25.720,00 €**

Risorse comunali: **21.722,50 €** di cui:

- COMUNE DI REGGIO EMILIA - cofinanziamento riduzione danno/Invisibile: **21.722,50 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## interventi a sostegno del reddito e del lavoro (SIA/RES, L. 14)

Approvato

## Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	vedi rationale schede 22 e 23 PSSR
<b>Descrizione</b>	la struttura degli interventi nel Distretto di Reggio Emilia è descritta nell'apposita sezione dedicata nel Piano di Zona
<b>Destinatari</b>	Famiglie e persone in condizioni di povertà
<b>Azioni previste</b>	messa a punto del sistema organizzativo necessario per la tenuta delle misure; verifica impatto interventi
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	unioni/Comuni del Distretto ausl distretto di Reggio Emilia, centri per l'impiego enti gestori servizi associazioni Terzo Settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi e Lucilla Cabrini, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

# Interventi di supporto alla domiciliarità rivolti a bambini, adolescenti e alle loro famiglie Reggio Emilia

Approvato

## 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>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>In questi anni sempre più i servizi hanno assunto un orientamento socio-pedagogico in cui si ritiene fondamentale il sostegno al nucleo familiare di origine al fine di promuovere processi di responsabilizzazione, il miglioramento delle reciproche relazioni, favorire l'integrazione della famiglia nel più ampio contesto sociale e ridurre, al tempo stesso, il ricorso all'istituzionalizzazione, con conseguente ricaduta in termini di benessere sociale, economicità, efficienza ed efficacia dell'intervento.</p> <p>Obiettivo prioritario di tale orientamento è quello di prevenire forme di maltrattamento e abuso tali da dover allontanare il minore dal proprio nucleo d'origine, salvaguardando quindi le relazioni familiari significative e funzionali al benessere di quest'ultimo, attuando sostegno diretto sia ai minori al fine di tutelare, accompagnare, promuovere le loro risorse personali che alle loro famiglie per supportare e rafforzare le risorse genitoriali.</p> <p>La logica sottesa è quella del "prendersi cura delle famiglie", rafforzando le competenze e le capacità di coping dei suoi membri, facendo leva sulle risorse esistenti, sul rinforzo delle potenzialità latenti, sulla motivazione ad acquisire nuove competenze relazionali e maggiori legami con i contesti.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Oggi il sistema di supporto alla domiciliarità vede interventi educativi familiari a diversa gradazione che vanno da supporti a bassa intensità orientati all'osservazione o al monitoraggio, fino a interventi molto intensivi (sostitutivi di funzioni genitoriali), accoglienze in semi residenza e in centri educativi pomeridiani e interventi di affidi sostegno. Per estensione possiamo ricomprendere nel sostegno alla domiciliarità anche tutte quelle risorse a valenza educativa presenti nel territorio (doposcuola, centri sportivi, ecc.) Le situazioni più complesse vengono approfondite in équipe integrata e prese in carico con interventi integrati socio-educativi-sanitari.</p> <p>La filiera degli interventi attua connessioni tra il sistema sanitario, il sistema scolastico, dei servizi sociali, del privato sociale, delle famiglie affiancanti, delle realtà e delle risorse del territorio.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di vulnerabilità e disagio anche grave, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con difficoltà nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi. Famiglie affidatarie. Risorse comunitarie.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Mantenimento di interventi di supporto ai nuclei familiari che esprimono vulnerabilità e difficoltà nei compiti di cura ed educazione promuovendo le competenze e favorendo la responsabilizzazione e l'integrazione.</p>

	<p>Supporto e affiancamento ai minori per sostenerli nella crescita e evoluzione positiva, per aiutarli ad esprimere le loro capacità e realizzare i loro desideri, per promuovere le loro capacità relazionali sia nei contesti di vita familiare che extra familiare.</p> <p>Azioni di sensibilizzazione dei contesti territoriali e delle istituzioni scolastiche per promuovere attenzione ai bambini e alle loro famiglie in situazioni di vulnerabilità</p> <p>Diffusione dell' utilizzo degli indicatori di rischio e protezione per l' analisi e la valutazione delle situazioni</p> <p>Valutazione degli esiti degli interventi educativi per sviluppare maggiore appropriatezza</p> <p>Sperimentazione di forme di covalutazione con minori e genitori</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, educative, sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sociali, servizi educativi, AUSL, privato sociale, associazionismo, cittadinanza attiva
<b>Referenti dell'intervento</b>	Daniela Scrittore, Germana Corradini
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## INTERVENTI PER L'EMERGENZA CALDO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
<b>Descrizione</b>	Azioni volte ad alleviare nel periodo estivo la solitudine delle persone anziane e a soccorrerle in caso di bisogno. Il periodo estivo rappresenta un periodo dell'anno critico, perché i consueti riferimenti familiari e sociali si indeboliscono o vengono meno, mentre aumenta la sensazione di isolamento e il senso di insicurezza a fronte dei piccoli e grandi problemi che si possono presentare nella vita di tutti i giorni. Il piano emergenza caldo consente di attivare tempestivamente i Servizi Sociali e sanitari
<b>Destinatari</b>	anziani e/o persone fragili del territorio servizi sociali e socio-sanitari
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allestimento punto di ascolto telefonico con numero dedicato, pubblicizzato adeguatamente in collaborazione con associazioni di volontariato (AUSER, EMMAUS, CRI..) aperto dal 4 giugno al 14 settembre</li> <li>- monitoraggio telefonico di anziani fragili</li> <li>- guide distribuite con capillarità rispetto ai consigli con cui affrontare il periodo più caldo (alimentazione e comportamenti)</li> <li>- pre-autorizzazione alcuni posti residenziali emergenza caldo</li> <li>- collaborazione con le strutture (centri diurni) per l'accoglienza eventuale di anziani in difficoltà diurna</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	unioni/Comuni del distretto AUSL Distretto di Reggio Emilia AUSL Dipartimento Cure Primarie associazioni Terzo Settore gestori servizi socio-sanitari
<b>Referenti dell'intervento</b>	Monica Gabbi, AUSL Distretto di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## INTERVENTI PER L'INCLUSIONE LAVORATIVA DISABILI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	Negli anni la domanda occupazionale è andata via via rinforzandosi anche nell'area della disabilità per differenti fattori: crescente numero di giovani disabili e loro familiari che al termine del percorso scolastico esprimono forti aspettative nei confronti dell'occupazione lavorativa e in contesti di "normalità"; persone in età lavorativa con gli esiti di una disabilità sopraggiunta per traumi o eventi gravi; l'allungamento dell'età media anche per le persone disabili che ha reso obsoleti e inadeguati i tradizionali interventi sociooccupazionali; trasformazioni normative e nuove istanze sociali. In tal senso si è reso necessario operare un significativo riposizionamento strategico per questo ambito differenziando gli interventi e le misure in ottica occupazionale e di inserimento lavorativo da quelli con finalità inclusiva; adeguare i dispositivi ai contesti normativi valorizzando le finalità progettuali; ricercare le connessioni con le politiche attive del lavoro e il sistema della formazione.
<b>Descrizione</b>	tutti gli interventi qui ricompresi si collocano nell'ambito sociooccupazionale con l'obiettivo prioritario di favorire dove possibile la transizione verso i contesti lavorativi attraverso l'osservazione, lo sviluppo delle competenze socio-relazionali e tecniche e la sperimentazione in contesti lavorativi. Rientrano in questa tipologia gli interventi in laboratori sociooccupazionali, inserimenti lavorativi in coop. B o B/a, le attivazioni singole e gruppalì in contesti protetti e le partecipazioni anche continuative a progetti con finalità inclusiva, l'accompagnamento al lavoro con gli strumenti delle PAL. Sono qui ricompresi i servizi: Laboratorio Nessuno Escluso e I-Lab; Sil (servizio per l'integrazione lavorativa); i Progetti Collettivi; Bottega del Lavoro; CTO L'introduzione di nuove figure come il terapeuta occupazionale e le sperimentazioni condotte hanno permesso lo sviluppo di pratiche abilitanti e volte all'autonomia domestica.
<b>Destinatari</b>	persone disabili (giovani e adulti) in carico ai servizi sociosanitari del distretto e loro famigliari
<b>Azioni previste</b>	osservazione scolastica già dalle ultime classi e in percorsi sperimentali con istituti scolastici formazioni congiunte insegnanti e operatori socioeducativi inserimenti in CtO (Centro terapia occupazionale) inserimenti in Cooperative B attivazioni in gruppi per lo sviluppo delle competenze sociorelazionali e socio-lavorative laddove possibile in contesti ospitanti dell'associazionismo e del privato sociale e religioso attivazione di tirocini osservativi in contesti occupazionali sviluppo di progetti misti scuola/laboratorio protetto l'osservazione pre-lavorativa educazione/rieducazione all'impegno lavorativo accompagnamento nella fase di uscita dal mondo del lavoro



	sostegno del disabile nel contesto lavorativo
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche attive del lavoro, Politiche per la formazione scolastica e professionale politiche per il lavoro
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia; Azienda Speciale FCR; Azienda USL di Reggio Emilia, cooperazione Sociale, aziende private, associazioni di volontariato, centri sociali, scuole dell'infanzia parrocchiali, università, enti di formazione, agenzie per il Lavoro
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lucio. pederzoli@usl.re.it germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Il laboratorio Nessuno escluso è co-finanziato dalla cooperativa L'Ovile. Volontari e privato sociale coinvolto nei diversi progetti e percorsi.

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)  
 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	CITTADINI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'UNIONE IN CONDIZIONE DI DISAGIO ABITATIVO
<b>Azioni previste</b>	<p>Accesso alloggi ERP: gestione Bando aperto raccolta domande , elaborazione graduatoria, assegnazione;</p> <p>Gestione Bando Morosità incolpevole;</p> <p>gestione bando edilizia convenzionata in collaborazione con i titolari;</p> <p>collaborazione con IVG per gestione sfratti da alloggi privati;</p> <p>collaborazione con ACER per gestione morosità;</p> <p>fondo assistenza residenziale alloggi ERP;</p> <p>Fondo sostegno economico a sostegno del reperimento nuovo alloggio privato.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche del lavoro e sicurezza sociale, politiche sanitarie, misure di contrasto alla povertà e alla esclusione sociale.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ACER, organi giudiziari, associazioni di volontariato, ASP "Reggio Città delle persone" RE, parrocchie.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 26.988,93**


---

- Altri fondi statali/pubblici (FONDO INQUILINI MOROSI INCOLPEVOLI): **15.868,55 €**
  - Unione di comuni (UNIONE TERRA DI MEZZO): **11.120,38 €**
- 

**Indicatori locali: 0**


---

## laboratorio di prossimità

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>SerDP-Area Sociale</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Sul territorio della città di Reggio Emilia ci sono sempre più persone tossicodipendenti o ex tossicodipendenti, che vivono in condizioni di profondo isolamento sociale. Si potrebbero definire "senza luogo" dal momento che, nel pur variegato sistema dei servizi offerti, non ve ne è al momento uno che cor-risponda pienamente alla complessità e poliedricità dei loro bisogni, variamente manifestati, così pure in relazione ai contesti sociali di convivenza. Sono persone che generalmente vivono in case popolari, in dormitori o sono senza fissa dimora; sono completamente escluse dal mercato del lavoro; non si riconoscono nei tradizionali servizi a bassa soglia di accesso, perché nella maggior parte dei casi, non manifestano più comportamenti compulsivi nei confronti delle sostanze illegali cosiddette "pesanti", mentre tendono ad abusare di alcol e /o cannabis. Nel contempo sono privi di relazioni sociali significative. I lunghi anni di tossicodipendenza, i periodi carcerari, la "strada", li hanno resi in qualche modo inadeguati a reggere contesti sociali stabili e comunicazioni lineari, per cui ciò a cui si intende innanzitutto rispondere è ad un bisogno di socialità, in cui fondamentale sia la dimensione del "lavoro", inteso come attività terapeutico-occupazionale, e in quanto tale divenga l'asse vettoriale su cui operare ulteriori innesti valoriali e culturali, primo fra tutti l'affermazione della propria dignità. I singoli obiettivi progettuali vengono così calibrati sulle singole situazioni e sono volti al miglioramento della qualità della vita, dell'inclusione sociale; contribuendo ad evitare, per alcuni di loro, il ritorno in percorsi di istituzionalizzazione. Supportano questa ipotesi progettuale gli esiti positivi riscontrati nelle precedenti attivazioni, quali ad esempio: inserimenti ISTR, laboratorio di strada, progetto del Parco Cervi....</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Laboratorio di prossimità "Paradise Street", progetto socioeducativo con sede in Via Paradisi, a cura dell'Ente Accreditato Associazione Centro Sociale Papa Giovanni XXIII. "Paradise Street" è un progetto rivolto a pazienti tossico/alcolodipendenti inviati dai Ser.T. del territorio e finalizzato alla prevenzione della istituzionalizzazione e della marginalità sociale, al contenimento delle condotte di consumo e alla diminuzione della conflittualità sociale, tramite lo svolgimento di attività atelieristiche e la strutturazione di attività socializzanti</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Persone tossicodipendenti in condizione di marginalità sociale e /o relazionale, con alle spalle diversi percorsi riabilitativi in strutture comunitarie tradizionali.</p> <p>Persone tossicodipendenti che presentano problematiche sanitarie, droga o alcol correlate con un sufficiente grado di autogestione e di autonomia; e/o in trattamento con sostitutivo a mantenimento.</p> <p>Persone tossicodipendenti che escono da un periodo critico e da comportamenti compulsivi di assunzione di sostanze, ma per i quali non è possibile un percorso comunitario.</p> <p>Persone tossicodipendenti in carico al CSM.</p> <p>Persone tossicodipendenti uscite dal carcere e prive di una rete di sostegno.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1. Operare sulla autostima, trascorrendo parte delle giornate in un contesto costruttivo e in un ambiente sano, che li faccia percepire come utili e in un percorso evolutivo, e possano</p>

	<p>così gradualmente sperimentarsi e misurarsi rispetto alle proprie capacità, competenze e risorse residue.</p> <p>2. Aiutarli a riscoprire la dimensione della comunicazione e dello stare insieme, recuperando modalità relazionali adeguate e partecipanti verso il gruppo dei pari e delle figure significative (operatori, volontari, atelieristi, etc.);</p> <p>3. Diminuirne l'isolamento sociale e la marginalità.</p> <p>4. Consentire a persone anche molto compromesse sul piano fisico e psico-sociale, di mantenere spazi di autonomia e di restare nel proprio contesto territoriale di appartenenza, evitando quindi l'istituzionalizzazione (comunità, cliniche, strutture psichiatriche, etc..) e l'assistenzialismo.</p> <p>5. Diminuire gradualmente le forme di dipendenza in atto e/o adottare stili di consumo meno rischiosi e/o dannosi, oltre a prevenire le ricadute o, quando non è possibile, individuarle precocemente e cercare di gestirle.</p> <p>6. Individuare precocemente le situazioni a rischio di scompenso psicotico.</p> <p>7. Diminuire la conflittualità sociale, riducendo i momenti e gli spazi in cui i destinatari dell'intervento si rapportino con il resto della popolazione con modalità percepite come inadeguate (bivacchi, consumo di alcol in spazi pubblici, etc..).</p> <p>8. Garantire la possibilità di accompagnamento e aggancio ai servizi specialistici;</p> <p>9. Ascoltare ed affiancare i destinatari dell'intervento rispetto ai problemi che riguardano la loro quotidianità, ponendosi come "filtro" con altri servizi e con funzione di advocacy</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: competenti per l'invio e attivazione progettuale;</p> <p>Cooperativa sociale B/A "Liberamente": gestione atelier; gestione gruppo di utenti; attivazione laboratori creativi e di apprendimento; lettura quotidiani; brevi corsi di apprendimento di conoscenza tecniche artigianali di lavorazione materiali (legno, ferro, ceramica, ecc ) con finalità creative.</p> <p>"Associazione Papa Giovanni": Gestione dinamiche e relazioni prodotte dal gruppo di utenti inseriti nel progetto; sostegno e supporto individuale rispetto ad eventuali crisi, bisogni espressi dai singoli utenti.</p> <p>Servizi sociali e sociosanitari: Comune di Reggio Emilia e Area sociale Ausl U.E.P.E</p> <p>1 Operatore con competenze trasversali sulla dimensione relazionale, educativa e atelieristica</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Bosi, Cabrini, Ficarelli, Mongillo
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Locanda DELLA MEMORIA: CONTRASTO ALLA SOLITUDINE E PREVENZIONE DELLA FRAGILITA' DELL'ANZIANO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;D;</b>

<b>Razionale</b>	valorizzare le narrazioni di vita degli anziani, creare legami sociali e implementare il capitale sociale. Contrasto alla solitudine e all'isolamento
<b>Descrizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- percorso formativo per volontari che vengono formati alle tecniche dell'ascolto e dell'autobiografia</li> <li>- conduzione interviste (ogni anno un numero crescente) ad anziani fragili sulla loro biografia, esperienze, narrazioni di vita</li> <li>- pubblicazione in cofanetto con foto delle interviste realizzate che vengono poi distribuite tra i protagonisti, le biblioteche e i servizi</li> <li>- creazione di un legame tra biografo e anziano</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	anziani fragili, volontari, cittadini
<b>Azioni previste</b>	sostegno e promozione dell'iniziativa come elemento prezioso di capitale sociale
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/Unioni del distretto associazioni di volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano silvia.guidi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**

## MAMME NEL PALLONE

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Salute Donna-AUSL di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Questo spazio è dedicato alle emozioni e ai sentimenti delle neo mamme; l' arrivo del piccolo è un evento importante e porta con sé emozioni intense e tra loro contrastanti. Insieme alla gioia e alla felicità, si possono vivere momenti di paura, ansia, tristezza, rabbia e preoccupazione.
<b>Descrizione</b>	L' intento è quello di offrire uno spazio di confronto e di sostegno per le mamme e le loro famiglie che affrontano la gravidanza e la nascita di un bimbo.
<b>Destinatari</b>	le mamme in gravidanza e nei primi mesi di vita del bimbo e a tutti i neo genitori che si sentono in dubbio tristi , confusi, stanchi
<b>Azioni previste</b>	1) PUNTO DI ASCOLTO ONLINE SUL SITO INTERNET E SULLA PAGINA FACEBOOK DELL'AUSL. il sito internet affronta le tematiche riguardanti la depressione del post partum, le prime fasi della relazione genitore- bambino, le preoccupazioni dei neo genitori offre proposte bibliografiche libri films link a siti utili e la possibilità di porre domande o dubbi agli esperti tramite una casella di posta dedicata 2) LA PAGINA FACEBOOK è attiva la pagina <a href="https://www.facebook.com/mammenelpallone/">https://www.facebook.com/mammenelpallone/</a> sulla pagina si possono leggere i post dei professionisti commentare e condividere le riflessioni, articoli, messaggi E' possibile anche inviare messaggi privati Tutti i contenuti devono essere approvati dagli amministratori prima della loro pubblicazione 3) IL PUNTO DI ASCOLTO L' ambulatorio “ Punto di ascolto Mamme nel Pallone “ è rivolto alle mamme e ai neo genitori.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL/ salute donna , neuropsichiatria, Ser.DP,/ servizi sociali/ CAV
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dottoressa Piera Bevolo
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

## MEDIAZIONE INTERCULTURALE NEL SERVIZIO SOCIALE Reggio Emilia

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale.
<b>Descrizione</b>	La mediazione linguistico-culturale si riconosce in un lavoro di sostegno all'interazione tra servizio e migrante: i prodotti individuati sono principalmente l'interpretariato linguistico ed il sostegno alla comprensione interculturale. Nell'esperienza degli ultimi anni si è consolidata una modalità di confronto tra i mediatori e gli operatori dei Servizi Sociali in fase di analisi e verifica progettuale: la professionalità del mediatore, pertanto, fa parte delle équipes multidisciplinari dei Servizi Sociali
<b>Destinatari</b>	Cittadini di origine straniera che si rivolgono ai Servizi Sociali ed operatori delle équipes
<b>Azioni previste</b>	Attività di interpretariato linguistico e sostegno alla comprensione interculturale
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	UIS - Ufficio Informazione Immigrati Fondazione Mondinsieme Politiche sociali, sanitarie e del lavoro
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia Privato sociale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del servizio Dott.ssa Germana Corradini Tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



## MEDIAZIONE SOCIALE E DEI CONFLITTI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il servizio di mediazione sociale e dei conflitti si propone l'obiettivo di intercettare le situazioni di conflittualità, manifesta ma anche latente, che contrappongono tra loro singole persone, nuclei familiari, gruppi organizzati o spontanei di cittadini, oppure cittadini da un lato (singoli o riuniti in gruppi, enti, associazioni etc.) e amministrazione pubblica dall'altro, e di consentirne l'attraversamento e il superamento, in un'ottica di miglioramento della qualità della vita e di generatività sociale: miglioramento della qualità della vita, attraverso il raggiungimento di un maggiore "benessere relazionale" in tutte le situazioni di condivisione di un'appartenenza (ad un contesto abitativo, lavorativo –professionale, ambientale-territoriale, familiare) o – invero più raramente - di una situazione anche occasionale (incontro episodico nel quale emerge un conflitto);</p> <p>generatività sociale, nel senso della diffusività di una prassi relazionale costruttiva e feconda, con ripercussioni positive nel medio e lungo termine, di tipo politico sociale (welfare, integrazione, educazione), economico, giuridico.</p> <p>La prospettiva di una diffusione della cultura della mediazione va anche in questa direzione: intervenire positivamente non solo e non tanto nella soluzione delle singole questioni rilevate, quanto sullo scardinamento di meccanismi relazionali, culturali e sociali disfunzionali, ri-tessendo viceversa trame comunicative costruttive.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Centro di Mediazione Sociale dei Conflitti svolge un servizio dedicato alle relazioni personali e di vicinato, ai rapporti con il territorio e con i servizi. Un luogo in cui i conflitti e i problemi del vivere insieme trovano riconoscimento e accoglienza in totale riservatezza.</p> <p>La mediazione è una pratica informale in cui le parti sono accompagnate da soggetti terzi e imparziali attraverso percorsi strutturati di gestione del conflitto. I mediatori sono operatori qualificati che ascoltano senza giudicare, aiutano a prendere decisioni, facilitano la comunicazione promuovendo la ricerca di accordi reciproci e/o soluzioni alternative.</p> <p>Il servizio offre accompagnamenti individuali, percorsi separati e mediazioni tra due o più persone.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>cittadini singoli o in gruppi organizzati</p> <p>operatori dei servizi</p> <p>associazioni</p> <p>comunità</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>1) Il servizio di sportello.- accesso diretto dei cittadini</p> <p>2) Il lavoro con i poli sociali.</p> <p>3) il lavoro di mediazione sociale in zona stazione e con i comitati di cittadini</p> <p>4) Il rapporto con gli altri servizi e lo sviluppo progettuale</p> <p>Nello svolgimento dell'attività ora brevemente descritta possiamo rintracciare tre differenti livelli di intervento, secondo differenti modelli - e interazioni di modelli - di mediazione; un</p>

	<p>aspetto sperimentale piuttosto interessante e innovativo nel lavoro del centro di mediazione sociale e dei conflitti è costituito, in particolare, dall'aggiunta, rispetto ai modelli più usuali di intervento di mediazione sociale e dei conflitti, del modello della mediazione umanistica, e dalla interazione attuata con questo modello in alcuni casi di difficoltà relazionale più definita, nonché nei casi di superamento della soglia di rilevanza penale dei fatti.</p> <p>1) Modello della mediazione umanistica                  2) Modello della mediazione sociale "di contesto"                  3) Modello della mediazione sociale "di sistema":</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche sociali                  Politiche per l'inclusione                  Politiche per l'intercultura</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>operatori sociali                  cittadini                  Acer                  Caritas                  Ceis                  mediatori culturali                  Privato sociale                  Comitati</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Lucilla.cabrini@comune.re.it                  Lisa.gilioli@comune.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>operatori volontari per la sperimentazione di percorsi di Giustizia riparativa</p>

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## MEDIAZIONE SOCIO-CULTURALE A SOSTEGNO DEGLI INTERVENTI DEL SERVIZIO SOCIALE UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	Supporto di mediazione culturale nei rapporti fra famiglie immigrate e operatori dei servizi
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	Cittadini e famiglie straniere residenti nei comuni dell'unione
<b>Azioni previste</b>	Interventi di mediazione sociale e culturale in una logica di maggior e efficacia organizzativa che assicuri alcune priorità d'intervento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportello informativo: sostegno e supporto ai servizi comunali; guida e indirizzo all'uso delle risorse territoriali;</li> <li>- Mediazione culturale: facilitare la comprensione tra l'utente straniero e i servizi comunali;</li> <li>- Alfabetizzazione: percorsi di apprendimento della lingua italiana, in collaborazione con il CTP.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Sicurezza, politiche abitative, educative, scolastiche, culturali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Sportello Sociale, associazioni di volontariato, sportive ricreative culturali, privato sociale, az. USL. CTP, parrocchia, associazioni di immigrati, scuola, consultorio salute donna, centri giovani. Cooperativa Dimora D'Abramo con cui è stato sottoscritto un contratto di servizio.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Assistenti Sociali e personale amministrativo Area Sociale dell'Unione, mediatori culturali, CTP, az. USL, operatori Centri Giovani, volontari singoli.

**Totale preventivo 2018: € 2.318,00**

- Unione di comuni (UNIONE TERRA DI MEZZO): 2.318,00 €

---

Indicatori locali: 0

---

## Miglioramento accesso in emergenza urgenza

Approvato

## 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>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il Pronto Soccorso riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari.</p> <p>Il Pronto Soccorso si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali territoriali.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'azienda sanitaria locale di Reggio Emilia ha costituito un Presidio Ospedaliero unico, che comprende sei stabilimenti ospedalieri (Figura 6), tra loro differenziati per specialità e dotazioni di servizi: l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, l'Ospedale Civile di Guastalla, l'ospedale San Sebastiano di Correggio, il Cesare Magati di Scandiano, lo stabilimento Sant'Anna di Castelnovo né Monti e l'Ercole Franchini di Montecchio Emilia. La rete ospedaliera del sistema di emergenza si articola su tutti e sei gli ospedali del Presidio Ospedaliero (PO) con strutture che, recentemente riclassificate sulla base del D.M. 70/2015 distinguono i seguenti livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pronto Soccorso in DEA di I livello, presso l'A.S.M.N. di Reggio Emilia</li> <li>- Pronto Soccorso in Presidio Ospedaliero di base, per i restanti Stabilimenti.</li> </ul> <p>In realtà la dotazione specialistica e di servizi dei diversi Ospedali del PO consente di formulare una classificazione più articolata dei PS/Ospedali, in particolare se valutati rispetto ai tre fondamentali percorsi "tempo-dipendenti" individuati come fondamentali dalle citate norme del 2015.</p> <p>Infatti, la struttura complessa di Pronto Soccorso dell'A.S.M.N. comprende l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), il reparto di Medicina d'Urgenza, la Centrale provinciale per i trasporti inter-ospedalieri (CTRES), e l'ospedale è dotato di strutture di Rianimazione, di Terapia Intensiva Coronarica e Cardiologia Interventistica, Chirurgia generale e specialistica d'urgenza, Neurochirurgia, Neonatologia, oltre all'intera gamma di servizi per la diagnostica per immagini e laboratoristica.</p> <p>La cardiochirurgia è garantita in virtù di specifico accordo con la Struttura accreditata presente presso la Clinica Villa Salus di Reggio Emilia.</p> <p>Presso l'Ospedale Civile di Guastalla sono disponibili un modulo di Terapia Intensiva e 24 ore su 24 la guardia chirurgica, così come la diagnostica per immagini e di laboratorio.</p> <p>In orario notturno lo stabilimento ospedaliero di Correggio non dispone di guardia notturna anestesologica, chirurgica, né dei servizi di laboratorio, mentre l'attività radiologica è garantita in regime di reperibilità.</p>

	<p>Nei restanti ospedali dell'area sud, C. Monti, Montecchio e Scandiano, è disponibile l'assistenza rianimatoria, chirurgica, così come la diagnostica per immagini e laboratoristica, in presenza nelle ore diurne e con meccanismi di pronta disponibilità nelle ore notturne. Con percorsi strutturati già da tempo sulla base di evidenze scientifiche, oltre che per opportunità tecnico-organizzative, le attività di diagnosi e trattamento in urgenza ed emergenza non erogabili nei singoli stabilimenti ospedalieri sono garantite mediante percorsi di centralizzazione secondaria sull'Hub provinciale, piuttosto che sull'ospedale di Guastalla per l'utenza dell'ospedale correggese per talune specialità o prestazioni, quando non condotti con trasferimento primario dai mezzi di soccorso territoriale, in particolare per i cosiddetti "percorsi tempo dipendenti (rete traumatologica, rete cardiologica per "STEMI", rete dell'ictus)".</p> <p>Sono inoltre presenti "punti nascita" in tutti gli stabilimenti del PO, con l'esclusione di quello di C. Monti. L'assistenza neonatologica è garantita presso l'Arcispedale di Reggio Emilia che, analogamente a quanto previsto per le altre reti, si raccorda alle restanti strutture con un appositi percorsi di trasferimento assistito o non assistito, materno-fetale e neonatale (rete neonatologica e dei punti nascita, per i cosiddetti "STAM" e "STEN"). La rete territoriale del sistema di emergenza, si compone sostanzialmente di due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- livello base, delle unità operative mobili (UOM) ambulanze di soccorso e trasporto sanitario</li> <li>- livello avanzato, delle UOM automedica (AM) e degli elicotteri di soccorso regionali.</li> </ul> <p>Sull'area urbana di Reggio Emilia è inoltre attiva dal 2005 un'auto infermieristica (AI), mentre un'altra UOM AI è stata attivata dal dicembre 2017 presso la Postazione Territoriale (PT) di C. Monti. Configurate sulla base dei criteri e modalità definite dalle Linee Guida regionali di cui alla D.G.R. 508/2016, le AI operano in integrazione con le UOM avanzate e di base, costituendo un ulteriore livello assistenziale, cosiddetto "intermedio (I.L.S.)".</p> <p>In relazione alle attività di soccorso territoriale primario, la provincia reggiana vede quindi una rete di UOM Ambulanza di Soccorso, a maglie relativamente strette e omogenea che garantisce le attività di "first response (o BLS)", alle quali se ne sovrappone una seconda a maglie più larghe e di livello avanzato ("advanced rescue", o ALS), costituita dalle AM provinciali e dagli elicotteri di soccorso regionali, oltre al livello intermedio garantito nell'area montana e in quella di Reggio Emilia dalle AAIL.</p> <p>I trasporti inter-ospedalieri in urgenza-emergenza sono garantiti dalle stesse UOM Ambulanza dedicate al soccorso, integrate da due UOM Ambulanza con Infermiere attive sulle PPTT dell'A.S.M.N. e di C. Monti.</p> <p>In coerenza con le scelte fatte fin dai primi anni novanta, la rete delle UOM Ambulanze di soccorso e trasporto sanitario è interamente garantita dalle Associazioni di Pubblica Assistenza (PA) e dalle neonate Associazioni di Promozione Sociale della Croce Rossa Italiana (CRI), sulla base degli standard di Accreditamento di cui alla D.G.R. 44/2009 e con rapporto regolato da apposito contratto di fornitura.</p> <p>Se per le UOM BLS le PA e CRI forniscono il mezzo, le dotazioni e l'intero equipaggio di soccorso, per la rete delle AAMM e AAIL le associazioni garantiscono invece il mezzo, le relative dotazioni di base e l'autista, mentre i professionisti sanitari sono garantiti dal Dipartimento provinciale di Emergenza-Urgenza (DEU), così come le dotazioni farmacologiche e strumentali necessarie all'attività degli stessi.</p> <p>Unica eccezione è rappresentata dalla UOM Ambulanza con Infermiere della postazione territoriale di C. Monti, utilizzata per i trasporti inter-ospedalieri, interamente garantita con risorse interne dell'A.U.S.L..</p> <p>Le PPTT delle UOM Ambulanza di soccorso e trasporto sanitario coincidono con le sedi della PA e CRI, mentre quelle delle AAMM coincidono con il PS di ciascuna sede ospedaliera. Alla PT di C. Monti afferisce oltre all'AM anche la UOM Ambulanza con Infermiere, mentre a quella dell'A.S.M.N., che risulta strutturalmente aggregata alla CCTRES e non al PS, afferiscono l'AM, l'AI e la UOM Ambulanza con Infermiere.</p> <p>Gli elicotteri di soccorso hanno invece delle postazioni territoriali distribuite su rete regionale in considerazione dell'ambito di intervento sovra-provinciale. Le postazioni di elisoccorso di primo riferimento per la provincia di Reggio Emilia sono quelle dislocate presso l'AOU di Parma e l'ospedale di Pavullo nel Frignano (MO).</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	<p>Pazienti del Servizio Sanitario Regionale, strutture dell'AUSL di RE e i rispettivi professionisti.</p>
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>Le azioni previste per la rete territoriale del sistema provinciale dell'emergenza, pur in ottica di piena integrazione ed interdipendenza con le strutture, funzioni ed esigenze della componente ospedaliera e di assolvimento delle citate disposizioni regionali e nazionali, risultano specificamente orientate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ assicurare appropriati ed equi livelli di assistenza nell'intero ambito provinciale, sia nel soccorso primario che nei trasferimenti inter-ospedalieri secondari, in base</li> </ul>

	<p>alla criticità stimata dell'evento / condizione dell'assistito/i;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ garantire i percorsi clinico-assistenziali in emergenza per le patologie tempo-dipendenti</li> <li>☑ incrementare la quota di interventi garantiti da personale professionale</li> <li>☑ superare il doppio mandato contemporaneo, in particolare del personale medico</li> <li>☑☑ promuovere il mantenimento e lo sviluppo di competenze clinico-assistenziali del personale medico e infermieristico utili ad operare in entrambe le reti del sistema provinciale dell'emergenza.</li> </ul> <p>Per quanto riguarda la rete ospedaliera dell'emergenza al fine di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni dell'utenza e in modo complementare quelli della struttura e rete ospedaliera di riferimento, per quota parte dei PS risultano indispensabili alcuni interventi di ordine fisico, strutturale in particolare al PS di Correggio, Montecchio, SMN, Guastalla, C. Monti .</p> <p>Per quanto attiene le azioni organizzative e clinico-assistenziali inerenti i percorsi tempo-dipendenti e alla revisione delle reti complementari a quella di emergenza, si individuano come necessarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'upgrade delle Strutture di C. Monti e Guastalla, mediante adeguamento della rete delle neuroscienze e supporto remoto, cosiddetto "telestroke" - azione programmata;</li> <li>- l'integrazione dell'organico di base del personale medico dei PS generali, al fine di garantire la presenza continuativa (24 24 ore e 7 7 giorni) di un medico d'emergenza.</li> </ul> <p>La riclassificazione dei "PPI" provinciali in strutture di "PS Generale" ai sensi del DM 70/2015 e il superamento del modello del "doppio mandato medico", con la presenza 24h/24 in PS del medico d'emergenza urgenza, portano con se la necessità di posti letto di OBI, in quanto indispensabili per ottimizzare la fase di "throughput" e della gestione del flusso in uscita ("output", dimissione vs ricovero) del percorso di PS, oltre che per le dirette e rilevanti ricadute sul livello complessivo della qualità e la sicurezza assistenziale.</p> <p>La Struttura Complessa di PS dell'A.S.M.N. integra già un'unità OBI, mentre nei restanti ospedali del Presidio provinciale i posti letto OBI sono garantiti all'interno delle degenze dell'area internistica.</p> <p>Se per l'OBI del PS A.S.M.N. occorrerà valutare l'ampliamento dell'attuale dotazione di posti letto, per le strutture presenti nei restanti ospedali del Presidio si ritiene di dover pianificare la progressiva presa in carico da parte di ciascun PS, al fine di incrementarne l'utilizzo dinamico e perseguire maggiori livelli d'efficienza complessiva della struttura d'emergenza, così come peraltro previsto da diversi, specifici provvedimenti regionali tra i quali la D.G.R. 23/2005 e la recente D.G.R. 1827/2017 .</p> <p>Per quanto riguarda la specifica area del contrasto alla violenza di genere, anche in collegamento con le iniziative messe in campo e in attuazione delle Linee guida regionali "ADOZIONE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA DI DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE E LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'ACCOGLIENZA E LA CURA DI BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI MALTRATTAMENTO/ABUSO" (DGR n 1677/2013) sono previste le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipazione alla FAD predisposta dall'azienda Usl di Piacenza di 2 medici donna e 2 infermiere di Pronto Soccorso (Reggio Emilia e Guastalla). Questi professionisti parteciperanno al corso completo (e-learning e lezioni frontali) per diventare facilitatori nella formazione del resto del personale. La formazione tramite FAD sarà rivolta all'intero personale (obiettivo &gt;70%). Saranno organizzati eventi di formazione per sensibilizzare al riscontro e al trattamento della violenza di genere e su minori.</li> <li>- saranno organizzati eventi di formazione per sensibilizzare tutto il personale dell'emergenza-urgenza al riscontro e al trattamento della violenza di genere e su minori. Si svolgerà l'assemblea annuale del Dipartimento Emergenza-Urgenza sul trattamento delle vittime di violenza di genere e minori.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Le scelte e le azioni per il miglioramento accesso in emergenza urgenza sono il frutto di una progettualità condivisa fra l'AUSL di RE ed Enti Locali nell'ambito delle sedi istituzionali dedicate</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Ferrari Annamaria</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---



## Minori stranieri Non accompagnati Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	I minori stranieri non accompagnati presentano caratteristiche peculiari con bisogni specifici sia in relazione alla loro storia personale sia in relazione alle loro competenze e attese progettuali di vita. Le loro maggiori competenze in rapporto alla media dei giovani di pari età nati e vissuti in Italia nascondono talvolta fragilità e vulnerabilità che necessitano di essere comprese e sostenute. Si evidenziano rischi legati all'impiego di MSNA in attività illegali legate in particolare alla prostituzione e allo spaccio di sostanze stupefacenti.
<b>Descrizione</b>	la rete delle accoglienze per i Minori Stranieri Non Accompagnati è oggi composta da comunità educative, appartamenti di semi autonomia e famiglie affidatarie (esclusivamente con affidi a parenti). Il sistema è stato riprogettato con risposte più aderenti alle necessità dei minori, con una attenzione particolare a valorizzare le competenze e le autonomie e a proporre percorsi volti alla integrazione e alla conoscenza/utilizzo delle risorse del territorio. Il servizio si avvale di mediatori linguistico culturali. Il Comune di Reggio Emilia ha inoltre aderito alla rete SPRAR conferendo 17 posti per MSNA. E' stato siglato il protocollo tra Comune di Reggio Emilia, l'Ufficio regionale del Garante per l'Infanzia e l'adolescenza e l'ASP "Città delle persone" (cui è stato conferito incarico per le tutele) per la realizzazione dei corsi di formazione per tutori volontari ed è stato realizzato il primo corso nella prima metà del 2018. Vanno migliorate le prese in carico integrate per i casi complessi, che ad oggi mettono in sofferenza il sistema.
<b>Destinatari</b>	Minori Stranieri Non Accompagnati prevalentemente in fascia di età 16-18 anni
<b>Azioni previste</b>	Mantenimento dell'attuale differenziazione del sistema di accoglienza. Mantenimento dei progetti di integrazione con il territorio. Individuazione in accordo con l'ausl di percorsi standard per la presa in carico integrata dei casi complessi Monitoraggio ex post a 12 mesi dei MSNA usciti dal circuito di accoglienza perché maggiorenni Per lo SPRAR: riconversione dei posti femminili al maschile.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per l'inclusione, politiche sociali, politiche educative, politiche sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL, cooperazione sociale, terzo settore, Istituti scolastici, Servizi sociali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Germana Corradini
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

Indicatori locali: 0

---

# NIDO D'INFANZIA INTERCOMUNALE G. RODARI CON SEDE A POVIGLIO UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>ASP</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA OPUS CIVIUM</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Rispondere alle esigenze delle famiglie derivanti dal cambiamento dei bisogni e della realtà sociale.
<b>Descrizione</b>	Potenziare l'offerta educativa, realizzando un primo livello educativo e di integrazione sociale sempre più innovativo e rispondente alle nuove esigenze della famiglia.
<b>Destinatari</b>	Bambini da 9 a 36 mesi.
<b>Azioni previste</b>	Definizione modalità, comunicazione alle famiglie e raccolta domande di iscrizione; formulazione di graduatoria degli ammessi; Partecipazione ai momenti di incontro dei due comuni finalizzati all'attivazione del servizio in coerenza con l'idea di bambino come soggetto portatore di conoscenze ed esperienze proprie; offerta progettuale per stimolare le opportunità di crescita del bambino; osservazione delle peculiarità del bambino, del piccolo gruppo e dell'intera sezione per una proposta progettuale che sappia cogliere e stimolare le caratteristiche del singolo e del gruppo; attivazione di progetti specifici di sezione, intersezione, di sostegno alla genitorialità consapevole, supporto nella individuazione dello stile educativo; attivazione di progetti di continuità con la scuola dell'infanzia; attivazione di progettualità ad integrazione con la realtà del contesto sociale. Inoltre tutti i soggetti sono impegnati nella ricerca di forme gestionali capaci di contenere i costi senza compromettere la qualità del servizio.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	I nidi d'infanzia come luogo privilegiato per l'elaborazione di una cultura dell'infanzia, partecipata da famiglie, educatori e operatori del territorio, che si genera a partire dall'ascolto del bambino, delle sue potenzialità e dei suoi bisogni e si offre all'intera comunità. A partire da questa elaborazione condivisa va progettata l'integrazione con i servizi privati del territorio ed il sostegno al loro funzionamento.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni di Castelnovo di Sotto (tramite l'ASP "Opus Civium" di Castelnovo di Sotto) – Comune di Poviglio (ente capofila della convenzione e gestore della parte educativa).
<b>Referenti dell'intervento</b>	Barbara Piazza - Direttore Generale ASP "Opus Civium". tel. 0522/682591 email: b.piazza@asp-opuscivium.it Marisa Paterlini - Responsabile Settore Socio-Assistenziale e Scolastico, per il Comune di Poviglio, capofila e gestore della parte educativa. tel. 0522.966828 e-mail: m.paterlini@comune.poviglio.re
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale educativo del nido G.Rodari e dell'ASP Opus Civium, Ufficio Scuola e personale amministrativo dell'ASP "Opus Civium", referenti del Comune di Castelnovo di Sotto.

**Totale preventivo 2018: € 380.000,00** (esclusa compartecipazione utenti: € 256.000,00)

---

- Compartecipazione utenti: **124.000,00 €**

Risorse comunali: **256.000,00 €** di cui:

- COMUNE DI CASTELNOVO DI SOTTO: **256.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## NIDO D'INFANZIA PRIVATO CONVENZIONATO "E. CARPI" UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>ASP</b>
Specifico soggetto capofila	<b>AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA OPUS CIVIUM</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Rispondere alle esigenze delle famiglie derivanti dal cambiamento dei bisogni e della realtà sociale.
<b>Descrizione</b>	Potenziare l'offerta educativa, realizzando un primo livello educativo e di integrazione sociale sempre più innovativo e rispondente alle nuove esigenze della famiglia.
<b>Destinatari</b>	Bambini dai 12 ai 36 mesi.
<b>Azioni previste</b>	Definizione modalità, comunicazione alle famiglie e raccolta domande di iscrizione, formulazione di graduatoria degli ammessi; attivazione del servizio in coerenza con l'idea di bambino come soggetto portatore di conoscenze ed esperienze proprie; offerta progettuale per stimolare le opportunità di crescita del bambino; osservazione delle peculiarità del bambino, del piccolo gruppo e dell'intera sezione per una proposta progettuale che sappia cogliere e stimolare le caratteristiche del singolo e del gruppo; attivazione di progetti specifici di sezione, intersezione, di sostegno alla genitorialità consapevole, supporto nella individuazione dello stile educativo; attivazione di progetti di continuità con la scuola dell'infanzia; attivazione di progettualità ad integrazione con la realtà del contesto sociale. Inoltre tutti i soggetti sono impegnati nella ricerca di forme gestionali capaci di contenere i costi senza compromettere la qualità del servizio.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	I nidi d'infanzia come luogo privilegiato per l'elaborazione di una cultura dell'infanzia, partecipata da famiglie, educatori e operatori del territorio, che si genera a partire dall'ascolto del bambino, delle sue potenzialità e dei suoi bisogni e si offre all'intera comunità. A partire da questa elaborazione condivisa va progettata l'integrazione con i servizi privati del territorio ed il sostegno al loro funzionamento.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ASP "Opus Civium" in qualità di ente cui il Comune di Cadelbosco di Sopra, titolare del servizio, ha affidato la gestione dei servizi educativi.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Barbara Piazza - Direttore Generale ASP "Opus Civium". tel. 0522/682591 email: b.piazza@asp-opuscivium.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Comune di Cadelbosco di Sopra, Dipartimento Servizi alla Persona, Uffici Scuola e personale amministrativo dell'ASP Opus Civium, personale educativo, coordinatore pedagogico e personale amministrativo della Coop Argento Vivo soggetto gestore del Nido d'In

**Totale preventivo 2018: € 365.000,00** (esclusa compartecipazione utenti: € 190.000,00)

- Compartecipazione utenti: **175.000,00 €**

- Altri fondi regionali (DGR 1523/2017): **20.000,00 €**

Risorse comunali: **170.000,00 €** di cui:  
- COMUNE DI CADELBOSCO DI SOPRA: **170.000,00 €**

---

Indicatori locali: 0

---

## NIDO D'INFANZIA AQUILONE

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>ALBINEA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Interventi educativi per la prima infanzia
<b>Descrizione</b>	Servizi educativi 0-3 anni comunali in rete e raccordo con sistema formativo integrato territoriale
<b>Destinatari</b>	Bambini 12-36 mesi
<b>Azioni previste</b>	Interventi educativi a supporto dei processi di apprendimento dei bambini nei primi anni di vita; sostegno alla genitorialità opportunità e supporto alle famiglie
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Continuità educativa e didattica all'interno del sistema formativo integrato 0-6 anni Coordinamento Pedagogico sovracomunale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Albinea
<b>Referenti dell'intervento</b>	D.ssa Clementina Pedrazzoli
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale educativo, ausiliario ed amministrativo Consiglio di gestione

**Totale preventivo 2018: € 663.992,00** (esclusa compartecipazione utenti: € 390.992,00)

- Compartecipazione utenti: **273.000,00 €**
- Altri fondi regionali (DGR 1829/2017): **40.569,00 €**

Risorse comunali: **350.423,00 €** di cui:

- ALBINEA: **350.423,00 €**

**Indicatori locali: 0**

## NIDO D'INFANZIA/CENTRO GIOCHI ELEFANTINO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>QUATTRO CASTELLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Interventi educativi per la prima infanzia
<b>Descrizione</b>	Servizi educativi 0-3 anni comunali in rete e raccordo con il sistema formativo integrato territoriale.
<b>Destinatari</b>	Bambini dai 4 ai 36 mesi
<b>Azioni previste</b>	Interventi educativi a supporto dei processi di apprendimento dei bambini nei primi anni di vita; sostegno alla genitorialità opportunità e supporto alle famiglie;
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Continuità educativa e didattica all'interno del sistema formativo integrato 0-6 anni Coordinamento pedagogico sovracomunale
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Quattro Castella
<b>Referenti dell'intervento</b>	D.ssa Federica Cirlini Dirigente Area Educativa Sportiva Culturale comune di Quattro Castella D.ssa Sara Davoli Pedagogista
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale educativo, ausiliario ed amministrativo Comitato Genitori

**Totale preventivo 2018: € 533.625,32** (esclusa compartecipazione utenti: € 340.625,32)

- Compartecipazione utenti: **193.000,00 €**
- Altri fondi regionali (DGR 1829/2017): **58.625,32 €**

Risorse comunali: **282.000,00 €** di cui:

- QUATTRO CASTELLA: **282.000,00 €**

**Indicatori locali: 0**



## NON PIÙ SOLI: SPORTELLO AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità

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

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
<b>Descrizione</b>	Favorire e valorizzare l'utilizzo dell'amministrazione di sostegno in attuazione della LR 11/09, da garantire nell'ambito del sistema integrato degli interventi socio-sanitari e della programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, in particolare attraverso l'applicazione in ogni ambito distrettuale delle linee guida regionali approvate con DGR 962/2014, su iniziativa degli Enti Locali e delle Aziende USL, in collaborazione con altri Enti o Autorità, con particolare riferimento ai Tribunali e agli Uffici del Giudice Tutelare, nonché in collaborazione con gli Enti del terzo settore, così come previsto all'articolo 3 della LR 11/09
<b>Destinatari</b>	persone non autosufficienti e loro familiari; persone con dipendenze o problemi di salute mentale, persone sole, servizi sociali e socio-sanitari
<b>Azioni previste</b>	- convenzione provinciale a firma di comuni/unioni della provincia di Reggio Emilia, Azienda USL, Provincia di Reggio Emilia, Tribunale di Reggio Emilia, Associazione Notarile Reggio Emilia, Procura di Reggio Emilia, Dar Voce Centro Servizio Volontariato - gestione Sportelli Amministratore di Sostegno con volontari appositamente formati in rete con tutti i firmatari per il supporto diretto alle famiglie e ai servizi all'istituto dell'Amministratore di Sostegno, alle informazioni, richieste e sostegno nella procedura per le famiglie e i servizi che ne chiedano di usufruire
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento coperture vaccinali – ambito Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;E;</b>

<b>Razionale</b>	Applicazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e delle delibere regionali (DGR n. 427 del 05/04/2017 e DGR n. 693 del 14/05/2018 ) per l'offerta vaccinale ( LEA ). Applicazione della L. 119/2017 e della Circolare regionale n. 13/2017 sull'obbligo vaccinale nei minori di età 0-16 anni
<b>Descrizione</b>	Garantire che le vaccinazioni rientranti nei LEA vengano proposte alla popolazione target. Adeguare i calendari vaccinali di adolescenti e adulti alle nuove indicazioni. Promuovere le conoscenze in materia di vaccinazioni tra gli operatori sanitari e nella popolazione. Agevolare le modalità di accesso della popolazione alle prestazioni vaccinali su richiesta diretta. Applicare le indicazioni regionali per il recupero dei minori 0-16 inadempienti alle vaccinazioni rese obbligatorie dalla L.119/2017.
<b>Destinatari</b>	Popolazione generale. Coorti di minori e adulti oggetto di offerta attiva e gratuita di specifiche vaccinazioni. Popolazione con rischio aumentato per patologie croniche o condizioni di rischio ( donne in gravidanza, operatori sanitari, ecc. ).
<b>Azioni previste</b>	<p>Acquisire 2 ulteriori coorti dalla Pediatria di Comunità, compresa la coorte oggetto di offerta attiva e gratuita della vaccinazione HPV ( maschi e femmine ).</p> <p>Coordinare la campagna di offerta della vaccinazione antipneumococcica alla coorte dei 65enni, campagna affidata ai MMG.</p> <p>Proseguire il coordinamento e la partecipazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale ( in capo principalmente ai MMG ).</p> <p>Organizzare ed effettuare la campagna di vaccinazione contro Herpes Zoster nella coorte di 65enni.</p> <p>Promuovere l'offerta delle vaccinazioni indicate nei pazienti cronici o con condizioni di rischio attraverso il coinvolgimento di specialisti, di MMG, di associazioni di categoria ( anche con iniziative di formazione in materia di vaccinazioni ). Garantire a questi utenti che necessitano di effettuare le vaccinazioni in tempi rapido dei canali di prenotazione preferenziali.</p> <p>Passare a prenotazione tramite CUP, CUP Web, FarmaCUP per le vaccinazioni su richiesta diretta del cittadino.</p> <p>Individuare sedute dedicate per vaccinazioni a minori inadempienti e sedute per colloqui con i genitori. Acquisire modifiche del software gestione vaccinazioni adeguate a gestire questa attività. Fornire alle scuole i dati sugli alunni non in regola con le vaccinazioni al momento dell'iscrizione al nuovo anno scolastico.</p>

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Emanuela Bedeschi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

## Indicatori locali: 6

### 1°: adolescenti - HPV nei maschi

**Descrizione:** Chiamata attiva e gratuita per l'offerta della vaccinazione a femmine e maschi al compimento degli 11 anni

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Introduzione della vaccinazione con PNPV (coorte 2006).

Per la necessità di acquisire il vaccino 9valente la campagna è iniziata nel 2018. - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** % copertura coorte target  $\geq 60$
- **Obiettivo 2019:** % copertura coorte target  $\geq 75$
- **Obiettivo 2020:** % copertura coorte target  $\geq 95$

### 2°: adolescenti - IPV

**Descrizione:** Chiamata attiva e gratuita per l'offerta della 5<sup>a</sup> dose di polio Salk a partire dalla coorte di nascita 2005

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Introduzione della vaccinazione con PNPV (coorte 2005). - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** % copertura coorte target  $\geq 60$
- **Obiettivo 2019:** % copertura coorte target  $\geq 75$
- **Obiettivo 2020:** % copertura coorte target  $\geq 90$

### 3°: adolescenti - Meningococco tetravalente ACWY135

**Descrizione:** Chiamata attiva e gratuita per l'offerta del booster / 1<sup>a</sup> dose (nei mai vaccinati) del vaccino antimeningococcico in occasione della chiamata dell'adolescente

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - **Riferita al:**

- **Obiettivo 2018:** % copertura coorte target  $\geq 75$
- **Obiettivo 2019:** % copertura coorte target  $\geq 95$
- **Obiettivo 2020:** % copertura coorte target  $\geq 95$

### 4°: adolescenti - Meningococco tetravalente ACWY135

**Descrizione:** Chiamata attiva e gratuita per l'offerta del booster / 1<sup>a</sup> dose (nei mai vaccinati) del vaccino antimeningococcico in occasione della chiamata dell'adolescente

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** - Riferita al:

- **Obiettivo 2018:** % copertura coorte target  $\geq 75$
- **Obiettivo 2019:** % copertura coorte target  $\geq 95$
- **Obiettivo 2020:** % copertura coorte target  $\geq 95$

**5°: anziani - Pneumococco (PCV13+PPV23)**

**Descrizione:** Chiamata attiva e gratuita per l'offerta del ciclo sequenziale (per primo il vaccino coniugato 13valente seguito dopo minimo 8 settimane dal vaccino polisaccaridico 23valente )

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Introduzione della vaccinazione con PNPV con chiamata attiva ( coorte 1952 ). - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** % copertura coorte target  $\geq 55$
- **Obiettivo 2019:** % copertura coorte target  $\geq 75$
- **Obiettivo 2020:** % copertura coorte target  $\geq 75$

**6°: anziani - Zoster**

**Descrizione:** Chiamata attiva e gratuita per l'offerta della vaccinazione, in dose unica

**Tipo:** Numerico

**Situazione di partenza:** Introduzione della vaccinazione con PNPV con chiamata attiva ( coorte 1953). - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** % copertura coorte target  $\geq 20$
- **Obiettivo 2019:** % copertura coorte target  $\geq 35$
- **Obiettivo 2020:** % copertura coorte target  $\geq 50$

## PERCORSO PARTECIPATIVO "TERRA DI MEZZO IN SALUTE"

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>D;E;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	Cittadini dell'Unione residenti nei comuni di Cadelbosco di Sopra e Castelnovo di Sotto.
<b>Azioni previste</b>	Interviste e gruppi di lavoro rivolti a utenti dei servizi sociali, rappresentanti delle associazioni di volontariato, del terzo settore e del commercio; incontri di approfondimento con gli Istituti comprensivi, con gli operatori sociali, con i medici di base, eventi pubblici, condivisione di proposte progettuali, firma del patto sociale di comunità.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Az., USL, associazioni locali, associazioni sportive, cittadini, commercianti, Istituti comprensivi, soggetti privati
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 7.525,00**


---

- Altri fondi regionali (*CONTRIBUTO REGIONALE PROCESSI PARTECIPATIVI (L.R. 3/2010)*): **7.525,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---

## POLI TERRITORIALE DI SERVIZIO SOCIALE

Approvato

### Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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

<b>Razionale</b>	Servizio sociale territoriale - gestione accesso ai Servizi
<b>Descrizione</b>	<p><b>COSA FA IL POLO:</b>                      Implementazione delle funzioni dello Sportello Sociale                      - ACCOGLIENZA (ascolto, informazione, orientamento, lettura dei bisogni/problemi)                      - PROGETTI di sostegno, accompagnamento, counselling e valutazione da parte del Servizio Sociale                      - CONTRIBUTI ECONOMICI ad integrazione del reddito per famiglie colpite dalla crisi o su progetti del Servizio Sociale                      - ISTRUTTORIE: valutazioni UVG/UVM, accesso a Centri Diurni e Assistenza domiciliare, valutazioni UVH, istruttorie adozioni, affidi, abuso e maltrattamento                      - INSERIMENTO nei servizi residenziali per bambini/ragazzi – giovani adulti – madri con bambini, anziani, disabili                      - INSERIMENTO nei servizi semiresidenziali per disabili e anziani (vedi schede progetto relative)                      - INSERIMENTO in strutture di ospitalità temporanea (vedi schede progetto relative)                      - Gestione gruppi di sostegno per famiglie affidatarie                      - INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI in stretta connessione con il territorio e le sue dinamiche                      - PROGETTI di COMUNITA' in sinergia con gli attori sociali locali                      - FUNZIONI DI SERVICE, specialistiche, su alcune tematiche trasversali (separazioni conflittuali, formazione coppie, abuso)                      - PARTECIPAZIONE attiva ai lavori del Piano Sociale di Zona sia nei suoi organismi di governo che nei diversi tavoli di lavoro attivati                      - EQUIPE settimanale cui partecipano tutte le componenti del Polo e i colleghi dell'ausl e/o dell'Asp per le progettazioni integrate                      - PARTECIPAZIONE settimanale da parte delle Coordinatrici di POLO al Coordinamento tra i POLI</p>
<b>Destinatari</b>	cittadini del Comune di Reggio Emilia
<b>Azioni previste</b>	vedi Piano di zona paragrafo 2.3.5
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	tutte
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia, punto di connessione di tutti i servizi sociali e socio-sanitari

<b>Referenti dell'intervento</b>	Germana Corradini, Comune di Reggio Emilia, germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 1.643.785,88**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **202.611,12 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **126.553,01 €**

Risorse comunali: **1.314.621,75 €** di cui:

- REGGIO EMILIA: **1.314.621,75 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

# Potenziamento degli interventi nei primi mille giorni di vita- nidi d'infanzia Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	La città di Reggio Emilia ha scelto l'investimento in educazione fin dalla nascita come scelta strategica per lo sviluppo della città. La presenza di scuole e nidi d'infanzia di qualità, che risponda alla richiesta di scolarizzazione espressa dalle famiglie e che offra una dimensione di collettività a bambini e adulti è infatti un presidio sociale, un luogo di costruzione di coesione sociale e un investimento sul futuro. Fondamentale è quindi il ruolo del nido nella prevenzione della emarginazione sociale, recupero dei dislivelli di partenza, integrazione, sviluppo di capitale sociale.
<b>Descrizione</b>	I bambini da 0 a 6 anni sono, ancora oggi, pensati come soggetti poveri, da tutelare o da istruire, nonostante la ricerca abbia da tempo descritto un bambino ricco di potenzialità. Diventa quindi importante che si creino situazioni e strategie che tendano alla costruzione di una immagine di bambino condivisa e di progetti educativi coerenti con questa immagine. Per raggiungere questo obiettivo è strategico operare sulla fascia 0/3 anni consolidando la presenza di una rete di nidi e le rendendo strutturali le relazioni con altri servizi cittadini, potenziando la partecipazione delle famiglie e la continuità tra nido e scuola dell'infanzia.
<b>Destinatari</b>	bambini 0/3 anni e famiglie
<b>Azioni previste</b>	<p>Mantenimento e qualificazione della rete dei nidi d'infanzia del territorio comunale, costituita da Nidi a diretta gestione comunale, nidi a gestione comunale indiretta, sezioni primavera nelle scuole FISM, alcuni servizi privati.</p> <p>Potenziamento delle relazioni con i poli sociali, l'ASL, i pediatri di base, l'ospedale per costruire un raccordo più sistematico e strutturale che incrementi le virtuose sinergie.</p> <p>Di particolare importanza la dimensione della partecipazione delle famiglie e della collettività cittadina alla vita del nido d'infanzia per lo sviluppo di reti sociali, di una maggiore consapevolezza del ruolo educativo di famiglia e nido, di un senso di appartenenza alla città.</p> <p>In questo ambito si conferma il progetto Cerchio delle parole come un laboratorio permanente di formazione sulla narrazione per i genitori. Mentre si offre ai genitori l'opportunità di scoprire o riscoprire una capacità degli esseri umani che dà forma a nicchie di intimità tra adulti e bambini, dando qualità affettiva, interattiva e culturale (come portato delle storie) alla relazione tra bambini e genitori, si propone un percorso un percorso che da esperienza personale conduce alla dimensione sociale. Chi partecipa al Cerchio delle parole offre infatti poi la sua nuova competenza nei contesti della Notte dei racconti e di Reggionarra.</p> <p>Una restituzione della competenza acquisita che genera sentimenti di appartenenza alla collettività cittadina, potenziando il senso di cittadinanza degli adulti e dei bambini.</p> <p>Un ulteriore impegno da consolidare è quello di potenziamento della continuità tra nido e scuola dell'infanzia. A partire dalla strutturazione di una modalità condivisa e diffusa di</p>



	passaggio di informazione tra i nidi e e scuole dell'infanzia, si intende sviluppare momenti di confronto, scambio, progettazione condivisa.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche educative, scolastiche, sanitarie, sociali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Cooperative educative, FISM, Poli sociali, laboratorio Rodari, narratori professionisti, pediatri di base, ospedale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Potenziamento degli interventi nei primi mille giorni di vita- progetti sperimentali per il potenziamento dell'accesso ai nidi d'infanzia Reggio Emilia

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	La città di Reggio Emilia ha scelto l'investimento in educazione fin dalla nascita come scelta strategica per lo sviluppo della città. La scolarizzazione dei bambini 0/6 anni di famiglie immigrate o in condizioni di povertà è ancora ostacolata da un'idea di scuola collegata a una scarsa occupazione femminile ed aggravata da ragioni economiche. La presenza di scuole e nidi d'infanzia di qualità, che risponda alla richiesta di scolarizzazione espressa dalle famiglie e che offra una dimensione di collettività a bambini e adulti è infatti un presidio sociale, un luogo di costruzione di coesione sociale e un investimento sul futuro.
<b>Descrizione</b>	Nonostante una percentuale elevata di scolarizzazione nello 0/3 (44%) e nel 3/6 (più del 90%) è obiettivo dell'Istituzione, su Indirizzo dell'amministrazione comunale, aumentare la scolarizzazione al nido, ma soprattutto alla scuola dell'infanzia, dove si intende arrivare al 100% di scolarizzazione. Per raggiungere questo obiettivo è strategico operare sulla fascia 0/3 anni potenziando l'informazione, e offrendo i nidi non solo come luogo di cura e apprendimento per gli iscritti, ma come risorsa per tutti i bambini della città. Sono quindi necessarie una serie di azioni sinergiche che concorrano all'obiettivo.
<b>Destinatari</b>	bambini 0/3 anni con particolare riferimento a bambini con genitori di altra nazionalità.
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetto "Crescere insieme". Oltre la nascita, il nido come spazio di incontro. La proposta si struttura in 3 cicli di incontri. Ogni ciclo si compone di 10 incontri, dedicato a 10 mamme con i loro bambini sotto l'anno d'età, all'interno di spazi di nido, nel corso della mattinata. La proposta ha l'obiettivo di proporre occasioni per sperimentare, bambini e genitori insieme, gli spazi del nido e occasioni di socialità, con una parte dell'orario dedicato a incontri di carattere informativo, che vedono la presenza in forma gratuita di esperti che portano contributi sui temi dell'educazione, della salute e dell'alimentazione.</li> <li>- Progetto "Modificare il futuro". Il progetto nasce dalla volontà condivisa dai soggetti coinvolti di rendere più efficaci ed integrate le politiche locali di inclusione e promozione della partecipazione e cittadinanza nelle fasce di popolazione maggiormente a rischio di emarginazione per condizioni di immigrazione, povertà economica, difficoltà relazionale e disagio sociale.</li> </ul> <p>Obiettivi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favorire processi di integrazione, dialogo, conoscenza reciproca, apprendimento per migliorare la qualità della vita di bambini e famiglie immigrate e autoctone in condizioni di povertà relativa, attraverso la scolarizzazione precoce dei bambini e quindi l'apprendimento e la socialità.</li> <li>- produrre transito da idea di accoglienza a inclusione e coinvolgimento attivo.</li> </ul>

	<p>- promuovere nuove competenze nella famiglia immigrata, in particolare della donna alla quale va riconosciuto un ruolo attivo.</p> <p>Le azioni si concentrano nell'area nord, in particolare è stato aperto una spazio di comunità per mamme e bambini ( interventi di mediazione linguistica culturale, corsi di lingua italiana, momenti di socializzazione, incontri esperti sanitari-educativi-sociali) presso la scuola FISM Campi Soncini di via Veneri gestita dalla Coop. Dimora d'Abramo.</p> <p>Per superare le barriere economiche, favorire l'accesso e la frequenza alla scuola dell'infanzia, si attuerà una sperimentazione di riduzione della contribuzione delle famiglie come corrispettivo di prestazioni d'opera delle mamme (aiuto in cucina, apparecchiatura, pulizie, cura area cortiliva, piccole manutenzioni, ecc.) favorendo anche lo sviluppo di competenze e professionalità future.</p> <p>Si intende inoltre promuovere presso l'Ospedale di Reggio Emilia una comunicazione capillare alle neo mamme per offrire loro una informazione dettagliata delle opportunità per i bambini e le famiglie e un riferimento telefonico a cui poter rivolgere domande</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche educative, scolastiche, sanitarie, sociali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Cooperative educative, FISM, Poli sociali, pediatri di base, ospedale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito rete cure palliative

Approvato

### 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	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Le cure palliative sono da tempo state indicate dalla normativa nazionale e regionale come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata delle problematiche dei pazienti affetti da patologie evolutive e a prognosi infausta. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1990 definisce le cure palliative quale forma di assistenza globale, attiva, di quelle persone la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi. E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie, e una migliore qualità dell'accompagnamento alla morte a partire dal rispetto del . In conformità alla DGR 560/2015, l'Azienda Ausl-Irccs ha operato negli ultimi anni per la riorganizzazione della Rete Locale Cure Palliative (RLCP) la quale garantisce, nel suo assetto attuale, l'assistenza nei nodi del Presidio ospedaliero, del territorio, degli Hospice e degli Ambulatori Cure Palliative.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le Cure Palliative nel nodo Domicilio vengono erogate attraverso le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) composte da Medici e Infermieri Palliativisti, psicologi e, a seconda del bisogno, psicologi, assistenti spirituali, assistenti sociali e altri Specialisti.</p> <p>La presa in carico della persona da parte della RLCP si realizza attraverso la segnalazione dei casi all'Accoglienza da parte dei Nodi. L'Accoglienza rappresenta pertanto il punto di accesso distrettuale e della valutazione delle domande di assistenza. All'Accoglienza potranno accedere anche cittadini, associazioni dei Pazienti e Associazioni di volontariato per la segnalazione dei casi e la richiesta di informazioni sul funzionamento della Rete.</p> <p>L'equipe valutativa dell'accoglienza definirà l'eleggibilità del caso alle Cure Palliative, attraverso la valutazione multidimensionale che comprende anche gli aspetti sociali. L'Equipe specialistica dell'Accoglienza erogherà la consulenza nel nodo ospedaliero e nelle Case di cura private accreditate, o attiverà le UCPD per l'assistenza domiciliare. Nel Dodo Domicilio lo strumento che raccoglie e descrive, con un approccio multidisciplinare, la valutazione del paziente allo scopo di delineare un progetto di assistenza e di cura, e costituito dal piano assistenziale individualizzato (PAI). Il PAI è un documento condiviso tra professionisti incaricati del caso, compresi gli Assistenti sociali, e il paziente o chi si prende cura di lui.</p>
<b>Destinatari</b>	Tutti gli utenti bisognosi di Cure Palliative per patologie di carattere oncologico e non oncologico. Loro famigliari e persone significative.
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Creazione delle Accoglienze Rete Cure Palliative. Inizio lavori per i requisiti strutturali e organizzativi (primo semestre 2018)</li> <li>2) Estensione delle Cure Palliative nelle CRA. Inizio sperimentazione su 2 CRA (secondo semestre 2018)</li> <li>3) Implementazione delle Cure Palliative nel paziente non oncologico con particolare riguardo alla SLA</li> <li>4) Formazione continua diffusa di base e specialistica in Cure Palliative</li> </ol>

	<p>5) Predisposizione di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP</p> <p>6) Predisposizione del Gestore Informatico per l'intercomunicabilità fra i Nodi della Rete Cure Palliative e le Accoglienze distrettuali (2020)</p> <p>7) Per il Distretto di C. Monti (area Montana) destinazione di 2 posti letto presso la RSA locale finalizzati ad accogliere utenti con bisogno prevalente di Cure Palliative</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Creazione di momenti condivisi tra attori afferenti a diverse Aziende e Servizi volti a garantire e a migliorare la qualità della presa in carico globale di paziente e famiglia
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl / Enti Pubblici / Associazioni di Volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Penna Pietro
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## PRESA IN CARICO INTEGRATA OSPEDALE E TERRITORIO DELLA DONNA GRAVIDA MULTIPROBLEMATICA CON CRITICITA' BIO-PSICO-SOCIALI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Dipartimento materno infantile e Area Sociale</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	il periodo di gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino costituisce una finestra significativa per cogliere le situazioni di rischio bio-psico-sociale, in quanto tendenzialmente in tale periodo le donne si rivolgono ai Servizi di assistenza sanitaria. La creazione di una rete socio-assistenziale integrata ed efficiente può migliorare la "care" della donna che viene presa in carico e seguita durante l'iter assistenziale. La promozione della salute mentale perinatale è fortemente raccomandata e, sul piano della prevenzione, non vi sono evidenze che supportino l'uso di interventi psicosociali specifici di routine su tutte le donne in gravidanza, allo scopo di ridurre la probabilità di sviluppare un disturbo mentale nel periodo perinatale.
<b>Descrizione</b>	l'obiettivo è quello di costruire una prassi di collaborazione tra i servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali, ognuno implicato con le proprie competenze istituzionali con l'intento di individuare una strategia comune sull'approccio e nella definizione degli interventi. È imprescindibile la necessità di condurre in modo integrato il complesso intrecciarsi, sullo stesso nucleo familiare, di interventi terapeutici verso la persona e verso il nascituro. Nella progettualità degli interventi si afferma il principio dell'apporto multi-professionale del lavoro di equipe, a tal fine occorre creare una linea comune tra i diversi servizi-strutture ospedaliere per coinvolgere altre figure professionali e/o i Servizi Sociali territoriali nella gestione della donna
<b>Destinatari</b>	gestanti di età < ai 16 anni; gestanti e/o famiglie con disagio socio-economico-abitativo; gestanti e/o famiglie in carico ai Servizi Sociali Territoriali; gestanti e/o famiglie con disagio psichico o psico-relazionale; gestanti con abuso di alcol e/o sostanze stupefacenti; gestanti con disabilità cognitiva; gestanti con carichi famigliari particolarmente gravosi (presenza, esempio, di minori con disabilità)
<b>Azioni previste</b>	<p>AZIONI PREVISTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. strutturare una rete, attiva in tutte le fasi dell'intervento e costituita, oltre che dai famigliari della donna, dalle varie figure professionali che possono prendere parte al percorso di cura e assistenza della donna gravida</li> <li>2. Implementazione e divulgazione dell'Istruzione Operativa,</li> <li>3. allestimento di un audit col coinvolgimento di diversi servizi sanitari territoriali e ospedalieri della provincia oltre ai servizi Sociali sia ospedalieri che territoriali per analizzare l'attività di 1 anno, facendo emergere le buone prassi e le criticità</li> <li>4. costituire un team socio-sanitario che apporti modifiche all'IO e accompagni i servizi e gli operatori in un lavoro congiunto, valorizzando le reciproche competenze e sviluppando l'area della consulenza</li> <li>5. coinvolgere maggiormente i Pediatri di libera scelta e i medici di medicina Generale</li> </ol>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl: Salute Donna, Punti nascita, Ostetricie, Neonatologia, Area Sociale del distretto di RE, SerDP e Salute Mentale di tutta l'azienda, oltre a tutti i Servizi Sociali Territoriali della provincia
<b>Referenti dell'intervento</b>	Giancarlo Gargano, primario del dipartimento materno Infantile e Maria Lorena Ficarelli, Responsabile Area Sociale. Ausl-Distretto di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## PRIMI 1000 GIORNI e GENITORIALITA'

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;D;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Gli interventi per i primi 1000 giorni comprendono diverse azioni e progetti volti al sostegno della genitorialità, per favorire un equilibrato sviluppo psicofisico del bambino e aiutare i neogenitori a gestire l'esperienza della nascita e della crescita di un figlio.</p> <p>Le ricerche di neuroscienze degli ultimi decenni confermano l'importanza di investire in questo periodo della vita del bambino e dei suoi genitori. L'obiettivo è quello di Individuare eventuali fattori di rischio, prevenire l'insorgenza di problematiche psicosociali, potenziare elementi di protezione presenti nel contesto familiare e nei caregiver.</p> <p>Per raggiungere questi obiettivi occorre intercettare le coppie fin dal periodo di gravidanza, accompagnando i mesi di gravidanza e preparando al parto; dopo la nascita del bambino è necessario sostenere le prime tappe di sviluppo e accompagnare le inevitabili modifiche relazionali e di coppia, individuando le situazioni che richiedono un sostegno specifico e di maggiore intensità.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Gli interventi da mettere in campo sono diversi e tra loro strettamente collegati e sinergici. In gravidanza occorre promuovere corretti stili di vita (alimentazione, attività fisica, protezione dal fumo e dallo stress); selezionare le donne con condizioni fisiologiche da quelle con patologia e fattori di rischio (anche sociale); promuovendo gli incontri di accompagnamento alla nascita e le informazioni necessarie alla scelta del parto; curando anche gli aspetti emozionali e relazionali della donna e della coppia.</p> <p>La dimissione dal punto nascita deve avvenire garantendo continuità e presa in carico precoce, sia dai servizi consultoriali sia dalla pediatria territoriale. Gli ambulatori a gestione ostetrica dedicati alla promozione e al sostegno dell'allattamento rappresentano i luoghi di primo intervento; a questi si affiancano progetti specifici per sensibilizzare i genitori alla gestione del bambino, rispondendo efficacemente e con responsabilità ai suoi bisogni. In casi selezionati andrà attivato un sostegno domiciliare (home visiting) o l'attivazione del servizio sociale.</p> <p>Oltre alla FAD per il sostegno dell'allattamento, è prevista formazione specifica del personale socio-sanitario coinvolto (format di 2 giorni predisposto dal Centro per la Salute del Bambino-onlus)</p>
<b>Destinatari</b>	Genitori con figli nel primo anno di vita
<b>Azioni previste</b>	<p>Promozione e sostegno dell'allattamento al seno, esclusivo nei primi 6 mesi e complementare nei mesi successivi</p> <p>Alimentazione con cibi complementari in modalità responsiva</p> <p>Promozione delle vaccinazioni raccomandate</p> <p>Protezione dal fumo e dagli incidenti domestici (compresa la sicurezza in auto)</p> <p>Promozione dell'accudimento prossimale e del massaggio infantile</p>



	Promozione della lettura precoce, dell'esperienza della musica e della voce, del gioco spontaneo condiviso
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Questi interventi sono collegati alle iniziative di sostegno alla genitorialità attivate dagli enti locali e dai gruppi di volontariato presenti sul territorio
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Gli interventi coinvolgono: consultori famigliari, centri nascita, pediatria di comunità, pediatria di famiglia, centri famiglia, servizi sociali territoriali, servizi educativi 0-6, terzo settore e volontariato
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore Programma Materno Infantile
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---

# Progettazioni territoriali adolescenti e giovani e spazi di aggregazione giovanile Reggio Emilia

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Per favorire un processo di inclusione e di benessere sociale nello sviluppo e crescita personale di adolescenti e giovani è fondamentale stimolare la dimensione creativa e la capacità di innovazione. Tali stimoli incidono positivamente sulle potenzialità personali, sullo sviluppo di competenze, sull'autostima, sul senso di comunità, sulla cittadinanza attiva ed aiutano a rafforzare il proprio progetto di vita e il senso di appartenenza alla comunità.
<b>Descrizione</b>	<p>Le progettazioni mirano a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consolidare la rete degli spazi di aggregazione giovanile (Incrocio dei venti/Spazio Raga/studio selz/Gabella/Lampada di Aladino/Stazione educativa/Viacassoliuno/Nuovi Educatori Territoriali) al fine di costruire opportunità di incontro, inclusione, formazione diffuse sul territorio per le giovani generazioni tramite l'utilizzo di linguaggi creativi. Gli spazi di aggregazione coinvolgono i giovani fin dalla prima identificazione e progettazione delle attività promuovendo il loro protagonismo, sviluppando competenze e interessi, sostenendo le loro iniziative affinché siano sempre più orientate e aperte ai territori.</li> <li>- realizzare progetti di educativa di comunità in contesti informali – eventualmente segnalati come problematici e conflittuali - collaborando anche con Centri e circoli sociali o sportivi, esercitando funzioni di mediazione educativa a carattere intergenerazionale e interculturale;</li> <li>- attivare collaborazioni e progettualità con le diverse realtà che incrociano e si relazionano con gli adolescenti e i giovani.</li> <li>- costruire azioni di partecipazione e cittadinanza attiva che favoriscano il coinvolgimento dei giovani come soggetti propositivi nella vita della città, attraverso la realizzazione di attività di quartiere a carattere ludico, sportivo, musicale, ecc. e l'organizzazione di eventi specifici realizzati in collaborazione con le realtà giovanili, formali ed informali;</li> <li>- promuovere la qualificazione della street art, anche attraverso la promozione e gestione di progetti di rigenerazione creativa dei quartieri con il linguaggio dell'arte murale e la formazione di giovani interessati a questa arte espressiva;</li> <li>- operare il presidio educativo di aree sensibili sul territorio, anche in collaborazione con altri operatori, attraverso la costruzione di contesti che siano qualificati e stimolanti, ovvero idonei a favorire l'aggregazione, la cooperazione, lo sviluppo dell'iniziativa dei giovani, l'acquisizione di competenze significative, la partecipazione dei giovani e l'educazione a stili di vita sani.</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	giovani 14-29 anni
<b>Azioni previste</b>	Co-costruzione di percorsi di sostegno e sviluppo della creatività giovanile, di progetti volti ad aumentare le possibilità aggregative attorno a temi culturali, sociali, etici, politici, in ambienti improntati all'educazione a stili di vita sani

	<p>Orientamento e accompagnamento nella crescita di ragazze e ragazzi per contrastare la dispersione scolastica e per un inserimento sociale consapevole e partecipato; orientamento rispetto all'accesso ed alla fruizione di servizi e opportunità a livello cittadino.</p> <p>Costruzione di collaborazioni con centri sociali e associazioni giovanili culturali, artistiche, del tempo libero, volte ad arricchire le opportunità formative e di partecipazione</p> <p>Organizzazione e gestione di laboratori ed attività per adolescenti e giovani</p> <p>Co-progettazione con le società sportive per la realizzazione dei cantieri sportivi.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per l'integrazione e l'inclusione; politiche per la partecipazione e la creatività giovanile; politiche sociali, politiche sportive
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Reggio Emilia, associazioni, privato sociale, imprese, servizi sociali, volontariato; società sportive; Fondazione per lo sport
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## Progetto adolescenza – coordinamento distrettuale “Tavolo adolescenza”

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>l'adolescenza è una fase della vita che addensa sfide e cambiamenti. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La partecipazione, l'ascolto, la promozione di opportunità, lo sviluppo di competenze, l'attenzione agli ambienti di vita che sostengano benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio distrettuale esistono numerose esperienze che sostengono e promuovono questi principi. Tali esperienze risultano 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. La condivisione di strategie e integrazione degli interventi in ambito sociale, educativo e sanitario presenta ancora debolezze. È indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale avendo come riferimento per la programmazione degli interventi la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio del distretto, definita sulla base di dati, ricerche, ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il tavolo adolescenza è espressione del “Progetto Adolescenza” (approvato con Dgr. 590/13 “Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali”) e si propone di promuovere e coordinare le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti e di promuovere interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento). L'approccio metodologico prevede l'utilizzo delle risorse e delle competenze già oggi presenti nelle diverse realtà che compongono e partecipano al tavolo. Particolare attenzione viene posta alla connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori) operatori dei servizi sociosanitari-educativi-scolastici e del Terzo settore, la comunità di riferimento.</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Rafforzamento della governance tra tutti i soggetti e i servizi che si occupano di adolescenza e funzione di coordinamento delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario.</p> <p>Progettazione di percorsi di formazione e coprogettazione su obiettivi e priorità condivisi e trasversali</p> <p>Maggior coinvolgimento delle istituzioni scolastiche.</p> <p>Rinforzo dell'integrazione tra ambito sociale, educativo, scolastico e sanitario.</p> <p>Valutazione degli interventi con strumenti comuni e confrontabili, anche utilizzando i monitoraggi previsti dalla legge 14/08 e scambi di esperienze tra le diverse realtà</p>

	Attivazione di processi partecipativi che comprendano i destinatari degli interventi, in particolare gli adolescenti Organizzazione di interventi di sostegno agli adulti di riferimento (genitori, insegnanti ecc)
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche educative, culturali.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Terzo settore, organizzazioni scolastiche, AUSL, Enti locali
<b>Referenti dell'intervento</b>	Daniela Scrittore, Alfonso Corradini, Fiorello Ghiretti
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Progetto genitorialità: sostegno alle funzioni genitoriali degli utenti con Dipendenza Patologica e/o dei loro genitori.

Approvato

### Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>SerDP Area RE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'aiuto alle famiglie. La famiglia ha oggi più bisogno di essere sostenuta nell'impadronirsi di capacità di attenzione e di comunicazione; non solo le famiglie in più evidente difficoltà e le famiglie problematiche, ma tutte le famiglie si trovano oggi spiazzate per un cambiamento oggettivo di ruolo e una diminuzione di autorevolezza che si traducono in un ridimensionamento dell'incidenza educativa nei confronti dei figli. Ne deriva l'importanza dei servizi di sostegno e di orientamento alle famiglie; di poter disporre di riferimenti disseminati sul territorio; di poter accompagnare le genitorialità che hanno dubbi e manifestano insicurezze circa le loro inadeguatezze; di saper orientare e sostenere appropriate scelte educative.
<b>Descrizione</b>	Gli obiettivi prioritari : - sostegno delle funzioni genitoriali degli utenti e/o dei loro genitori - attivazione e partecipazione alle UVM - sviluppo degli interventi di rete coi Servizi Pubblici, gli Enti Accreditati e/o Convenzionati - implementazione delle procedure condivise in Accordo di Programma Minori. - applicazione del protocollo di intesa con la NPI per la valutazione e trattamento dei minori con dipendenza patologica.
<b>Destinatari</b>	Utenti con Dipendenza Patologica con figli. Genitori/familiari di Utenti con Dipendenza Patologica, Operatori SerDP, Servizi Sociali AUSL e Comuni, Enti Accreditati, CPS.
<b>Azioni previste</b>	- UVM coi Servizi coinvolti nei progetti terapeutici riabilitativi, Trattamenti riabilitativi strutturati - Attività gruppali di tipo psico-educativo rivolte ai familiari di utenti con Dipendenza Patologica realizzate in rete, sia presso il SerDP che il Centro Diurno "San Lorenzo" con le persone in co-terapia, che presso il CeiS di Reggio Emilia e la Coop. "La Collina", con progetti mirati e finanziati con Accordi di Fornitura. Collaborazione strutturata col CPS di Reggio Emilia per le attività di sostegno ai genitori di giovani in co-terapia col SerDP. -partecipazione a gruppo di lavoro "Gravidanza Multiproblematica" per favorire e potenziare il collegamento, il coordinamento, la co-progettazione e la co-gestione di situazioni in carico al SerDP. -interventi psicoeducativi individuali di sostegno al ruolo dei genitori di adolescenti con dipendenza patologica finalizzati a contribuire al superamento dei blocchi evolutivi dei figli.

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	SerDP, Enti Accreditati, Servizi Sociali AUSL, Servizi Sociali Comuni, CPS,
<b>Referenti dell'intervento</b>	SerDP Reggio Emilia. Bosi, Bussolati
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Progetto Teatro e Salute Mentale

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>DSMDP</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Creazione di un senso di comunità, partendo dal presupposto che ciascun membro della comunità stessa è portatore di risorse, oltre che di disagio, avviando da qui un percorso di co-progettazione di eventi, per uscire dall'isolamento e produrre una cultura che vada contro l'emarginazione sociale, i pregiudizi e lo stigma.
<b>Descrizione</b>	La sperimentazione di un nuovo modo di porsi di fronte all'altro e di fronte ad un compito preciso (la realizzazione di uno spettacolo e la sua messa in scena) offre ai fruitori del progetto stesso una opportunità di vedersi protagonisti, ribaltando i classici ruoli, facendo sì che si instaurino rapporti veri e basati sulla solidarietà, in una micro-comunità che rappresenta la vita. La percezione di sé si trasforma, da utente passivo del servizio ad attore protagonista del proprio percorso di cambiamento e di crescita umana, capace di assumersi delle responsabilità all'interno della comunità. Si tratta di un lavoro di prevenzione e sensibilizzazione per la cittadinanza, oltre che di riduzione dei ricoveri e delle urgenze per gli utenti del servizio.
<b>Destinatari</b>	Utenti del Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia-Scandiano-S.Polo/ Cittadini/ Studenti Universitari/ Volontari Civili/ Operatori del D.S.M.
<b>Azioni previste</b>	Produzione di spettacoli teatrali-attività di formazione per le scuole e sensibilizzazione della cittadinanza
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ausl-Comune e Provincia di Reggio Emilia-Regione Emilia Romagna-Fondazione "I Teatri" di R.E.-Associazione Sostegno e Zucchero di R.E.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DSMDP DI OGNI DISTRETTO
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0



## PROGRAMMA PER L'ESECUZIONE PENALE 2018 – Interventi da realizzarsi in Area interna agli Istituti Penali e in Area penale esterna

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il Comune di Reggio Emilia, in stretta collaborazione con l'Istituto Penale e l'UDEPE territoriale, promuove varie attività e progettazioni che hanno come principale finalità: migliorare la qualità della vita delle persone detenute; sostenere percorsi di reinserimento sociale e lavorativo delle persone detenute e in carico all'UDEPE; per quanto riguarda l'Area Penale interna con particolare attenzione ai "dimittendi";</p> <p>promuovere e sostenere la messa in rete di Enti e Servizi del territorio, in un'ottica di co-progettazione degli interventi, mettendo a sistema le specifiche competenze di ciascuno; organizzare momenti di visibilità al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica sui percorsi di riabilitazione sociale delle persone in Area Penale;</p> <p>promuovere e sostenere reti locali per lo scambio e diffusione delle esperienze attraverso momenti formativi, seminariali e di confronto.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il Comune di Reggio Emilia, in quanto Comune sede di Carcere, è destinatario delle risorse che annualmente la Regione Emilia Romagna destina ai programmi di esecuzione penale interna ed esterna attraverso Delibera di Giunta che definisce le linee guida per gli interventi socio – sanitari in Area Penale.</p> <p>Facendo riferimento a tale Delibera vengono declinati gli obiettivi e gli interventi che l'Ente attua in area Penale.</p> <p>Annualmente, a seguito del riparto dei fondi regionali, vengono condivise le progettazioni con l'Istituto Penale e l'UDEPE.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Si considerano destinatari diretti i detenuti dell'Istituto Penale di Reggio Emilia e tutte le persone in carico all'UDEPE di Reggio Emilia.</p> <p>Si considerano destinatari indiretti il personale della struttura penitenziaria, i familiari dei detenuti e, più in generale, la società civile nel suo insieme.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportello Informativo rivolto a tutti i detenuti: l'operatrice di sportello, presente tre giorni a settimana all'interno del Carcere, attraverso colloqui con i detenuti, offre ascolto, orientamento e accompagnamento. Il lavoro viene svolto sempre in stretta collaborazione con l'area educativa e sanitaria del carcere, oltre che con i servizi del territorio.</li> <li>- Mediazione linguistico culturale: oltre allo Sportello Informativo anche gli operatori del Carcere e UDEPE possono richiedere l'attivazione di un colloquio con il mediatore linguistico culturale.</li> <li>- Miglioramento della qualità della vita carceraria: attività motoria, laboratori artistici, prestito libri in collaborazione con la biblioteca cittadina, sostegno ad attività propedeutiche alla formazione in un'ottica di reinserimento al lavoro organizzate da Associazioni di Volontariato, ecc</li> <li>- Progettazione a favore dei "dimittendi": promozione di attività specifiche con le persone che sono prossime al fine pena in collaborazione con Istituti Penitenziari, Ausl, privato sociale.</li> </ul>

	<p>- Promozione di attività formative rivolte al personale dell'amministrazione penitenziaria</p> <p>- Raccordo tra diversi servizi territoriali a sostegno del reinserimento sociale delle persone in Area Penale: incontri periodici tra gli operatori per condividere linee progettuali generali e programmi di intervento individualizzati integrati sulle singole persone.</p> <p>- Azioni volte a sostenere percorsi di autonomia e reinserimento nel tessuto socio-lavorativo per persone in carico all'UDEPE: sostegno al reddito, supporto a percorsi di formazione professionale, percorsi di inclusione con attività responsabilizzanti, sostegno ai programmi di condotte riparative e di responsabilità sociale.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Collaborare con il Comitato Locale per l'area dell'esecuzione della pena adulti per il reperimento di opportunità e risorse mirate al reinserimento sociale con la dovuta attenzione al disposto della Legge Regionale 63/2008;</p> <p>creare rete di coordinamento fra altri soggetti per favorire un clima culturale favorevole al re-inserimento dei detenuti e alla rimozione delle condizioni di svantaggio che spesso sono la con-causa dei comportamenti delle persone che delinquono;</p> <p>favorire interventi di altri Enti nelle proposte migliorative per il detenuto al fine di favorirne la formazione, l'avviamento al lavoro, la socialità,...</p> <p>collaborare con altri Enti pubblici e privati, Privato Sociale per la realizzazione di una rete di coordinamento al fine di favorire il miglioramento della vita carceraria, il re-inserimento dei detenuti e la rimozione delle condizioni di svantaggio.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Il Comune di Reggio Emilia programma le azioni di intervento in collaborazione con le Direzioni degli Istituti Penali e dell'UEPE all'interno del Comitato locale per l'esecuzione penale adulti.</p> <p>I diversi attori coinvolti sono:</p> <p>Istituti Penali Reggio Emilia</p> <p>Ufficio Distrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna</p> <p>Regione Emilia Romagna</p> <p>Servizi dell'Amministrazione Comunale</p> <p>Azienda AUSL- Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento cure primarie.</p> <p>Servizi Sociali del territorio provinciale</p> <p>Enti di Formazione</p> <p>Associazioni di volontariato</p> <p>Organizzazioni e cooperative del privato sociale</p> <p>Agenzia per il Lavoro.</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dott.ssa Corradini Germana - Dirigente Servizio: "Servizi Sociali-Intercultura"</p> <p>Referenti del progetto:</p> <p>Lucia Gianferrari - Tel. 0522/456711 –fax 0522/436747 e-mail: lucia.gianferrari@comune.re.it;</p> <p>Alessandra Margini - Coordinamento Progettazione Sociale - tel 0522/456723 e-mail: alessandra.margini@comune.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 76.631,86**

- Carcere: **53.642,30 €**

- Quota di cofinanziamento del Comune sede di carcere: **22.989,56 €**

**Indicatori locali: 0**

## Promozione del dialogo interculturale e azioni per l'integrazione linguistica

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Sostenere l'integrazione socio – linguistico – culturale dei cittadini stranieri favorire l'integrazione attraverso l'insegnamento della lingua italiana e delle regole di convivenza e educazione alla cittadinanza.
<b>Descrizione</b>	Lo sviluppo ed il consolidamento del processo di integrazione ed inclusione sociale, economica e culturale della popolazione straniera, il conseguente esercizio di un diritto di piena cittadinanza, richiede il rafforzamento ed il sostegno delle attività di insegnamento della lingua italiana per i cittadini stranieri, sia adolescenti che adulti. Nella definizione delle priorità strategiche connesse alle politiche per l'interculturalità, l'integrazione linguistica rappresenta un'azione primaria connessa all'obiettivo strategico "creare accoglienza, generare cittadinanza". L'integrazione linguistica rappresenta, infatti, il primo e fondamentale passo per essere parte attiva e protagonista nella costruzione condivisa del futuro della città e così esercitare pienamente il diritto di cittadinanza. E' attraverso l'insegnamento della lingua italiana che è possibile dare avvio a percorsi di dialogo, integrazione e pari opportunità per tutti i cittadini di origine straniera. Analogamente l'apprendimento della lingua italiana spesso coincide con percorsi di piena alfabetizzazione e rappresenta una rilevante, quanto eccezionale, opportunità nella sostenibilità sociale dei percorsi di accoglienza destinati ai richiedenti asilo e rifugiati: prima e cruciale tappa verso un percorso qualificato di inclusione sociale costruito con la partecipazione attiva delle comunità italiane e straniere.
<b>Destinatari</b>	cittadini di origine straniera, neo arrivati o di più lunga residenza che necessitano di percorsi di avvicinamento alla lingua italiana e di educazione alla cittadinanza
<b>Azioni previste</b>	Sostegno alla RETE DIRITTO DI PAROLA, realtà che si occupano di insegnamento della lingua italiana a cittadini di origine straniera, in particolare: - Sviluppo di percorsi base di alfabetizzazione linguistica - Sviluppo di percorsi per adolescenti neo arrivati durante il periodo estivo, e l'anno scolastico - Sviluppo di percorsi per donne e mamme con bambini non scolarizzati 0/5 anni - Sviluppo di percorsi formativi e informativi specifici sull'apprendimento della lingua italiana per operatori - promozione di percorsi di cittadinanza attiva per favorire il dialogo e lo scambio linguistico culturale
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per il protagonismo responsabile e la città intelligente Politiche per le relazioni internazionali Politiche educative Politiche giovanili

	Politiche culturali Politiche pari opportunità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Regione Emilia Romagna, Associazioni di volontariato, Rete Diritto di Parola, Centri Sociali, Sindacato, Ausl, Rete delle Scuole secondarie di secondo grado, Fondazione Mondinsieme, Associazioni sportive e culturali, Enti gestori dell'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del servizio Dott.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it Referente di Progetto Dott.ssa Rania Abdellatif 0522/585687 rania.abdellatif@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Approvato

### Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Le azioni previste sono coerenti con le indicazioni regionali e Nuovi Lea
<b>Descrizione</b>	Gli ambiti di lavoro sono suddivisi in due contenitori :Tempi di attesa(strettamente legata agli obiettivi regionali) e Specialistica ambulatoriale che fa riferimento all'ambito di attività della struttura complessa
<b>Destinatari</b>	Cittadini e operatori interni all'organizzazione o strutture private accreditate con contratto di fornitura
<b>Azioni previste</b>	<p>TEMPI DI ATTESA</p> <p>In concordanza con quanto indicato nella DGR N 1735/2014, della DGR 1056/2015 e nella Circolare regionale 21/2014, si proseguirà nell'applicazione del Programma Interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa con particolare riferimento alle scadenze definite nello stesso programma e alle azioni di sistema.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azione costante di monitoraggio e verifica e attraverso il TEAM interaziendale/multi professionale coordinato dal RUA (Responsabile unico dell'accesso per la specialistica ambulatoriale per il coordinamento degli uffici risorse e governo delle agende in prenotazione). In seguito all'unificazione aziendale si è creata la necessità di una revisione della composizione del TEAM multiprofessionale per il governo dei tempi di attesa della specialistica.</li> <li>• Ridefinizione degli strumenti aziendali di monitoraggio quotidiano dei tempi di attesa (ora allargato anche al controllo alle prestazioni con codice di priorità "B"), allo scopo di migliorare l'IP provinciale e mantenerlo a un valore <math>\geq 90\%</math> sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle urgenti differibili. Il monitoraggio ha visto coinvolti anche le strutture private accreditate alle quale è stato fornito lo stesso strumento software di controllo dei tempi di attesa "CupidoAlert".L'obiettivo aziendale è il mantenimento dell'I.P. relativo alle prestazioni monitorate <math>\geq 90\%</math>.</li> <li>• Applicazione del protocollo operativo aziendale sull'elaborazione delle sanzioni per " le mancate o tardive disdette" in conformità con la del. RER 377/2016 relativa all'applicazione della sanzione amministrativa per mancata disdetta della prestazione da parte del cittadino. Per l'anno 2018-2019 ci aspettiamo 40.000 sanzioni/anno che dovranno essere elaborate e gestite. L'azienda ha come obiettivo un significativo aumento delle disdette da parte del cittadino e contestuale riduzione delle mancate presentazioni del cittadino in sede di erogazione con conseguente riduzione dei tempi di attesa. Continuerà, inoltre, la campagna informativa aziendale attraverso i più diffusi canali di comunicazione (stampa e televisione) e la distribuzione di materiale cartaceo (brochure, locandine, ecc.) da consegnare nei luoghi di accesso all'azienda di maggiore affluenza.</li> </ul> <p>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</p>

Le principali novità che riguarderanno il biennio 2018-2020 sono di seguito riportate. Nuovo CUP:

la necessità di rendere il sistema prenotante più moderno, flessibile e coerente con le esigenze, è alla base del progetto di sostituzione dell'attuale applicativo CUP con un nuovo sistema. Nell'anno 2016 è iniziato un intervento di evoluzione del sistema di prenotazione CUP che a conclusione dei lavori vedrà il passaggio dall'attuale software AS400 al nuovo Software CUP Arianna. Questo passaggio è costituito da cinque fasi che si concluderanno entro il 2018 e che coinvolgeranno non solo gli sportelli CUP dell'Azienda ma anche le 130 farmacie del territorio provinciale e gli sportelli delle strutture private accreditate. Contemporaneamente allo sviluppo del nuovo CUP Arianna, su proposta regionale, è stata avviata l'implementazione delle prestazioni prenotabili anche attraverso Cupweb, portale interno regionale; tale operazione proseguirà per tutto l'anno 2018.

NUOVI LEA (DPCM 29/11/01):

Nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè quelle prestazioni che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), sono stati messi in atto tutti gli adeguamenti richiesti dal DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza". Il decreto sostituisce integralmente il DPCM del 29/11/2001 e individua le condizioni di erogabilità e detta indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN.

In particolare sono:

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

Reti Cliniche per l'integrazione ospedali-territorio

Le reti sono state pensate al fine di garantire l'omogeneità dei processi di cura, l'integrazione trasversale tra le strutture organizzative, favorire l'equità di accesso, interazione professionale e, condivisione dei processi di cura e miglioramento dell'appropriatezza.

Convenzionati interni

È previsto un ulteriore potenziamento dei medici convenzionati interni per rispondere alla domanda di specialistica ambulatoriale e ridurre i tempi di attesa. Nel presidio ospedaliero, prevalentemente per il superamento di contratti libero-professionali e prestazioni aggiuntive, sono attivi ad oggi 17 contratti.

Contratti con le strutture private accreditate

Il programma Specialistica ambulatoriale governa i contratti per la fornitura delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei privati accreditati con un impegno economico annuo di circa 9 mln €. La programmazione dell'offerta dei privati s'inserisce nella complessiva offerta provinciale di specialistica che ogni anno è rideterminata sulla base dei tempi di attesa.

	<p>Progetto "Punti prelievo"</p> <p>Su mandato della Direzione generale, si ritiene opportuno rivedere nell'anno 2018 l'intera rete provinciale dell'offerta dei laboratori, ovvero quella dei privati accreditati e quelli a gestione AUSL, così come la Rete dei prelievi ematici e attuare una riorganizzazione trasversale. Questa riorganizzazione deve prevedere una riconversione, in percentuale da definire (tra il 50-80%) del budget annuale (circa € 389.000 con una media di circa 1500 prelievi/mese), utilizzato per analisi ematochimiche e refertazione, in budget destinato alla costituzione di nuovi Punti prelievo da affidare ai privati accreditati, lasciando all'AUSL il compito di processazione e refertazione dei campioni. A tal proposito è stata istituita una commissione aziendale ad hoc che si occuperà di definire le varie fasi.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	DIRETTORE DEL PROGRAMMA SPECIALISTICA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**

## Promozione della Salute in Carcere, Umanizzazione della Pena e Reinserimento delle persone in Esecuzione Penale

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Dipartimento Cure Primarie</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il carcere rappresenta una realtà a elevato rischio per la salute sia degli ospiti che degli operatori a causa del sovraffollamento e della tipologia di utenza.</p> <p>Per la tutela della salute in Carcere, sulla base del modello Territoriale, si intende attuare un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle messe a disposizione dei Cittadini liberi nelle Case della Salute</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Le attività Sanitarie all'interno del Carcere sono coordinate dal Dipartimento Cure Primarie in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per gli aspetti di prevenzione delle malattie infettive e promozione della salute e con il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per gli aspetti relativi alle dipendenze patologiche ed ai disturbi psichiatrici.</p> <p>I due Reparti Psichiatrici, residui OPG, vengono gestiti dal Dipartimento Cure Primarie in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale per gli aspetti relativi all'assistenza Psichiatrica.</p> <p>Relativamente alla Specialistica, all'interno degli Istituti Penitenziari, sono garantite l'assistenza odontoiatrica, cardiologica, oculistica, ginecologica, infettivologica, dermatologica, diabetologia, psichiatrica e psicologica.</p> <p>Strumento essenziale del Trattamento Sanitario è il PAI (Piano Assistenziale Individuale) somministrato dal Personale Medico ed Infermieristico e sottoscritto da ogni detenuto; Il Trattamento è inoltre favorito dall'uso condiviso dalle diverse figure Sanitarie della Cartella Clinica Informatizzata SISP.</p> <p>Sono regolarmente effettuati screening infettivologici e oncologici</p> <p>Il Dipartimento di Sanità Pubblica tramite il progetto provinciale dell'AUSL "Tutela delle fasce deboli" offre cultura e salute alle fasce deboli della popolazione e nello specifico ai detenuti ed agli agenti di polizia penitenziaria a partire dal 2006. Le attività messe in essere rientrano a pieno titolo nel Piano Attuativo Locale del Piano Regionale di Prevenzione.</p> <p>Vengono offerte ai detenuti e agli operatori penitenziari le vaccinazioni previste e raccomandate in relazione all'età e specifiche condizioni di salute effettuate, per i detenuti, in sedute vaccinali dedicate che si effettuano regolarmente.</p> <p>Interventi di informazione/educazione alla salute dedicati ai detenuti vengono effettuati periodicamente in collaborazione con il servizio di mediazione linguistico culturale e gli argomenti trattati sono la prevenzione delle malattie infettive maggiormente diffuse.</p> <p>Sono previsti incontri di informazione/educazione alla salute dedicati agli operatori penitenziari sul tema della prevenzione delle malattie infettive.</p>
<b>Destinatari</b>	Detenuti
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attivare Sportelli Informativi sia per gli aspetti Sociali (Comune e Amministrazione Penitenziaria) che per quelli Sanitari (Azienda USL)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare momenti di Promozione della salute, promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione sulle principali patologie infettive e sugli stili di vita e sedute vaccinali dedicate consolidando la collaborazione con il Servizio Mediazione Linguistico Culturale Staff Ricerca e Innovazione dell'Ausl di RE per il coinvolgimento dei mediatori culturali negli incontri di formazione.</li> <li>• supportare progetti di inserimento e reinserimento esterno</li> <li>• sostenere l'attività del DSM DP anche tramite i percorsi legati alle REMS.</li> <li>• Supportare e sinergizzare la comunicazione nella rete di servizi socio-sanitari che afferiscono al Carcere</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	coinvolgimento della Direzione Penitenziaria tramite la stesura di progetti comuni per il trattamento interno dei Detenuti, con particolare riferimento alla creazione di un Protocollo Operativo e condiviso per la prevenzione del Rischio Suicidario.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Azienda USL, Comune, Amministrazione Penitenziaria
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Angela Panebianco
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## PROMOZIONE DELLE DIVERSITÀ CULTURALI

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consolidare le relazioni con il territorio e intraprendere azioni di dialogo e confronto;</li> <li>- valorizzare il potenziale positivo dei migranti e dei rifugiati;</li> <li>- coordinamento strategico e creativo, dei partenariati tra amministrazioni locali, società civile, settore privato, università, organizzazioni di comunità;</li> </ul>
<b>Descrizione</b>	<p>Spesso percepiti come criticità piuttosto che come opportunità, i migranti e i rifugiati contribuiscono alla costruzione del tessuto sociale, economico e culturale delle comunità ospitanti, stimolano il mercato del lavoro e generano una nuova domanda di beni e servizi, contribuendo attivamente all'innovazione che alimenta i centri urbani.</p> <p>Migranti e rifugiati possono quindi essere tra i soggetti chiave nello sviluppo della città, promotori di connessioni con le città di origine e di arrivo, L'integrazione dei temi relativi ai processi migratori e di promozione delle diversità culturali nelle attività di pianificazione dello sviluppo locale consente di generare benefici durevoli sia per migranti e rifugiati che per le comunità di arrivo.</p>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cittadini italiani e stranieri</li> <li>- associazioni di cittadini di origine straniera</li> <li>- immigrati neo-arrivati</li> <li>- associazioni locali</li> </ul>
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione eventi e campagne di informazione e sensibilizzazione sui temi delle migrazioni e delle diversità culturali</li> <li>- sviluppo e consolidamento delle attività culturali del Programma "Città Mondo" (Giornata contro il razzismo, giornata del rifugiato, giornata del migrante, ecc)</li> <li>- attività di supporto al rilascio della cittadinanza italiana</li> <li>- organizzazione e realizzazione dell'evento "NOI ALTRI per una comunità aperta"</li> <li>- Implementazione di un piano di comunicazione sull'accoglienza</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per il protagonismo responsabile e la città intelligente</p> <p>Politiche per le relazioni internazionali</p> <p>Politiche educative</p> <p>Politiche giovanili</p> <p>Politiche culturali</p> <p>Politiche pari opportunità</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Associazioni di volontariato, Rete Diritto di Parola, Centri Sociali, Sindacato, Ausl, Fondazione Mondinsieme, Associazioni sportive e culturali, Enti gestori dell'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati</p>

<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## PROMOZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI ED INTERCULTURALI DELL'ENTE

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA in collaborazione con il privato sociale</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Attraverso la partecipazione a progettazioni europee (FAMI) si intende consolidare le azioni messe in campo dalle politiche territoriali, favorire lo scambio e la collaborazioni con altre realtà e stimolare nuove progettualità sperimentali
<b>Descrizione</b>	Dal confronto e lo scambio tra istituzioni e soggetti del privato sociale di differenti Paesi europei, si intende far emergere soluzioni sostenibili ed integrabili da pratiche già testate o parti delle stesse valutate trasferibili poi nella sperimentazione del lavoro con i migranti, per arrivare a realizzare prodotti e strumenti concreti di informazione di orientamento ai servizi costruiti con i migranti stessi. Alcune aree d'intervento: percorsi d'inserimento nella comunità territorio per titolari di protezione internazionale; promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione da parte di cittadini di paesi terzi; servizi di informazione e comunicazione confronto europeo di analisi e strumenti per il coinvolgimento attivo dei migranti nei processi di integrazione sociale, scolastica e sanitaria; salute - tutela e accoglienza di richiedenti e titolari di protezione internazionale in emilia-romagna
<b>Destinatari</b>	cittadini di origine straniera, neo arrivati o di più lunga residenza, titolari di protezione internazionale, operatori di servizi sociali e sanitari pubblici e del privato sociale, dirigenti e rappresentanti politici delle pubbliche amministrazioni
<b>Azioni previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rafforzare un ruolo attivo, consapevole e partecipativo dei cittadini di Paesi Terzi nei processi di accoglienza ed integrazione, con particolare attenzione ai residenti di medio-lungo periodo ancora ai margini dei processi partecipativi</li> <li>- Valorizzare competenze ed esperienze degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, dirigenti e rappresentanti politici delle pubbliche amministrazioni per favorire i processi di accoglienza, inclusione ed integrazione dei cittadini di origina straniera.</li> <li>- Sperimentare prodotti e strumenti costruiti valorizzando la partecipazione diretta dei migranti al fine di facilitare i processi di integrazione ed accoglienza nei territori</li> <li>- Fornire ai servizi istituzionali e alle organizzazioni del terzo settore protagoniste di processi di accoglienza ed integrazione opportunità di confronto, valutazione e riprogrammazione dei propri servizi attraverso un confronto ed uno scambio di esperienze e buone pratiche.</li> </ul>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per il protagonismo responsabile e la città intelligente</p> <p>Politiche per le relazioni internazionali</p> <p>Politiche abitative</p> <p>Politiche sanitarie</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Ministero dell'interno, Ministero delle Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna, Comuni dell'ER, Aziende sanitarie locali del territorio nazionale, Azienda Casa ER, Cooperative Sociali,

	Enti e realtà di formazione e di orientamento al lavoro, Associazioni di categoria, Associazioni di volontariato.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del servizio Dott.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

promuovere il pluralismo interculturale attraverso la partecipazione sociale delle diverse associazioni di stranieri e dei singoli cittadini.

Approvato

**Riferimento scheda regionale**

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;D;</b>

<b>Razionale</b>	Consolidare le relazioni con il territorio e la popolazione attraverso attività di dialogo legati all' educazione, alla cultura e all'economia. Valorizzare il potenziale dei cittadini stranieri attraverso la partecipazione agli eventi pubblici e attraverso la fruizione dei servizi culturali.
<b>Descrizione</b>	Lo sviluppo e il consolidamento del processo di integrazione e inclusione sociale, economica e culturale della popolazione straniera e il conseguente esercizio di un diritto di piena cittadinanza, richiede il rafforzamento e il sostegno alla creazione di associazioni rappresentative delle diverse provenienze che abitano il territorio cittadino. In questo senso si facilita la presa di responsabilità e la promozione del principio di rappresentanza per i nuovi cittadini che abitano in città. L'integrazione sociale rappresenta, infatti, il primo e fondamentale passo per essere parte attiva e protagonista nella costruzione condivisa del futuro della città e così esercitare pienamente il diritto di cittadinanza.
<b>Destinatari</b>	Cittadini di origine straniera, neo arrivati o di più lunga residenza. Associazioni di cittadini stranieri. Cittadini reggiani. Aziende che vogliono implementare il Diversity Management
<b>Azioni previste</b>	- Promozione luoghi di welfare e di culto:- mappatura luoghi di culto e dialogo interreligioso - creazione e consolidamento del gruppo delle associazioni sul tema culturale e animazione del territorio - Network locale in ambito economico: incontri con aziende per progetto RSI; Incontri con categorie per progetto RSI - Intercultural Hub: imprese a carattere interculturale. - Cultura ed educazione: Laboratori nelle scuole e nei centri giovani del distretto die Reggio Emilia
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche per le relazioni internazionali Politiche educative Politiche giovanili Politiche culturali Politiche pari opportunità
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Regione Emilia Romagna, Associazioni di volontariato, Rete Diritto di Parola, Centri Sociali, Sindacato, Ausl, Rete delle Scuole secondarie di secondo grado, Associazioni sportive e

	culturali, Enti gestori dell'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati, associazioni di migranti costituite.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del servizio Dott.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it Direttore Centro interculturale mondinsieme Dott. Ivan Mario Cipressi 0522/586102 ivanmario.cipressi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## PUA (punto unico di accesso)

Approvato

### Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

<b>Razionale</b>	<p>Il Punto Unico di Accesso (PUA), secondo la più recente normativa (PSSR 2008/2010 e relative linee di indirizzo – DGR n.427/09), rappresenta uno dei presupposti fondamentali per lo sviluppo delle cure domiciliari, in quanto permette di migliorare l’efficacia della presa in carico di pazienti particolarmente complessi dimessi dall’Ospedale , di dare continuità all’assistenza dall’ospedale al domicilio oltre che uniformare l’accesso alle cure domiciliari. Gli ambiti prevalenti di intervento sono: accoglienza, valutazione della domanda e dei bisogni in un ottica multidimensionale.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L’attuale organizzazione prevede che i reparti ospedalieri segnalino al PUA, entro le 72 ore dall’ingresso, i pazienti per i quali si prevede una dimissione difficile. Il personale infermieristico del Servizio Domiciliare assegnato al PUA si reca in reparto per raccogliere tutte le informazioni ed attivare le risorse necessarie alla presa in carico territoriale (medico di medicina generale, servizio infermieristico domiciliare , farmaci, ossigenoterapia, ausili etc).</p> <p>Il reparto confermerà al PUA l’effettiva dimissione entro 24 ore dalla data prevista. La localizzazione del PUA all’interno dell’ospedale SMN facilita la comunicazione fra personale dei reparti e personale del PUA .</p> <p>L’ingresso in reparto del personale infermieristico del PUA ha consentito anche l’individuazione precoce di alcune situazioni critiche per le quali il personale del reparto non avrebbe valutato la necessità di una segnalazione.</p> <p>L’attuale organizzazione prevede che i reparti ospedalieri segnalino al PUA, entro le 72 ore dall’ingresso, i pazienti per i quali si prevede una dimissione difficile. Il personale infermieristico del Servizio Domiciliare assegnato al PUA si reca in reparto per raccogliere tutte le informazioni ed attivare le risorse necessarie alla presa in carico territoriale (medico di medicina generale, servizio infermieristico domiciliare , farmaci, ossigenoterapia, ausili etc).</p> <p>Il reparto confermerà al PUA l’effettiva dimissione entro 24 ore dalla data prevista.</p>
<b>Destinatari</b>	utenti in dimissione ospedaliera protetta
<b>Azioni previste</b>	<p>Gli ambiti prevalenti di intervento sono: accoglienza, valutazione della domanda e dei bisogni in un ottica multidimensionale.</p> <p>Gli obiettivi specifici del Progetto sono:</p> <p>Promuovere la presa in carico complessiva dell’utente attraverso l’integrazione funzionale dei servizi dell’area sociale e dell’area sanitaria</p> <p>Intercettare con modalità pro-attiva le situazioni a rischio di dimissione difficile</p> <p>Raccogliere tutte le informazioni necessarie per la presa in carico da parte dei servizi territoriali con conseguente organizzazione del setting assistenziale adeguato a domicilio e attivazione, già all’atto della dimissione, dei servizi coinvolti nel progetto assistenziali.</p>



	Troppo spesso le segnalazioni ai servizi territoriali avvenivano con tempistiche non sufficienti (almeno tre giorni) all'attivazione di tutti gli interventi necessari a garantire un' adeguata continuità assistenziale.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizio sociale Ospedaliero, Servizio Sociale Territoriale, Servizio Tutoring Asp Reggio Emilia
<b>Referenti dell'intervento</b>	Sonia Romani, Azienda USL Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## QUALITÀ DI VITA E Percorsi di accompagnamento/sostegno per l'inclusione sociale della popolazione nomade sinta e rom.

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e del

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>I Sinti residenti nel comune di Reggio Emilia sono oltre 800 vivono in: tre aree sosta comunali, una area comunale per la sosta dei giostrai, una microarea e una trentina di "terreni privati". I Rom presenti a Reggio Emilia provengono dalla Romania, sono stati presenti in modo semi-stabile dal 2000 al 2014, fino a raggiungere circa il centinaio. Negli ultimi anni la presenza in città è diminuita a causa del trasferimento all'estero di molti nuclei rom. Ad oggi ne sono rimasti circa una quarantina.</p> <p>Le progettazioni portate avanti all'interno del Progetto Nomadi hanno come obiettivi: monitoraggio delle presenze sul territorio e dei mutamenti quali/quantitativi all'interno della comunità sinta/rom;</p> <p>sostegno a percorsi di autonomia e responsabilizzazione dei singoli e dei nuclei famigliari per una maggiore inclusione all'interno del contesto sociale di vita;</p> <p>sostegno alla scolarizzazione di tutti i bambini e ragazzi nomadi come ambito privilegiato di inclusione e integrazione;</p> <p>orientamento a percorsi di formazione professionale e di inserimento lavorativo;</p> <p>intervenire sul territorio a tutti i livelli (istituzioni, privato-sociale, cittadini) per stimolare percorsi di conoscenza-accoglienza reciproca, condivisione dei diritti e dei doveri, così da superare stigmatizzazioni e favorire una effettiva conoscenza / convivenza fra il mondo dei gagi ed i sinti/rom;.</p> <p>promuovere strumenti di conoscenza della storia e cultura sinta/rom;</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Come sollecitato dalle indicazioni europee, dalla Strategia Nazionale e Regionale per l'inclusione di Rom Sinti Camminanti, il Progetto Nomadi co-progetta e realizza, insieme alla comunità Sinta/Rom e ad altri soggetti istituzionali e privati del territorio, azioni sull'inclusione della popolazione nomade negli ambiti dell'abitare, istruzione e formazione, lavoro, salute.</p> <p>Il Progetto Nomadi, partendo da un'attenzione alla comunità nomade nel suo insieme, lavora con i singoli e i nuclei per facilitare l'accesso ai Servizi del territorio.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>comunità sinta e rom residente o domiciliata nel Comune di Reggio Emilia;</p> <p>operatori dei servizi sociali, educativi, sanitari del territorio che seguono o hanno in carico persone nomadi;</p> <p>popolazione cittadina, associazioni, privato sociale</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Presenza degli operatori nei luoghi di vita dei nomadi (campi comunali, terreni, case, strutture, etc...);</p> <p>Mappatura delle presenze di Sinti e Rom, monitoraggio e manutenzione delle aree sosta pubbliche;</p> <p>Sostegno dei percorsi di uscita dai campi;</p>

	<p>Co-progettazioni con i Poli sociali territoriali e altri Servizi territoriali in percorsi di autonomia per singoli e/o nuclei famigliari;</p> <p>Monitoraggio degli inserimenti scolastici e progetti individualizzati di inserimento scuola ed extrascuola per alunni con problematiche specifiche;</p> <p>Favorire, con azioni mirate, l'ingresso dei bambini e degli adolescenti nella scuola a tutti i livelli, dall'asilo nido alla scuola media superiore;</p> <p>Presenza di operatori dedicati in orario scolastico all'interno di alcuni Istituti Comprensivi del territorio per sperimentare percorsi di inclusione scolastica degli alunni sinti/rom;</p> <p>Co-progettazione e inserimento dei bambini in attività ludiche, di sostegno didattico, e di socializzazione nei servizi extrascolastici del territorio (campi estivi, doposcuola, attività sportiva,...);</p> <p>Mediazione scuola-famiglia-servizi territoriali</p> <p>Collaborazione con l'Università di Scienze della Formazione di Re: attivazione di tirocini di studenti universitari all'interno delle classi con alunni sinti e rom; incontri di informazione e confronto sulla cultura sinta e rom con gli studenti</p> <p>Attività rivolte alla fascia giovanile: partecipazione ad eventi ludico – ricreativi, promozione del volontariato, sport,...</p> <p>Formazione degli operatori attraverso la partecipazione a convegni o seminari su tematiche specifiche;</p> <p>Partecipazione a Progetti Europei;</p> <p>Ufficio comunale dedicato alla popolazione sinta/rom per supporto nel disbrigo di pratiche burocratiche, oltre che per colloqui individuali;</p> <p>Raccolta delle domande del Reddito di Solidarietà e di Inclusione e stesura dei progetti con le famiglie beneficiarie;</p> <p>Percorsi di orientamento alla ricerca del lavoro in stretta collaborazione con gli enti/servizi territoriali preposti;</p> <p>Partecipazione al progetto regionale "Valutazione qualitativa azioni di integrazione popolazione sinta/rom": indagine sulla "carriera dell'abitanza" di persone sinte e rom del territorio</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Lavoro in rete con diversi soggetti del territorio (pubblici e privati) sia in riferimento a percorsi singoli, sia in merito a progettazioni complessive rivolte alla comunità nomadi.</p> <p>Promuovere e favorire momenti di confronto tra gli operatori a livello distrettuale, regionale, nazionale ed europeo.</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Servizi dell'Ente (Poli territoriali, Officina educativa, Uffici Tecnici, Ufficio Casa, Anagrafe,...)</p> <p>Regione Emilia Romagna</p> <p>Istituti Comprensivi</p> <p>Enti di formazione</p> <p>Cooperative e organizzazioni del privato sociale</p> <p>Associazioni nomadi del territorio</p> <p>Ausl</p> <p>Università</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Dott.ssa Corradini Germana - Dirigente Servizio: "Servizi Sociali"</p> <p>Referenti del progetto:</p> <p>Lucia Gianferrari - Tel. 0522/456711 –fax 0522/436747 e-mail: lucia.gianferrari@comune.re.it</p> <p>;</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## REGGIO EMILIA CITTÀ SENZA BARRIERE

Approvato

### Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>Comune di Reggio Emilia -FCR</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;</b>

<b>Razionale</b>	Nel programma di mandato del Comune 2014-2019, in riferimento alle politiche di welfare, ha previsto il progetto "Reggio Emilia Città Senza Barriere" (RECSB), con l'obiettivo di accompagnare la città ad attivarsi per rendersi più inclusiva sviluppando ogni iniziativa che supporti l'abbattimento di barriere culturali ed architettoniche che ancora oggi ostacolano la piena realizzazione dei diritti delle persone disabili. Con il progetto RECSB esprime la volontà dell'Amministrazione Comunale di pensare e rendere il Comune di Reggio Emilia come esperienza pilota a livello nazionale nell'accogliere le diversità, rendendole risorsa culturale ed etica; con un nuovo approccio alla fragilità che viene assunta come punto di riflessione privilegiato per osservare, agire e innovare la comunità.
<b>Descrizione</b>	Elaborazione di un progetto operativo strutturato su nove tavoli di lavoro tematici - Mobilità, Barriere architettoniche, Formazione, Accoglienza, Educazione e percorsi di vita, Lavoro, Sfide, Anima, Disabilità come risorsa - con la partecipazione di oltre 200 persone/organizzazioni coinvolte nella progettazione di interventi di miglioramento in diversi ambiti e, soprattutto, di rivitalizzazione di dibattiti intorno alle questioni cruciali relative ai progetti di vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie. In considerazione della complessità e della rilevanza strategica del processo partecipativo il Comune di Reggio Emilia ha individuato l'Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite (FCR) - alla quale già a partire dal 1998 è stata conferita la gestione dei servizi a favore della popolazione disabile adulta - nel ruolo di partnership privilegiata relativamente all'implementazione complessiva delle attività; FCR supporta pertanto la realizzazione complessiva del progetto RECSB.
<b>Destinatari</b>	Disabili e relative famiglie, operatori dei servizi, educatori, insegnanti e, nell'ottica di una generale sensibilizzazione culturale, tutta la cittadinanza.
<b>Azioni previste</b>	Area barriere culturali Disabilità e fragilità come valore a scuola - Azione: "Aspettando Notte di Luce" (coinvolgimento di circa 2.000 studenti delle scuole primarie); Progetto "Narratori senza barriere"; Innovazione e integrazione dei servizi - Azioni: I-Lab; Corso di formazione per operatori sui temi dell'affettività, sessualità, genitorialità; Progetti con i campi gioco estivi (laboratori con la Banda Rulli Frulli); Progetti sul tempo libero (Sabati in Polveriera); Collaborazione all'organizzazione di corsi di formazione/convegni con associazioni del territorio (temi trattati: Comunicazione Aumentativa Alternativa; conoscere e potenziare le capacità dei bambini con Sindrome di Down; metodo PAPS - Destinatari: famiglie, insegnanti, operatori); Lavoro - Azione: Osservazione scolastica, percorsi volti a sviluppare l'alternanza scuola-lavoro ed esperienze inclusive già a partire dalla classe 3 <sup>a</sup> superiore; Progetto di vita - Azione: organizzazione convegni sul "Progetto di vita"; Sport - Azione: collaborazione al progetto "All Inclusive Sport"; Informazione - Azione: realizzazione e gestione "Portale della città accessibile";

	<p>Incidere nei luoghi della cultura - Azioni: collaborazioni con Fondazione Palazzo Magnani, Musei Civici e Reggionarra;</p> <p>Coinvolgere la città - Azioni: organizzazione "Notte di Luce" e coordinamento iniziative collegate alla Giornata Internazionale delle persone con disabilità; Progetto "B. Diritto alla bellezza".</p> <p>Area barriere architettoniche</p> <p>Sono in fase di progettazione alcuni interventi al fine di rendere accessibili/inclusivi i seguenti luoghi/spazi della città:</p> <p>riqualificazione bagni Pubblici di Via della Croce Bianca e Parco del Popolo;</p> <p>riqualificazione e adeguamento appartamento per l'autonomia abitativa in Via Brigata Reggio;</p> <p>lavori di trasformazione del Parco Noce Nero;</p> <p>realizzazione rampe pedonali nell'ambito dei lavori di riqualificazione di Via Guasco;</p> <p>progetto "Non sono perfetto ma sono accogliente" sull'accessibilità dei negozi del Centro Storico.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per l'educazione e conoscenza,</p> <p>politiche per lo sviluppo economico</p> <p>politiche per l'Innovazione tecnologica,</p> <p>politiche urbanistiche e Progetti urbani, Mobilità,</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>TIL/Seta, DarVoce, UNIMORE, Associazioni di volontariato, Privato sociale, Collegio geometri, Fondazione Dopo di Noi, AUSL Re; Musei Civici,</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Davide.farella@comune.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## RESPONSABILITA' CONDIVISE/ACCOMPAGNAMENTO EDUCATIVO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COLLINE MATILDICHE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	Famiglie con figli 0/17 anni -
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. formazione/supervisione integrata tra operatori del servizio sociale minori, del Centro per le famiglie, insegnanti dei due Istituti Comprensivi (scuola primaria e secondaria di primo grado), servizi educativi 0/6 anni, associazioni di volontariato;</li> <li>2. Progetto “fianco a fianco” – attivazione di interventi di affiancamento familiare e affidamento finalizzati a consolidare reti di prossimità e di sostegno ai compiti di cura in famiglie “negligenti”, percorsi di sensibilizzazione nei servizi per la prima infanzia e nelle scuole primarie e secondarie al tema dell’accoglienza, al sostegno tra famiglie, ai percorsi di affidamento familiare.</li> <li>3. Sostegno alla genitorialità attraverso la presa in carico congiunta tra servizio sociale minori e Centro delle Famiglie;</li> <li>4. Accompagnamento e sostegno alle coppie adottive in tutte le fasi dell’adozione in particolare dopo l’arrivo del bambino sia con interventi alla singola coppia che con attività di socializzazione/confronto in gruppo (sia per i genitori che per i bambini/ragazzi);</li> <li>5. Interventi di mediazione familiare in situazioni di elevata conflittualità in carico al servizio sociale minori, in stretta connessione con l’attività del Centro per le famiglie.</li> <li>6. Educativa domiciliare.</li> <li>7. Progetti inserimento di minori in strutture semiresidenziali e residenziali per far fronte a situazioni di tutela urgente o per l’accompagnamento all’autonomia;</li> <li>8. progetto “18 e dintorni” – finalizzato a sostenere l’autonomia di neo-maggiorenni in uscita da percorsi socio-educativi.</li> </ol>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>In collaborazione con interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AUSL RE – psicologia clinica e neuropsichiatria infantile;</li> <li>- coordinamento pedagogico sovra comunale e Istituti comprensivi;</li> <li>- politiche giovanili dell’Unione Colline Matildiche;</li> <li>- ass.ni di volontariato del territorio;</li> <li>- politiche per il lavoro.</li> </ul>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori del Servizio Responsabilità familiari dell’Unione Colline Matildiche (servizio sociale e Centro per le famiglie)</li> <li>- Psicologi AUSL Reggio Emilia (per equipe integrata socio sanitaria)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Istituti comprensivi di Quattro Castella/Vezzano e di Albinea (Dirigenti scolastici ed insegnanti)</li><li>- Coordinamento pedagogico sovra comunale;</li><li>- Sportelli di ascolto psico-educativi scolastici;</li><li>- Rappresentanti delle ass.ni di volontariato, sportive, Parrocchie dei tre Comuni;</li><li>- Gruppi informali di famiglie</li><li>- Strutture residenziali e semiresidenziali del territorio</li></ul>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Catia Grisendi
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 268.339,13**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **52.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **72.889,13 €**
- Unione di comuni (*UNIONE COLLINE MATILDICHE*): **143.450,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CARE-GIVER FAMILIARE

Approvato

### 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>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.
<b>Descrizione</b>	Tra le principali azioni individuate dalle linee attuative regionali figurano: - lo sviluppo delle condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura; - la promozione di interventi di informazione e formazione di base per i caregiver familiari; - la promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio-sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI, all'importanza di garantire orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici, alla capacità di leggere e gestire gli aspetti psicologici ed emotivi, anche utilizzando specifici strumenti di valutazione del carico psico-fisico. Nell'ambito del piano regionale della prevenzione 2015/2018 è previsto uno specifico progetto riguardante la tutela e la promozione della salute mentale e fisica dei caregiver. Nell'ambito di politiche per la prossimità e la domiciliarità che si pongono l'obiettivo di accogliere, accompagnare affiancare e sostenere chi si prende cura di persone non autonome e/o fragili, le linee attuative favoriscono anche la qualificazione ed emersione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari ("badanti"), promuovendo la consapevolezza e l'informazione delle famiglie (anche nella veste di datori di lavoro domestico).
<b>Destinatari</b>	Caregiver familiari e persone accudite (es. non autosufficienti, con disabilità, fragili), famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali.
<b>Azioni previste</b>	vedi schede intervento relative a tutti gli interventi di domiciliarità : emergenza caldo, sollievi sia anziani che disabili, servizi a supporto del programma individualizzato di vita e di cure, centri diurni anziani e disabili, dimissioni protette, ricoveri di sollievo sia anziani che disabili, assistenza domiciliare, tempo libero disabili, ginnastica dolce anziani, integrazione scolastica alunni disabili ecc. vedi schede intervento per interventi principalmente mirati al sostegno dei care giver: servizi demenze, CAAD, sportello amministratore di sostegno, sportelli assistenza familiare, interventi nei primi 1000 giorni di vita, interventi a sostegno di care-giver di minorenni in situazioni di fragilità, dopo di noi, tutoring domiciliare ecc. inoltre, il sostegno ai care giver è un metodo di lavoro, praticato nei servizi sociali professionali e negli sportelli sociali come elemento cardine dell'accoglienza e della presa in carico



<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	unioni/Comuni del distretto azienda USL Distretto di Reggio Emilia gestori servizi associazioni Terzo Settore
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, Comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Approvato

### Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

<b>Razionale</b>	<p>L'integrazione delle due Aziende Sanitarie della provincia di Reggio Emilia, avvenuta il 1° luglio 2017 per effetto dei disposti dalla L.R. n. 9/2017, sotto il profilo assistenziale, si è concretizzata nell'unificazione dei 6 Stabilimenti ospedalieri, presenti nei Distretti territoriali, in un unico Presidio Ospedaliero provinciale organizzato in 8 Dipartimenti, la cui offerta di posti letto a gestione diretta risulta, al 31/12/2017, pari 1.517 posti letto complessivi a cui vanno aggiunti 185 posti letto presenti negli ospedali Privati Accreditati della Provincia. Il percorso di riordino avviato e' stato condiviso dalla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria (CTSS) del 19.10.2017, ove sono state poste le basi per la formulazione del nuovo Piano Attuativo Locale (PAL) Ospedaliero provinciale.</p> <p>Il Piano attuativo locale ospedaliero (PAL ospedaliero), in corso di redazione in collaborazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), rappresenterà il riferimento progettuale dei prossimi anni per quanto attiene il modello di funzionamento della rete ospedaliera, della struttura dell' offerta, delle soluzioni organizzative previste per rispondere in modo appropriato, tempestivo, efficiente, innovativo e integrato alla domanda di assistenza ospedaliera nella provincia di Reggio Emilia.</p> <p>A stralcio del futuro PAL è stato approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria, nella seduta del 20/11/2017, per l'Ospedale di C. Monti, il Programma "S. Anna Plus", che, facendo seguito agli indirizzi regionali di potenziamento e sviluppo delle attività clinico-assistenziali e di riqualificazione degli ospedali appenninici, prevede la realizzazione di una serie di interventi che anticipano, nella loro formulazione e realizzazione, le previsioni del futuro PAL provinciale</p>
<b>Descrizione</b>	Applicare gli standard nazionali di cui al DM n. 70/2015 e alla DGRER n. 2040/2015 in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale e all'integrazione con i servizi territoriali.
<b>Destinatari</b>	Pazienti del Servizio Sanitario Regionale, strutture dell'AUSL di RE, strutture del Privato Accreditato e i rispettivi professionisti.
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adeguamento della dotazione di posti letto con quanto previsto dal DM 70/2015 e dalla DGR n. 2040/2015.</li> <li>2. Adozione del modello organizzativo di riferimento. Il DM n. 70/2015 e la DGR n. 2040/2015 rappresentano i riferimenti per il modello organizzativo e per la rappresentazione dell'offerta nei singoli ospedali sulla base delle loro caratteristiche distintive.</li> </ol> <p>Il modello condiviso e' quello basato sulle Reti Ospedaliere (Hospital Network) in cui un gruppo di ospedali lavorano insieme per coordinare e sviluppare una qualificata offerta di prestazioni e servizi, integrata a livello extraospedaliero, rivolta alla comunità di riferimento, nel rispetto del service-mix che ciascuno di essi è in grado di assicurare e per valorizzare al contempo le professionalità presenti.</p> <p>In questa prospettiva alcuni ospedali saranno connotati come focused factories (unità produttive focalizzate) il cui obiettivo è quello concentrare in una singola sede una specifica</p>

	<p>produzione allo scopo di evitare che una sua frammentazione, tipologica ed erogativa ,su più ospedali impedisca di raggiungere adeguati standard quali-quantitativi, di meglio qualificare le competenze professionali e di aumentare l'efficienza dell'intero percorso assistenziale e di cura dei pazienti.</p> <p>Le focused factories coesistono con il modello di rete Hub &amp; Spoke e delle equipe itineranti, in quanto una singola equipe concentra la casistica più complessa nell'ospedale con il più ampio service-mix e, al tempo stesso, tratta la casistica più semplice in un ospedale di prossimità preventivamente assegnato. Le focused factories sono previste in vari ambiti non solo chirurgico ma anche nella diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione di determinate patologie o di transizione fra l'ospedale e le cure primarie.</p> <p>3. La riconfigurazione delle Reti cliniche secondo il modello organizzativo Hub &amp; Spoke coinvolge diverse aree tra cui, quelle prioritariamente previste nel nuovo PAL, sono l'area dell'Emergenza-Urgenza, l'area Oncologica, l'area Cardiologica e Cardiochirurgia, l'area delle Chirurgie generali e specialistiche, l'area Ortopedico-Traumatologica, l'area Gastroenterologica, l'area delle Neuroscienze e della Riabilitazione e l'area Materno-Infantile.</p> <p>L'integrazione tra rete ospedaliera e territorio dovrà evolvere verso un'unica rete in cui le primary care e le specialist care interagiscono nell'interno delle stesse reti cliniche e si interfacciano sia con le super-specialist care che con informal care e self care. Le competenze distintive delle cure specialistiche e delle cure primarie dovranno essere valorizzate nei percorsi degli assistiti, superando progressivamente la distinzione ospedale-territorio dettata dall'attuale strutturazione della rete dell'offerta.</p> <p>In questa direttiva prosegue lo sviluppo, nell'area delle cronicità, della rete delle cure palliative e la progressiva implementazione dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali sia oncologici che non oncologici, al cui interno operano in modo integrato i professionisti delle primary care e quelli delle specialist care, secondo una stratificazione dei bisogni e la definizione di funzioni specifiche.</p> <p>4. Il Programma "S. Anna Plus" prevede l'attuazione di interventi in diverse aree per ciascuna delle quali sono sviluppati specifici progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Area dell'Emergenza Urgenza</li> <li>- Area della Chirurgia elettiva e specialistica</li> <li>- Area Materno Infantile</li> <li>- Area della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.</li> </ul>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	<p>Le scelte e le azioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale sono il frutto di una progettualità condivisa fra l'AUSL di RE ed Enti Locali nell'ambito delle sedi istituzionali dedicate.</p>
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Mazzi Giorgio</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	
Specifico soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>Il tema della riorganizzazione della assistenza perinatale e delle prospettive dei punti nascita a bassi volumi di attività è molto dibattuto sia a livello nazionale che regionale. Nonostante lo straordinario progresso della medicina perinatale, ogni parto conserva inevitabilmente una quota di rischio ed eventi imprevedibili sono sempre possibili: un certo numero di gravidanze inaspettatamente possono complicarsi, e taluni neonati, in maniera del tutto imprevedibile, possono richiedere una qualche forma di rianimazione alla nascita. Per questo motivo, ad ogni parto deve essere presente personale esperto, in grado di affrontare le emergenze ostetriche e quelle neonatali attraverso interventi tempestivi ed appropriati. Non a caso le società scientifiche da sempre si sono impegnate nel promuovere la centralizzazione delle gravidanze in pochi punti nascita, dotati di personale esperto e di apparecchiature tecnologicamente avanzate. Tutta la letteratura internazionale ribadisce che l'eccessiva frammentazione delle nascite e la conseguente dispersione delle competenze, ostacola la possibilità di mantenere standard assistenziali ottimali.</p> <p>Del resto, già l'accordo "Stato-Regioni" del 16 dicembre 2010 identificava in 1000 parti/anno il numero minimo per mantenere in attività un punto nascita con la possibilità di deroghe a tali parametri solo in particolari condizioni, e comunque mai al di sotto dei 500 parti annui. Nel 2015 altri documenti ugualmente importanti (DM 70/2015, DM 11.11.2015, protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di deroga, e la DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione della rete ospedaliera sul territorio regionale) hanno ribadito la necessità di disporre di punti nascita ad elevati volumi di utenza (&gt; 1000parti annui), ma hanno previsto anche i criteri per poter attivare richieste di pdi deroga anche per punti nascita con volumi inferiori ai 500 parti all'anno.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>L'assistenza perinatale in provincia di Reggio Emilia, presenta alcune peculiarità: attualmente, dopo la chiusura del punto nascita di Castelnovo né Monti, sono attivi 4 Punti Nascita: il centro HUB ubicato presso l'ASMN, in grado di assistere anche le situazioni ostetriche e neonatologiche più gravi e complesse e 3 "Spoke" (punti nascita periferici) presenti nei presidi ospedalieri di Guastalla, Montecchio e Scandiano.</p> <p>Il livello qualitativo dell'assistenza erogata può essere considerato di primissimo piano, come testimoniato dall'ottima centralizzazione delle gravidanze a rischio, il ridotto numero di trasferimenti neonatali dalla periferia alla terapia intensiva neonatale (TIN), la riduzione marcata della mortalità neonatale (1,08‰ vs 1,61‰ della regione ER nel 2015).</p> <p>Recentemente il contesto socio-sanitario provinciale è radicalmente cambiato e due fenomeni sembrano avervi maggiormente contribuito:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calo demografico provinciale molto rilevante, con importante riduzione del tasso di natalità. L'andamento è simile a quello registrato a livello regionale e nazionale, ma in termini di valori assoluti il calo è particolarmente significativo nella nostra provincia con 1500 parti in meno nel decennio 2008-2017</li> </ol>

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

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

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

2. Elevato numero di punti nascita sia in rapporto alla popolazione che ai nati: nel panorama regionale (tab 2), in provincia di Reggio Emilia esiste il più elevato numero di punti nascita sia rispetto alla popolazione generale (1 punto nascita ogni 106.000 abitanti vs Bologna 1/252.000, Parma 1/150.000, Romagna 1/186.000), sia rispetto al numero di nati (1/810 nati vs Bologna 1/1961, Parma 1/1200 e Romagna 1/1400); ciò consente di asserire che il numero dei punti nascita provinciale sia verosimilmente sovradimensionato rispetto alle esigenze. Per mantenere una “clinical competence” adeguata, i 3823 nati del 2017 dovrebbero essere assistiti in non più di 2-3 stabilimenti ospedalieri

3. Tab 2 (In tabella si fa riferimento all’anno 2016, per non inficiare il dato essendo stato il 2017 un anno del tutto peculiare con la sospensione di attività di 3 punti nascita per un mese durante il periodo estivo e con la chiusura definitiva poi del punto nascita di Castelnuovo né Monti)

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

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

Conseguentemente, risulta evidente che, in ottemperanza all’accordo Stato-Regioni del 2010 ed al DM 70 del 2015, oltre che a tutte le raccomandazioni delle società scientifiche di settore, che indicano in 1000 parti/anno i volumi di attività minimi ed appropriati, in provincia di RE dovremmo procedere ad una riorganizzazione dei punti nascita provinciale con un loro accorpamento.

Alla luce dei dati epidemiologici e dei trend demografici, il Dipartimento Materno Infantile della provincia di Reggio Emilia (Position Statement del Febbraio 2017- Prot. 2017 N. 8595-, comunicato stampa del giugno 2017, e dell’ottobre 2017, ...), così come la Commissione percorso nascita regionale (delibera N. 1112 del 24/07/2017) aveva proposto la chiusura oltre che del Punto nascita di Castelnuovo Monti, anche quello di Scandiano, ma la Commissione sul Percorso Nascita Nazionale (CPNn) e il Ministero della Salute, analizzati tutti i dati aveva rigettato la richiesta di deroga per i Punti nascita montani della Regione Emilia Romagna (Borgo Val di Taro, Castelnuovo né Monti e Pavullo) (Prot. N. 2017/0092913 del 05.10.2017), e raccomandato invece per Scandiano, Mirandola e Cento uno stretto monitoraggio per ulteriori due anni prima di pervenire ad una decisione conclusiva, chiedendo però per tali presidi l’acquisizione dei requisiti di sicurezza e di efficacia. A parte l’ASMN che costituisce il centro HUB provinciale e quindi presenta tutti i requisiti idonei a garantire tale funzione con presenza, oltre a tutte le dotazioni tecnologiche e strutturali, di una guardia H24 ginecologica, anestesiologicala e neonatologica, attualmente l’organizzazione perinatale in provincia di Reggio Emilia è così strutturata:

- Guastalla: H 24 ginecologica, anestesiologicala e pediatrica
- Montecchio : H24 ginecologica ed anestesiologicala; il pediatra è presente all’interno del presidio nelle fasce orarie diurne feriali, mentre nelle fasce notturne e festive è prontamente reperibile. In attesa dell’arrivo del pediatra l’anestesista si occupa dell’assistenza al neonato
- Scandiano: H24 ginecologica ed anestesiologicala; fino al 15 febbraio 2018 il pediatra è stato presente all’interno del presidio nelle fasce orarie diurne feriali, mentre nelle fasce notturne e festive era prontamente reperibile. In attesa dell’arrivo del pediatra l’anestesista si occupava dell’assistenza al neonato

	<p>Nell'intero territorio provinciale sono inoltre attivi lo STAM (Protocollo n° 2013/0069072 del 10/07/2013 con revisione Protocollo n. 2015/0029664 del 28/12/2015) e lo STEN (Protocollo n. 2013/0018511 del 10/07/2013 con revisione Protocollo n. 2015/0029664 del 28/12/2015)</p>
<p><b>Destinatari</b></p>	
<p><b>Azioni previste</b></p>	<p>In particolare presso il PN di Scandiano, a fronte della deroga concessa dal ministero della salute e dalla regione, si è quindi proceduto ad una ricognizione dei requisiti strutturali, assistenziali e tecnologici presenti per verificarne il rispetto.</p> <p>Non sono state rilevate carenze strutturali e/o tecnologiche mentre, come noto, era presente una carenza di personale medico.</p> <p>I pediatri presenti erano 3, di cui una unità a servizio ridotto per "allattamento" ed esonerato dal turno notturno. Tali pediatri effettuano anche attività di pediatria di comunità per il distretto di Scandiano svolgendo le vaccinazioni e tutta le attività correlate alla medicina scolastica.</p> <p>E' stata quindi attivata la procedura per un bando di concorso per tutta la provincia di Reggio Emilia in area pediatrica (preceduta da regolare bando di trasferimento). Il bando è stato utilizzato anche per la copertura e stabilizzazione di altre figure pediatriche su tutto il territorio provinciale.</p> <p>In attesa dell'espletamento del concorso, i neonatologi dell'ASMN hanno accettato la proposta di effettuare turni di guardia notturna in "aggiuntiva", oltre ai turni ordinari effettuati presso l'ASMN. La necessità però di coprire i turni di guardia e di reperibilità presso la neonatologia, oltre che tutte le attività ordinarie del reparto, e la necessità al contempo di rispettare la legge 161 del 2014 sul rispetto dell'orario di lavoro, non ha permesso di coprire tutti i turni e garantire così l'H24 completo 7 giorni su 7. Con le forze disponibili è stato quindi possibile garantire la copertura dell'H24 per 5 giorni a settimana. Nei weekend è stata quindi mantenuta la presenza del pediatra per alcune ore al mattino ed in reperibilità nelle fasce pomeridiane e notturne.</p> <p>Dal 15 febbraio 2018 quindi l'attività pediatrica H24 è coperta per 5 giorni a settimana.</p> <p>Una unità pediatrica per Scandiano è stata acquisita prima del concorso, attraverso un trasferimento extra-provinciale. Purtroppo dopo la fine delle procedure concorsuali, ad oggi gli altri 2 posti in organico su Scandiano non sono stati coperti in quanto non ci sono stati candidati idonei disponibili in tal senso. Diversi candidati hanno infatti rifiutato il posto di ruolo, preferendo prospettive lavorative alternative sopraggiunte da altre province.</p> <p>Dal 18 giugno pv, in assenza di sviluppi ulteriori, e con la necessità di consentire l'effettuazione anche delle ferie al personale presente, nell'impossibilità di garantire i turni lavorativi, si tornerà alla pronta reperibilità negli orari notturni e festivi.</p> <p>Contemporaneamente in provincia sono state messe in atto numerose strategie volte al miglioramento globale dell'assistenza perinatale.</p> <p>Sono stati realizzati audit provinciali specifici in ambito ostetrico volti al contenimento dei tassi di cesarizzazione e di induzione con risultati soddisfacenti (riduzione dei TC in ASMN dal 32,0% del 2016 al 27,1% nel 2017)</p> <p>Si è implementata l'assistenza ostetrica in autonomia alla gravidanza fisiologica passata sempre in ASMN dal 27,3 del 2016 al 28,5% del 2017.</p> <p>Le procedure STEN e STAM proseguono regolarmente ed anzi sono stati implementate le attività di monitoraggio ed audit delle stesse.</p> <p>La centralizzazione delle gravidanze a rischio, è procedura ormai consolidata e sono stati realizzati percorsi facilitanti per agevolare l'utenza oltre che i professionisti. L'obiettivo di tali percorsi è quella di assicurare l'assistenza ottimale a ciascuna coppia madre/bambino riducendo i rischi connessi alla nascita, ma anche il disagio che comporta il trasferimento lontano da casa per intere famiglie</p> <p>In particolare è proseguita l'integrazione tra ospedale e territorio con la turnazione di ginecologi ospedalieri sui consultori provinciali per l'effettuazione degli screening gravidici ed in particolare del Bitest.</p> <p>Per il distretto montano, che ha visto la recente chiusura del punto nascita di CnM, si è proceduto ad elaborare un programma ad hoc volto a garantire una assistenza ottimale nel percorso nascita e che prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istituzione del registro gravidanze distrettuale con mappatura e monitoraggio attivo delle gravidanze presenti sul territorio seguite sia dal Servizio Salute donna che da eventuali studi privati;</li> </ol>

	<p>2. potenziamento dell'attività del consultorio familiare;</p> <p>3. riorganizzazione e potenziamento dell'attività dell'ambulatorio della gravidanza a termine;</p> <p>4. potenziamento dell'attività di emergenza territoriale con una ambulanza aggiuntiva infermieristica;</p> <p>5. attivazione del trasporto assistito con ostetrica h24;</p> <p>6. mantenimento percorso STEN;</p> <p>7. istituzione di un percorso di accoglienza dedicato nella struttura Hub;</p> <p>8. Progetto di "home visiting" alle donne durante i primi giorni dopo la dimissione ospedaliera per una individualizzazione della cura della puerpera e del neonato</p> <p>9. piano di formazione permanente:</p> <p>a. del personale ostetrico presso il centro hub per il mantenimento delle competenze necessarie per la gestione delle emergenze ostetriche;</p> <p>b. del personale del DEU sul parto precipitoso;</p> <p>c. dei pediatri e degli anestesisti per il mantenimento delle competenze necessarie in caso di attivazione del percorso STEN.</p> <p>E' proseguita la condivisione di protocolli e procedure tra Hub e Spoke all'interno della rete del PIAMI, sia in ambito ostetrico che pediatrico/neonatologico.</p> <p>Gli ambulatori di "latte e coccole" sono attivi in tutti i distretti provinciali, a sostegno dell'allattamento al seno. I risultati non soddisfacenti in questo ambito hanno portato ad un processo di audit con revisione di tutte le procedure in atto nella intera provincia, attraverso un progetto che ha coinvolto il Dipartimento materno Infantile e le Cure Primarie.</p> <p>Sono stati calcolati i tassi di allattamento alla dimissione dei punti nascita (ved. grafico) e valutato il calo marcato nei primi mesi di vita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allattamento esclusivo a 3 mesi: 45%</li> <li>- allattamento esclusivo a 5 mesi: 23%</li> </ul> <p>Alla luce di queste verifiche sono state messe in atto strategie idonee per l'implementazione con una formazione specifica (20 ore UNICEF) ed una FAD realizzata per tutti i professionisti coinvolti (ostetriche, pediatri, ginecologi, neonatologi, psicologhe, PIS,...)</p> <p>Infine a causa dell'incremento delle gravidanze patologiche ed in particolare di quelle multiproblematiche è stato creato un PDTA specifico con il coinvolgimento dell'ospedale ma anche del territorio con i sanitari dei consultori, dell'assistenza sanitaria e sociale provinciale, del SID, dei PIS con l'obiettivo di creare percorsi facilitanti ed una presa in carico globale delle situazioni di disagio psico-fisico e sociale .</p>
<p><b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b></p>	
<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Giancarlo Gargano</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## RIVISITARE E QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO A BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI

Approvato

### 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>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	<p>L'attenzione ai minori, ai loro bisogni evolutivi, alle loro traiettorie di vita, nonché l'attenzione agli aspetti di integrazione socio-sanitaria e di lavoro di rete sono stati oggetto di investimento in questi anni.</p> <p>Sono stati allestiti i luoghi organizzativi previsti nell'accordo di programma famiglie e minori: le equipe integrate e le Uvm sono dispositivi organizzativi a supporto dell'integrazione e volti sempre più a garantire interventi tempestivi e appropriati.</p> <p>Gli interventi sono stati orientati a salvaguardare il più possibile i legami familiari e le collocazioni fuori famiglia sono state numericamente contenute ed utilizzate come estrema ratio.</p> <p>Si sono sperimentati approcci innovativi (PIPPI) nel lavoro con le famiglie negligenti che hanno consentito di introdurre modalità e strumenti interessanti e di declinare operativamente l'approccio bio-psico-sociale. Le valutazioni sul sistema di funzionamento complessivo ravvisano però che oggi c'è la necessità di rafforzare maggiormente l'appropriatezza e la congruità/tempestività degli interventi, l'intercettazione precoce delle situazioni di sofferenza, l'investimento sulla qualificazione degli operatori e la necessità di alta specializzazione.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il sistema di accoglienza deve essere collocato lungo un continuum che va dalle situazioni di vulnerabilità di famiglie e minori fino alle aree più complesse ed esposte del disagio e della psicopatologia. Le fragilità economiche ed educative esprimono sofferenze nascoste, che se intercettate precocemente possono prevenire situazioni gravi di maltrattamenti e abusi, affiancando e accompagnando i genitori e i contesti verso forme più competenti e supportive. Il miglioramento del sistema di accoglienza parte dal miglioramento delle competenze di analisi e progettazione degli operatori e delle risposte specialistiche e clinico- terapeutiche per le situazioni ad alta complessità. Parimenti è necessario sviluppare connessione tra strumenti di analisi e progettazione con strumenti di valutazione degli esiti. Gli strumenti vanno individuati in linea con quanto già esistente e sperimentato e utilizzati con sistematicità.</p> <p>E' necessario rivisitare il sistema di accoglienza nel suo complesso per verificarne le competenze, le necessità di miglioramento, le congruità con le situazioni di alta complessità sociale e sanitaria che si affacciano ai servizi. Particolare attenzione verrà posta ai soggetti vittime di traumi. E' necessario inoltre migliorare la governance complessiva e l'integrazione tra diverse parti e organizzazioni dei sistemi pubblici e dei sistemi pubblici in raccordo con il privato sociale</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</p>



	di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità.
<b>Azioni previste</b>	<p>Allestimento di contesti formativi tra sociale e sanitario, pubblico e privato per migliorare le conoscenze degli orientamenti di lavoro e dei nuovi riferimenti normativi e per aumentare le competenze di analisi, progettazione, valutazione degli operatori.</p> <p>Allestimento di percorsi formativi e di supervisione per aumentare le competenze specialistiche e corrispondere maggiormente alle esigenze di cura e trattamento terapeutico</p> <p>Individuazione di strumenti utili tra quelli già sperimentati e loro implementazione per migliorare la capacità di analisi, progettazione, valutazione.</p> <p>Diffusione dell'utilizzo degli indicatori di rischio e protezione per l'analisi e la valutazione delle situazioni</p> <p>Monitoraggio dei casi complessi</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, educative, sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Poli sociali, AUSL, cooperazione, privato sociale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Daniela Scrittore, Germana Corradini, Francesco Micella, Gabriela Gildoni
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 3.074.283,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **295.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **171.218,77 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*fondo nazionale MSNA*): **400.000,00 €**

Risorse comunali: **2.208.064,23 €** di cui:

- Reggio Emilia: **2.208.064,23 €**

**Indicatori locali: 0**

## Rivisitare e qualificare il sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni in situazioni di disagio grave e vulnerabilità

Approvato

### 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>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifico soggetto capofila	<b>NPIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	Assicurare la attuazione e garantire la continuità dei percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multi-professionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari.
<b>Descrizione</b>	<p>: Il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche ha definito, in termini di riserva oraria di Dirigenti Psicologi, le risorse dedicate alla progettazione, realizzazione e governo degli interventi realizzati in stretta integrazione con i Servizi Sociali Territoriali. La Responsabilità di tali risorse è individuata come Struttura Operativa Semplice, e l'attribuzione degli ambiti di intervento è articolata a livello distrettuale.</p> <p>Gli Accordi di Programma Distrettuali individuano le modalità di attuazione degli interventi integrati, in riferimento ai principi individuati nelle direttive regionali. Direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm); linee di linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e ado-lescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013); delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). L'attività integrata comprende l'impegno ad approfondire lo studio dei casi di sofferenza psicosociale dei minorenni in ottica di possibile intervento di prevenzione ed aggiornare i sistemi informativi che rilevano la casistica potenziando il raccordo tra i servizi territoriali al fine di ottimizzare gli strumenti di raccolta e analisi dei dati.</p> <p>Il monitoraggio dell'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni. Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa inter-istituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni. La committenza sarà coordinata a livello delle CTSS che si avvarrà dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19).</p> <p>L'attuazione di iniziative di formazione di base e specialistica congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il la-voro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate in situazioni ad alta complessità.</p> <p>Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro pro-tagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie.</p> <p>Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato</p> <p>Sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno</p>

	nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18.
<b>Destinatari</b>	DESTINATARI: Utenti in età 0-18 anni che si trovi in situazione di disagio e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.
<b>Azioni previste</b>	Consolidamento delle azioni in essere, qualificazione professionale del personale assegnato alla unità operativa.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Interventi integrati sociali-sanitari in tema di contrasto alla violenza di genere.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott. Micella
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---



---

**Indicatori locali: 0**

---

## SALUTE SESSUALE

Approvato

## 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>
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'età adolescenziale rappresenta un periodo di rischio di gravidanze indesiderate (con conseguente possibile IVG) e di gestione inadeguata e non serena della sessualità. Occorre predisporre interventi educativi e di sostegno per una procreazione responsabile
<b>Descrizione</b>	In provincia di Reggio Emilia sono da tempo presenti due Spazi Giovani a Reggio e a Castelnovo Monti; in base agli indirizzi della Regione Emilia-Romagna vengono istituiti spazi giovani (14-19 anni) anche negli altri 4 distretti (Montecchio, Scandiano, Correggio e Guastalla), con presenza di ostetrica, ginecologo e psicologo (al bisogno). Per l'utenza 20-34 anni viene attivato un monitoraggio specifico della casistica
<b>Destinatari</b>	Servizi di Cure Primarie e della medicina convenzionata
<b>Azioni previste</b>	Consulenza ostetrico-ginecologica, gratuita e senza bisogno di prenotazione, a sostegno delle scelte contraccettive, per prevenire IVG e sostenere una procreazione consapevole. Per alcune fasce d'età e precisi fattori di rischio è prevista la distribuzione diretta di presidi contraccettivi.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	La promozione di una sana sessualità e affettività è legata all'azione messa in atto dai servizi scolastici e educativi
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Enti locali, servizi educativi e scolastici
<b>Referenti dell'intervento</b>	Direttore del Programma Materno Infantile
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

## SERVIZI A SOSTEGNO DEL PROGRAMMA INDIVIDUALIZZATO DI VITA E CURE: PASTI, TRASPORTI, TELESOCCORO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari  
20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>fornire i servizi necessari per la permanenza a domicilio di persone con fragilità (pasti, telesoccorso/Teleassistenza), in particolare anziani e disabili</p> <p>fornire i servizi necessari per la mobilità (trasporto anziani e disabili)</p>
<b>Descrizione</b>	<p>PASTI A DOMICILIO: oltre ai pasti al centro diurno tutti i comuni e le Unioni del distretto forniscono i pasti a domicilio con sistemi organizzativi diversi (alcuni come servizio a se stante, altri come servizio accessorio all'assistenza domiciliare) dietro progetto di servizio. il FRNA interviene a sostegno dei pasti con tariffa agevolata per persone non autosufficienti;</p> <p>TRASPORTO ANZIANI E DISABILI: organizzato con gestori differenti in tutte le unioni/comuni del distretto. per gli anziani garantiti i trasporti al Centro diurno, per i disabili anche al lavoro e al tempo libero. il FRNA interviene per anziani non autosufficienti e disabili con le regole date</p> <p>TELESOCCORSO/TELEASSISTENZA assicurato con sistemi innovativi da uno dei gestori dell'assistenza domiciliare accreditata</p>
<b>Destinatari</b>	persone con fragilità, in particolare anziani e disabili, loro care-givers
<b>Azioni previste</b>	mantenimento servizio, nuove gare per rinnovi
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Comuni/unioni del distretto, FCR,</p> <p>ausl reggio emilia</p> <p>CAAD</p> <p>GESTORI DEI VARI SERVIZI</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano, comune reggio emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## SERVIZI DEMENZE: SOSTEGNO ALLA TENUTA FAMILIARE

Approvato

### 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>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
<b>Descrizione</b>	Nell'ambito della cura e assistenza della demenza senile si è sviluppato (in collaborazione con un Ente del Terzo Settore) un sistema prevalentemente incentrato sui care-giver e sulla loro tenuta e benessere con l'elaborazione di diversi servizi "leggeri" e flessibili di raccordo con la rete dei servizi "pesanti" della rete.
<b>Destinatari</b>	persone con problemi di demenza senile, loro famiglie e care-giver, sistema dei servizi sociali e socio-sanitari
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CENTRO D'ASCOLTO: contatto telefonico (con numero dedicato) o diretto con cittadini e operatori dei servizi: informazioni, consulenza, elaborazione dell'accettazione della malattia, orientamento alla rete dei servizi</li> <li>2. GRUPPI DI SOSTEGNO A FAVORE DI FAMILIARI "PRENDERSI CURA DI CHI CURA": informazione, sostegno emotivo e psicologico, creazioni di rete tra familiari, auto/mutuo-aiuto</li> <li>3. CONSULENZE LEGALI</li> <li>4. INCONTRI SUL TERRITORIO "VICINI NELLA CURA" per informare e sensibilizzare sui temi della demenza</li> <li>5. CAFFE' INCONTRO (ex CAFFE' ALZHEIMER) incontri con cadenza settimanale con anziani affetti da demenza e loro care-giver i luoghi di socializzazione "normali" (Centri sociali anziani del territorio) e con varie attività socializzanti, informative, ricreative e conviviali.</li> <li>6. TEMPO D'INCONTRO "VOLONTARIATO E COMUNITA' INSIEME PER LA DEMENZA" integrato con POMERIGGI IN PALAZZINA: due pomeriggi alla settimana con attività occupazionale (ad es. creazione di oggetti artigianali, attività artistiche manuali, attività di giardinaggio, preparazione del minestrone, della macedonia, dei biscotti); di socializzazione (ad es. tombola, gioco delle carte, giochi di società, musica, canti e balli, passeggiate, cabaret); di stimolazione mnestica e/o reminiscenza (ad es. il laboratorio della memoria attraverso le fotografie, il racconto della propria storia di vita, esercizi di facile esecuzione); di stimolazione psico-motoria (ad es. la partecipazione a momenti di attività fisica guidata).</li> </ol> <p>Attraverso le attività crea un'opportunità di stimolazione delle abilità cognitivo-percettivo-motorie e manuali residue nelle persone malate e di condivisione di momenti ludici, di svago e di socializzazione tra tutti i partecipanti.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. VARIE INIZIATIVE DI PROMOZIONE E SENSIBILIZZAZIONE, tra cui una rassegna cinematografica nel mese di settembre</li> </ol>

<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	UNIONI/COMUNI DEL DISTRETTO AUSL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA AIMA, AUSER, EMMAUS, ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE
<b>Referenti dell'intervento</b>	
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SERVIZI DI ACCOGLIENZA FAMILIARE E RESIDENZIALE PER MINORI E PER MADRI CON BAMBINI UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	BAMBINI E ADOLESCENTI CHE NECESSITANO TEMPORANEAMENTE DI UN COLLOCAZIONE ESTERNA AL NUCLEO FAMILIARE D'ORIGINE; FAMIGLIE DISPONIBILI ALL'AFFIDO E/O ALL'ADOZIONE
<b>Azioni previste</b>	VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO IN U.V.M. UN ACCORDO CON L'AUTORITA' GIUDIZIARIA; DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DELL'INTERVENTO, MODALITA' TEMPI VERIFICA; PROGETTI CON LE FAMIGLIE D'ORIGINE PER IL RAFFORZAMENTO DELLE CAPACITA' GENITORIALI; MONITORAGGIO PERIODICO DEL PROGETTO; INCONTRI INFORMATIVI/FORMATIVI PER COPPIE E/O SINGOLI DISPONIBILI AD AFFIDO/ADOZIONE; ISTRUTTORIA , ELABORAZIONE, GESTIONE MONITORAGGIO DEL PROGETTO DI ACCOGLIENZA; AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE DEL TERRITORIO ALL'ACCOGLIENZA;
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE EDUCATIVE, SANITARIE, ABITATIVE, DI INCLUSIONE
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ASL, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, COOPERATIVE SOCIALI, FAMIGLIE PER L'EMERGENZA
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

**Totale preventivo 2018: € 323.735,00** (esclusa compartecipazione utenti: € 319.271,00)

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **106.429,85 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **29.221,41 €**

- Compartecipazione utenti: **4.464,00 €**



- Unione di comuni (*UNIONE TERRA DI MEZZO*):**183.619,74 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SERVIZI DI PROSSIMITA'

Approvato

### Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;</b>

<b>Razionale</b>	<p>il Servizio di prossimità, si contestualizza nel sostegno del ambito delle politiche di riduzione del danno sociale e sanitario, svolgendo una funzione di complementarità con gli altri interventi. Il servizio a forte valenza socio-educativa si caratterizza per la presenza di operatori nei contesti urbani, sociali e comunitari, per promuovere e coordinare attività e interventi di riduzione dei danni e dei rischi, nei confronti sia di singoli utenti/cittadini sia di specifici contesti territoriali.</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Il servizio svolge funzioni di prevenzione selettiva, operando in particolare per la riduzione dei danni sociali e sanitari per le persone in strada; la ricerca di una maggiore inclusione sociale e coesione sociale; la gestione e il controllo del fenomeno nel più ampio quadro della sicurezza e della sanità pubblica; lo sviluppo di azioni sui contesti difficili volte alla prevenzione e sicurezza dei territori, la riduzione dei rischi legati agli Eventi pubblici formali e informali, la riduzione del danno sanitario.</p> <p>il servizio si caratterizza per la presenza di operatori in strada, e nei luoghi di consumo, là dove sono più evidenti le probabilità di episodi di abuso - che risultano necessariamente più frequenti dove i consumi accompagnano e fanno parte di una "cultura" del divertimento e/o del divertimento notturno - l'emarginazione sociale (e l'emarginazione di strada in particolare), costituita da fasce e segmenti diversi di popolazione che rappresentano un target a rischio elevato, sotto più di un profilo.</p> <p>I contesti di riferimento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i gruppi a rischio</li> <li>i luoghi del divertimento</li> <li>le aree della marginalità</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<p>giovani, adulti e comunità locale.</p> <p>luoghi del divertimento</p>
<b>Azioni previste</b>	<p>Area interventi territoriali e promozione delle competenze:mappatura costante delle aggregazioni giovanili, in collegamento con le realtà aggregative formali ed informali del territorio e una condivisione con i Poli Sociali Territoriali e i servizi di riferimento;</p> <p>attivazioni verso gruppi giovanili con caratteristiche di disagio sociale/educativo, con comportamenti a rischio e difficoltà di relazione con le realtà del territorio, finalizzate a sviluppare il contatto, l'aggancio, la promozione delle competenze individuali e di gruppo, l'accompagnamento e la partecipazione attiva ai contesti di vita (anche attraverso proposte culturali ed aggregative).</p> <p>Area dei luoghi del loisir: in linea con le priorità concordate con l'amministrazione comunale, in funzione dei cambiamenti dei luoghi e degli stili di consumo e in funzione dei periodi dell'anno, in condivisione con lo staff delle coordinatrici dei Poli e con il SerT, attiverà interventi nei luoghi del divertimento tesi al miglioramento delle competenze delle persone che vi partecipano, alla riduzione dei rischi socio-sanitari, all'accompagnamento e informazione sui servizi socio sanitari. Eventuali iniziative legate ad eventi particolari</p>

	<p>Area della dipendenza: le attività a sostegno di questa area fungono da collante strategico nel quadro degli interventi volti alla riduzione del danno e/o dei rischi. La forte sinergia con il sistema dei servizi attivi, i progetti territoriali sulle aree più critiche della città, sono oggetto specifico del mandato operativo. attiverà interventi di orientamento e di accompagnamento ai servizi a favore di persone con problematiche legate alla dipendenza e alla marginalità ad essa correlata. Gli operatori di strada, professionisti disposti alla relazione informale con le persone tossicodipendenti attive, realizzeranno azioni di contatto nei luoghi della loro aggregazione spontanea (giardini, piazze, ...); svolgeranno funzioni di accoglienza a bassa soglia e distribuzione di materiale sterile (all'occorrenza) in precise fasce orarie e zone del territorio precedentemente mappate. Connessioni con operatori drop in e sert soglia.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Interventi in collaborazione con il SERT di Reggio Emilia, Iniziative collegate alla scuola, Politiche di inclusione e sicurezza sociale, Officina Educativa</p>
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	<p>Ausl RE (SERdp e Csm, Ospedale), Privato Sociale, Forze dell'Ordine, Agenzie educative del territorio, servizi sociali</p>
<b>Referenti dell'intervento</b>	<p>Germana Corradini, Comune di Reggio Emilia, tel 0522/456833, e-mail: germana.corradini@municipio.re.it</p>
<b>Risorse non finanziarie</b>	<p>reti di volontariato informale attivato dalla cooperativa</p>

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

**Indicatori locali: 0**

## SERVIZI DI PROSSIMITA' PER L'INCLUSIONE DI MINORI CON DISABILITA'

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>DAR VOCE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	Garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza. A questo scopo, nel settore sociale e sanitario devono essere garantiti servizi e programmi che abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e delle abilità di ciascuno, nonché facilitino la partecipazione e l'integrazione nella comunità e in tutti gli aspetti della società, nei luoghi più vicini possibili alle comunità di appartenenza.
<b>Descrizione</b>	Attraverso percorsi di tutoraggio personalizzati, si favorisce l'inserimento di minori con disabilità e più in generale, che presentano fragilità, in contesti normalizzanti quali risultano essere polisportive e associazioni che promuovono attività fisica sportiva non competitiva. L'inclusione di minori con fragilità in ambito sportivo, oltre all'educazione relativa allo stile di vita, costituisce un prezioso momento di interazione comunitarie che costituiscono un potenziale di opportunità di spontanea attivazione di risorse sociali inaspettate e non programmabili, altamente auspicate.
<b>Destinatari</b>	Utenti con disabilità e fragilità e familiari
<b>Azioni previste</b>	Tavoli di progettazione, Incontri di monitoraggio, Formazione tutor, attivazione reti di volontariato, individuazione partner di progetto, comunicazione e informazione alla cittadinanza.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche comunali per lo Sport/politiche scolastiche,
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	DAR VOCE, MEDICINA DELLO SPORT, SCUOLE, OFFICINA EDUCATIVA, COOPERAZIONE SOCIALE, ASSOCIAZIONI VARIE
<b>Referenti dell'intervento</b>	Cristina Ferrarini (Dar Voce), Mario Asti (npia)
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**


---



---

**Indicatori locali: 0**


---

## Servizi Educativi Territoriali: GET Reggio Emilia

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Consolidare la rete di servizi territoriali presenti in città (Spazi Educativi Interdisciplinari per la scuola primaria e Gruppi Educativi Territoriali per la scuola secondaria di primo grado) in sinergia e coprogettazione con gli Istituti comprensivi cittadini al fine di potenziare e qualificare la progettazione didattica, verso una scuola più accogliente, innovativa ed inclusiva.
<b>Descrizione</b>	Il Comune di Reggio Emilia, tramite il Servizio Officina Educativa, predispone spazi interni o esterni ai locali scolastici da adibire come luoghi di relazione, ricerca, apprendimento e partecipazione dei ragazzi iscritti e delle loro famiglie. La gestione di questi spazi è affidata a cooperative qualificate nella progettazione educativa 6\14 anni La scuola è protagonista attiva in una coprogettazione costante tra educatori ed insegnanti che spazia tra i tempi del mattino (con la presenza degli educatori in classe) e quelli del pomeriggio dove sia i ragazzi iscritti che, su appuntamenti concordati, i non iscritti possono partecipare ad approfondimenti, sperimentazioni e ricerche.
<b>Destinatari</b>	Bambini dai 6 agli 11 anni per i S.E.I. e ragazzi dagli 11 ai 14 anni per i G.E.T. La fascia interessata per il progetto adolescenza è quella partire dagli 11 anni, ma la progettazione deve essere intesa in linea di continuità tra scuola primaria e secondaria
<b>Azioni previste</b>	- attività annuali connesse con il curricolo scolastico sia in orario curricolare che extra – curricolare, incentrate sulla partecipazione di ragazzi e famiglie, sull'innovazione e sulla ricerca didattica.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali e politiche di inclusione
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Istituti comprensivi della città Poli sociali territoriali Architetti di quartiere Istituzioni culturali cittadine
<b>Referenti dell'intervento</b>	Paola Cagliari
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE DI ALUNNI CON DISABILITA' CADELBOSCO DI SOPRA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>ASP</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA OPUS CIVIUM</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Favorire un percorso di integrazione scolastica degli alunni in situazione di disabilità.
<b>Descrizione</b>	Sostegno all'autonomia e alla comunicazione degli alunni in situazione di disabilità.
<b>Destinatari</b>	Bambini frequentanti le scuole comunali dell'infanzia, scuola primaria e scuola secondaria di 1° grado ed extrascolastici strutturati o del tempo libero.
<b>Azioni previste</b>	Interventi finalizzati all'autonomia ed alla comunicazione durante le ore di frequenza delle scuole di ogni ordine e grado in coerenza con quanto previsto nel P.E.I. Integrazione con la famiglia e le risorse formali delle istituzioni coinvolte; attivazione all'interno della classe, o con piccoli gruppi di compagni di classe, di percorsi laboratoriali allo scopo di creare contesti facilitanti la socializzazione.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Diffondere e sostenere la cultura del diversamente abile come soggetto portatore di differenze e abilità diverse. Elaborazione dei relativi progetti (PEI) con tutti i soggetti che concorrono a formulare il progetto di vita.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Cadelbosco di Sopra (servizio scuola), Area sociale Unione "Terra di Mezzo", Istituto Comprensivo, altri interlocutori terzi, AUSL-neuropsichiatria infantile, Associazioni.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Barbara Piazza Direttore Generale ASP "Opus Civium". tel. 0522/682591 email: b.piazza@asp-opuscivium.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Referenti Comunali, Assistente Sociale dell'Unione, Referenti Asp "Opus Civium", Insegnanti di sostegno dell'I. Comprensivo, e delle altre scuole interessate, educatori delle Cooperative sociali, altre figure specialistiche necessarie (logopedista, fisioterapista, ecc...).

**Totale preventivo 2018: € 95.000,00**

- Altri fondi statali/pubblci (LEGGE 104/1992): **3.400,00 €**

**Risorse comunali: 91.600,00 € di cui:**

- COMUNE DI CADELBOSCO DI SOPRA: **91.600,00 €**

**Indicatori locali: 0**

## SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE DI ALUNNI CON DISABILITA' CASTELNOVO DI SOTTO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>ASP</b>
Specifica soggetto capofila	<b>AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA OPUS CIVIUM</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Favorire un percorso di integrazione scolastica degli alunni in situazione di disabilità.
<b>Descrizione</b>	Sostegno all'autonomia e alla comunicazione degli alunni in situazione di disabilità.
<b>Destinatari</b>	Bambini frequentanti le scuole comunali dell'infanzia, scuola primaria e scuola secondaria di 1° e 2° grado.
<b>Azioni previste</b>	Interventi finalizzati all'autonomia ed alla comunicazione durante le ore di frequenza delle scuole di ogni ordine e grado in coerenza con quanto previsto nel P.E.I. Integrazione con la famiglia e le risorse formali delle istituzioni coinvolte; attivazione all'interno della classe, o con piccoli gruppi di compagni di classe, di percorsi laboratoriali allo scopo di creare contesti facilitanti la socializzazione.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Diffondere e sostenere la cultura del diversamente abile come soggetto portatore di differenze e abilità diverse. Elaborazione dei relativi progetti (PEI) con tutti i soggetti che concorrono a formulare il progetto di vita.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune di Castelnovo di Sotto (servizio scuola), Dipartimento Area sociale Unione "Terra di Mezzo", Istituto Comprensivo, altri interlocutori terzi (Scuola parrocchiale Villa Gaia, ecc...), AUSL-neuropsichiatria infantile, Associazioni, ecc...
<b>Referenti dell'intervento</b>	Barbara Piazza Direttore Generale ASP "Opus Civium". tel. 0522/682591 email: b.piazza@asp-opuscivium.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Assistente Sociale dell'Unione, Referenti Asp "Opus Civium", Insegnanti di sostegno dell'I.Comprendivo, e delle altre scuole interessate, educatori delle Cooperative sociali, altre figure specialistiche necessarie (logopedista, fisioterapista, ecc...).

**Totale preventivo 2018: € 90.000,00**

- Altri fondi statali/pubblci (LEGGE 104/1992): **3.000,00 €**

Risorse comunali: **87.000,00 €** di cui:

- COMUNE DI CASTELNOVO DI SOTTO: **87.000,00 €**

**Indicatori locali: 0**

## SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE DI ALUNNI CON DISABILITA' ALBINEA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>ALBINEA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	Garantire il diritto allo studio e l'inclusione sociale
<b>Descrizione</b>	Assistenza ed integrazione educativa-scolastica e ricreativa (centri estivi) di alunni diversamente abili
<b>Destinatari</b>	Bambini e ragazzi diversamente abili frequentanti servizi prescolari e scolari
<b>Azioni previste</b>	Affiancamento di educatori professionali a bambini e ragazzi diversamente abili per garantire l'inclusione e l'integrazione scolastica e nelle attività ricreative estive
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Diritto allo studio Coordinamento Pedagogico Servizi sociali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Istituti Comprensivi Scuole secondarie di secondo grado Servizi prescolari soggetti gestori di centri estivi
<b>Referenti dell'intervento</b>	D.ssa Clementina Pedrazzoli
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 204.099,00**

---

- Altri fondi regionali (L.R.26/2001): **12.699,00 €**

Risorse comunali: **191.400,00 €** di cui:

- ALBINEA: **191.400,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---



## SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE DI ALUNNI CON DISABILITA' BAGNOLO IN PIANO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI BAGNOLO IN PIANO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Favorire un percorso di integrazione scolastica degli alunni in situazione di disabilità.
<b>Descrizione</b>	Sostegno all'autonomia e alla comunicazione degli alunni in situazione di disabilità.
<b>Destinatari</b>	Alunni disabili.
<b>Azioni previste</b>	Assegnazione di personale professionalmente qualificato per svolgere servizi socio-educativi e/o socio-assistenziali a favore degli alunni disabili.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comune, Cooperative sociali, Istituti scolastici frequentati da alunni disabili.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Angela Ficarelli Responsabile del Settore Servizi Educativi ficarelli.angela@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Addetti ai servizi socio-educativi e socio-assistenziali con qualifica professionale specifica, reclutati attraverso esperimento di gara d'appalto (Cooperative sociali).

---

**Totale preventivo 2018: € 109.254,00**


---

- Altri fondi regionali (DGR N. 1727/2017): **11.944,00 €**

Risorse comunali: **97.310,00 €** di cui:

- COMUNE DI BAGNOLO IN PIANO: **97.310,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---

## SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE DI ALUNNI CON DISABILITA' QUATTRO CASTELLA

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>QUATTRO CASTELLA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	Garantire il diritto allo studio e l'inclusione sociale
<b>Descrizione</b>	Assistenza ed integrazione educativa-scolastica e ricreativa (centri estivi) di alunni diversamente abili
<b>Destinatari</b>	Bambini e ragazzi diversamente abili frequentanti servizi prescolari e scolastici
<b>Azioni previste</b>	Affiancamento di educatori professionali a bambini e ragazzi diversamente abili per garantire l'inclusione e l'integrazione scolastica e nelle attività ricreative estive
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Diritto allo studio Coordinamento pedagogico Servizi Sociali
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Istituti Comprensivi Scuole secondarie di secondo grado Servizi prescolari Gestori campigioco
<b>Referenti dell'intervento</b>	D.ssa Sara Davoli
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 205.000,00**


---

- Altri fondi regionali (L.R.26/2001): **26.000,00 €**

Risorse comunali: **179.000,00 €** di cui:

- QUATTRO CASTELLA: **179.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---

## SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE DI ALUNNI CON DISABILITA' VEZZANO S/c

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>VEZZANO SUL CROSTOLO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	Garantire il diritto allo studio e l'inclusione sociale
<b>Descrizione</b>	Assistenza ed integrazione educativa-scolastica di alunni diversamente abili
<b>Destinatari</b>	Bambini e ragazzi diversamente abili frequentanti servizi prescolari e scolastici
<b>Azioni previste</b>	Affiancamento di educatori professionali a bambini e ragazzi diversamente abili per garantire l'inclusione e l'integrazione scolastica
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Diritto allo studio Coordinamento pedagogico
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Istituti Comprensivi Servizi prescolari
<b>Referenti dell'intervento</b>	D.ssa Paola Incerti
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 51.500,00**

---

Risorse comunali: **51.500,00 €** di cui:

- VEZZANO SUL CROSTOLO: **51.500,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	programmazione area anziani
<b>Descrizione</b>	vedi accordo di programma area anziani
<b>Destinatari</b>	anziani non o parzialmente non autosufficienti del distretto
<b>Azioni previste</b>	vedi accordo di programma area anziani
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/unioni del distretto azienda usl distretto di reggio emilia
<b>Referenti dell'intervento</b>	Monica Gabbi, Responsabile SAA monica.gabbi@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## SERVIZIO DI AIUTO ALLA PERSONA - SAP ED EXTRATIME UCM

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COLLINE MATILDICHE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	DISABILI ADULTI E FAMIGLIE
<b>Azioni previste</b>	INIZIATIVE, ATTIVITA' LABORATORIALI EXTRATIME, FESTE, COLLABORAZIONE CON ATTIVITA' SPAZIO GIOVANI, SOGGIORNI, LABORATORIO FALEGNAMERIA
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE EDUCATIVE E SCOLASTICHE/ SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	VOLONTARIATO INDIVIDUALE, ASSOCIAZIONISMO, CROCE ROSSA, SOCIETA' SPORTIVE, FAMIGLIE
<b>Referenti dell'intervento</b>	CHIARA BORSALINO
<b>Risorse non finanziarie</b>	VOLONTARIATO INDIVIDUALE; TRASPORTI UTENTI GARANTITI DA ASSOCIAZIONI (CROCE ROSSA, AUSER)

---

**Totale preventivo 2018: € 79.900,00**


---

- Unione di comuni (UNIONE COLLINE MATILDICHE): 79.900,00 €

---

**Indicatori locali: 0**


---

## SERVIZIO DI AIUTO ALLA PERSONA - SAP UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	DISABILI ADULTI E FAMILIARI
<b>Azioni previste</b>	FESTE, LABORATORI, AIUTO NELLA REALIZZAZIONE DI EVENTI SUL TERRIRORIO, ATTIVITA' SPORTIVE, GITE, ATTIVITA' COL CENTRO GIOVANI
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE GIOVANILI, EDUCATIVE, SOCIALIE SANITARIE
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	ASSOCIAZIONE PRO.DI GIO.( ENTE GESTORE),COOPERAZIONE SOCIALE, PRIVATO SOCIALE, AZIENDA USL , FAMILIARI, SOCIETA' SPORTIVE E CULTURALI
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	VOLONTARIATO INDIVIDUALE; TRASPORTI UTENTI GARANTITI DA AUSER

---

**Totale preventivo 2018: € 20.000,00**


---

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **19.057,43 €**- Unione di comuni (*UNIONE TERRA DI MEZZO*): **942,57 €**


---

**Indicatori locali: 0**


---

## SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE UCM

Approvato

## Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE COLLINE MATILDICHE</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	POPOLAZIONE RESIDENTE NEI COMUNI DI ALBINEA-QUATTRO-CASTELLA E VEZZANO S/C
<b>Azioni previste</b>	ASSISTENZA,SOSTEGNO E AIUTO NELLA GENITORIALITA', VIGILANZA, PROTEZIONE E TUTELA DEI MINORI DI FRONTE A DIFFICOLTA' E CARENZE NELLA GESTIONE DEL RUOLO GENITORIALE (ANCHE SU SEGNALAZIONE DEL TRIBUNALE PER I MINORENNI), SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	SERVIZI SOCIO-SANITARI, COORDINAMENTO PEDAGOGICO, SERVIZI EDUCATIVI E SCOLASTICI, ASSOCIAZIONI, COMUNITA' DI ACCOGLIENZA
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUTORITA' GIUDIZIARIE, AUSL, PEDIATRI, MEDICI DI BASE, ISTITUZIONI SCOLASTICHE, COORDINAMENTO PEDAGOGICO SOVRACOMUNALE, CASA DELLA SALUTE DI PUIANELLO, ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE
<b>Referenti dell'intervento</b>	FEDERICA CIRLINI
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 360.400,00**


---

- FRNA: **90.000,00 €**- Unione di comuni (*UNIONE COLLINE MATILDICHE*):**270.400,00 €**


---

**Indicatori locali: 0**


---

## SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	CITTADINI DEI COMUNI DELL'UNIONE
<b>Azioni previste</b>	IMPLEMENTAZIONE DELLE FUNZIONI DELLO SPORTELLO SOCIALE; ACCOGLIENZA,ASCOLTO,INFORMAZIONE,ORIENTAMENTORILEVAZIONE DEL PROBLEMA, LETTURA DEL BISOGNO; PROGETTI DI SOSTEGNO, ACCOMPAGNAMENTO, COUNSELLING E VALUTAZIONE; PRESA IN CARICO; PROGETTI INDIVIDUALI; INSERIMENTO NEI SERVIZI RESIDENZIALI E/O SEMIRESIDENZIALI PER BAMBINI, MADRI CON BAMBINI, RAGAZZI, GIOVANI, ADULTI, ANZIANI, DISABILI; PROGETTI DI COMUNITA' IN COLLABORAZIONE CON GLI ATTORI SOCIALI LOCALI; INTERVENTI SOCIO EDUCATIVI A SUPPORTO DI FRAGILITA' GENITORIALI ; GESTIONE GRUPPI AFFIDO/ADOZIONE; PARTECIPAZIONE A UVH, UVHM, UVM ( COME DEFINITO NEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA); VIGILANZA, PROTEZIONE, TUTELA DEI MINORI,A SEGUITO DI SEGNALAZIONE DEL TRIBUNALE;
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE SANITARIE, EDUCATIVE, DEL LAVORO, COMUNITA' DI ACCOGLIENZA
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUTORITA' GIUDIZIARIA, AZ USL, ISTITUTI COMPRENSIVI, ASP "OPUS CIVIUM", ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 307.385,10**


---

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **15.245,94 €**
- Altri fondi statali/pubblici (RIMBORSO HOME CARE PREMIUM): **2.520,00 €**
- Unione di comuni (UNIONE TERRA DI MEZZO):**289.619,16 €**



---

Indicatori locali: 0

---

## SISTEMA INFORMATIVO DELLE POLITICHE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE

Approvato

## Riferimento scheda regionale

21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA  
 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>distretto di Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>E;</b>

<b>Razionale</b>	VEDI PIANO DI ZONA, PUNTO 2.3.6
<b>Descrizione</b>	da diversi anni il distretto ha investito sul sistema informativo del sociale e del socio-sanitario, implementando a vari step successivi un sistema informativo che registra l'accoglienza, la presa in carico, la certificazione e al momento sviluppa la gestione dei servizi connessi agli anziani e in prospettiva ai disabili. In accordo con USL sono stati implementati anche i moduli contabili che consentono di verificare l'andamento dei servizi anziani (dall'accoglienza alla presa in carico alla certificazione di non autosufficienza all'accesso ad uno dei servizi socio-sanitari della rete e alla permanenza negli stessi) connessi con la non autosufficienza e dell'assistenza domiciliare, con verifica strettamente connessa alla liquidazione
<b>Destinatari</b>	utenti servizi sociali e socio-sanitari operatori dei servizi stessi
<b>Azioni previste</b>	- nel 2018 si continuerà lo sviluppo della filiera dei servizi disabili - nel 2018 si imposterà lo sviluppo dell'area minori e famiglie
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/unioni del distretto AUSL Distretto di Reggio Emilia gestori servizi afferenti FRNA
<b>Referenti dell'intervento</b>	Nadia Ferrari, Comune di Reggio Emilia, Laschai Masiar, AUSL Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## SOLLIEVI IN RESIDENZIALITA' DISABILI

Approvato

## 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>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;</b>

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
<b>Descrizione</b>	ricoveri programmati per disabili gravi e per periodi limitati, anche ripetuti nell'anno, presso strutture residenziali accreditate e non, al fine di supportare e rendere possibile la permanenza a domicilio del disabile stesso, in sinergia con i bisogni delle famiglie
<b>Destinatari</b>	disabili gravi, loro famiglie
<b>Azioni previste</b>	tramite valutazione UVH programmazione degli inserimenti presso i posti dedicati nella rete dei servizi.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA COMUNI/UNIONI DEL DISTRETTO gestori dei servizi
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lucio Pederzoli, AUSL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## SOSTEGNO A CITTADINI IN DISAGIO SOCIO-ECONOMICO UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità  
 16 Sostegno alla genitorialità  
 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifico soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>C;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	CITTADINI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'UNIONE IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO
<b>Azioni previste</b>	INTERVENTI DI NATURA ECONOMICA FINALIZZATI A SOSTENERE INDIVIDUI SINGOLI E FAMIGLIE IN UN PERCORSO DI AUTONOMIA. INTERVENTI ECONOMICI DI SOSTEGNO ALLE CATEGORIE DI SOGGETTI VULNERABILI, VITTIME DELLA CRISI ECONOMICA.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE DEL LAVORO, DELL'IMMIGRAZIONE, EDUCATIVE, SANITARIE, ABITATIVE
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	CARITAS, AUSER, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, ACER, AZ. USL, CENTRI PER L'IMPEGO, COOPERAZIONE, POLITICHE EDUCATIVE, ORGANIZZAZIONI SINDACALI
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 116.604,60**


---

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **58.442,79 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **22.322,60 €**
- Altri soggetti privati (*RIMBORSO UTENTI ANTICIPO CONTRIBUZIONE*): **9.000,00 €**
- Unione di comuni (*UNIONE TERRA DI MEZZO*):**26.839,21 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---

## SPORTELLI ASSISTENZA FAMILIARE

Approvato

### 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>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;D;</b>

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio. - Costruire sulla domiciliarità la Filiera dell'innovazione sociale, in specifico favorendo l'inserimento nella rete dei servizi l'assistente familiare .
<b>Descrizione</b>	Coordinamento tra tre sportelli territoriali dedicati all'assistenza familiare con accoglienza offerta di assistenti familiari, loro formazione, accoglienza domanda da parte delle famiglie, abbinamenti, follow up
<b>Destinatari</b>	anziani parzialmente e non autosufficienti, loro famiglie, assistenti familiari
<b>Azioni previste</b>	- differenziazione ed arricchimento attività formativa per le assistenti familiari - ampliamento attività di supporto e consulenza per le famiglie, in particolare sul tema "famiglie come datori di lavoro" - implementazione e maggiore pubblicizzazione della piattaforma formativa E-learning sviluppata con la Regione Emilia-Romagna - continuare e sviluppare l'attività di follow up tramite il tutoring domiciliare gratuito - grande aumento di famiglie con disabilità grave, anche acquisita e anche per persone under 65 - come affrontare il problema insieme ai Servizi?
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Comuni/Unioni del distretto AZIENDA USL Reggio Emilia gestori del servizio
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alberto Ravello, ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## SPORTELLLO PSICOPEDAGOGICO BAGNOLO IN PIANO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI BAGNOLO IN PIANO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	L'obiettivo condiviso con gli insegnanti referenti per l'educazione alla salute è quello di sostenere, riprendere, consolidare e sviluppare esperienze ed interventi collegati alla promozione del benessere e alla prevenzione degli stati di forte disagio relazionale/socioaffettivo nei bambini e nelle bambine della scuola dell'infanzia, negli alunni della scuola primaria e secondaria di primo grado attraverso la consulenza di una psicologa che lavora prioritariamente con insegnanti, genitori ed alunni ma anche, e sempre più, in relazione con le realtà dell'extrascuola ed in collegamento con i servizi socio-sanitari ed educativi.
<b>Descrizione</b>	Facilitare una lettura corretta da parte degli insegnanti delle diverse forme di disagio scolastico, relazionale/sociale degli alunni. Proporre e coprogettare con il corpo insegnante formazione ed interventi anche individualizzati sulle singole situazioni problematiche. Creare un punto di raccordo-mediazione con i servizi esistenti (Servizi sociali dell'Unione Terra di Mezzo e dell'Ausl) altre attività/servizi promossi dal Comune, dalle associazioni del territorio o dalla stessa scuola.
<b>Destinatari</b>	Sono destinatari diretti: insegnanti, genitori, alunni ed educatori delle scuole secondarie di primo grado. Sono destinatari indiretti: funzionari e assessori comunali che si occupano delle aree tematiche connesse all'intervento; referenti della psicologia clinica/neuropsichiatria infantile dell'Ausl competente sul territorio; referenti delle realtà dell'extrascuola/tempo libero che sono a contatto con i ragazzi/ragazze destinatari diretti.
<b>Azioni previste</b>	Il progetto prevede la presenza di una psicologa nei contesti scolastici ed educativi almeno un giorno a settimana nell'orario di presenza degli alunni, degli insegnanti e dei genitori. Tra le principali tipologie di intervento: 1. consulenza individuale-accesso diretto al servizio "Sportello" da parte degli insegnanti, delle famiglie o degli alunni; 2. consulenze al gruppo di genitori, docenti o alunni; gli interventi possibili sono molteplici e vanno dalle azioni di sensibilizzazione all'analisi-intervento su contesti-classe (nella maggior parte dei casi) alla presenza ai consigli di classe o all'attivazione e partecipazione di percorsi formativi; 3. le psicologhe si troveranno a svolgere un importante lavoro di rete essenziale per migliorare l'efficacia dell'intervento anche sul singolo o sui gruppi che le porterà ad interagire con assessori, funzionari e assistenti sociali comunali, psicologhe e assistenti sociali dell'Ausl ma anche con operatori che seguono strutture/servizi del territorio (centri pomeridiani, recupero attività scolastiche, società sportive, ricreative.....) e con psicologi/psicoterapeuti privati. Un sociologo esperto di valutazione si occuperà del sistema di valutazione in stretta collaborazione con il supervisore di processo ed il coordinatore operativo del progetto.

	Gli elementi emersi, attraverso la valutazione di processo e di risultato, verranno periodicamente discussi nell'equipe di coordinamento e negli incontri previsti tra i referenti dei principali enti coinvolti.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Collaborazione con gli operatori sanitari che hanno in carico le situazioni (neuropsichiatria infantile), raccordo e confronto con il servizio sociale dell'Unione Terra di Mezzo.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	La programmazione, supervisione, coordinamento e valutazione di questa azione faranno capo ai Comuni che si avvarranno di Pro.di.Gio (Progetto di Giovani). Si prevede una stretta collaborazione con gli Istituti comprensivi, i Servizi Comunali e dell'Unione Terra di Mezzo alla persona e alla scuola, le cooperative che gestiscono servizi per pre-adolescenti, parrocchie e società sportive presenti nei Comuni del distretto.
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dott.ssa Angela Ficarelli Responsabile del Settore Servizi Educativi. ficarelli.angela@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Responsabile del Settore Servizi educativi del Comune, referenti Pro.di.Gio, Assistenti sociali dell'Unione Terra di Mezzo.

---

**Totale preventivo 2018: € 6.796,00**

---

Risorse comunali: **6.796,00 €** di cui:  
- COMUNE DI BAGNOLO IN PIANO: **6.796,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SPORTELLO PSICOPEDAGOGICO CADELBOSCO DI SOPRA

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI CADELBOSCO DI SOPRA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Promozione dell'agio e del benessere psichico nel contesto scolastico Prevenzione degli stili comportamentali disadattivi Ascolto delle problematiche adolescenziali con organizzazione di interventi mirati alle stesse Sostegno alla funzione genitoriale Sostegno alla conduzione del gruppo "classe".
<b>Descrizione</b>	Servizio di consulenza psicologica scuola primaria e secondaria di 1° grado.
<b>Destinatari</b>	Destinatari diretti: Insegnanti, genitori, studenti ed educatori della scuola primaria e secondaria di 1° grado. Destinatari indiretti:- funzionari e assessori comunali che si occupano delle aree tematiche connesse all'intervento; referenti della psicologia clinica/neuropsichiatria infantile dell'AUSL competente sul territorio; referenti delle realtà dell'extrascuola / tempo libero che sono a contatto con i ragazzi/e destinatari diretti.
<b>Azioni previste</b>	Il progetto prevede la presenza di una psicologa con esperienza del contesto scolastico dell'obbligo, in ogni scuola primaria e secondaria di 1° grado, almeno un giorno a settimana nell'orario scolastico per avere un contatto diretto con studenti, insegnanti e genitori. Tre le principali tipologie di intervento: 1. consulenza individuale – accesso diretto al servizio ("sportello") da parte degli insegnanti, delle famiglie o dei ragazzi; 2. consulenze al gruppo, sia esso di docenti, genitori o studenti. Gli interventi possibili sono molteplici e vanno dalle azioni di sensibilizzazione all'analisi-intervento su contesti classe (nella maggior parte dei casi), alla presenza ai consigli di classe o alla attivazione e partecipazione di percorsi formativi; 3. le psicologhe si troveranno a svolgere un importante lavoro di rete (essenziale per migliorare l'efficacia dell'intervento anche sul singolo o sui gruppi) che le porterà ad interagire con assessori, funzionari e assistenti sociali comunali, psicologhe e assistenti sociali dell'ASL, ma anche con operatori che seguono strutture/servizi del territorio (centri pomeridiani, recupero attività scolastiche, società sportive, ricreative, ecc.) e con psicologi/psicoterapeuti privati. Gli elementi emersi attraverso la valutazione di processo e di risultato verranno periodicamente discussi nelle equipe di coordinamento e negli incontri previsti tra i referenti dei principali enti coinvolti, strumenti utili per riorientare in itinere l'intervento.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Collaborazione con gli operatori sanitari che hanno in carico le situazioni (neuropsichiatria infantile), raccordo e confronto con i Servizi Sociali e con il servizio gerente del servizio educativo (ASP "Opus Civium").



<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>La programmazione, supervisione, coordinamento e valutazione di questa azione faranno capo ai Comuni, che si avvarranno, come negli anni passati, di un organismo creato anche con queste finalità da alcuni Comuni, tra cui i tre coinvolti nel presente progetto, ovvero l'Associazione "Pro.di.Gio: Progetti di Giovani".</p> <p>L'azione prevede la collaborazione con gli Istituti comprensivi, i Servizi comunali alla scuola e relativi gestori (Dip.Educativo ASP Opus Civium), le cooperative che gestiscono servizi per preadolescenti, parrocchie e società sportive presenti nel Comune.</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Responsabile Settore Scuola- Comune di Cadelbosco di Sopra tramite Associazione Prodigio.</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Responsabile del Servizio comunale (servizi educativi), operatori Associazione PRO.DI.GIO., Assistente Sociale dell'UNIONE "Terra di mezzo", Responsabile servizio educativo "ASP-OPUS CIVIUM".</p>

---

**Totale preventivo 2018: € 8.000,00**

---

Risorse comunali: **8.000,00 €** di cui:  
 - COMUNE DI CADELBOSCO DI SOPRA: **8.000,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SPORTELLLO PSICOPEDAGOGICO CASTELNOVO DI SOTTO

Approvato

### Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI CASTELNOVO DI SOTTO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Promozione dell'agio e del benessere psichico nel contesto scolastico Prevenzione degli stili comportamentali disadattivi Ascolto delle problematiche adolescenziali con organizzazione di interventi mirati alle stesse Sostegno alla funzione genitoriale Sostegno alla conduzione del gruppo "classe".
<b>Descrizione</b>	Servizio di consulenza psicologica scuola primaria e secondaria di 1° grado.
<b>Destinatari</b>	Destinatari diretti: Insegnanti, genitori, studenti ed educatori della scuola primaria e secondaria di 1° grado. Destinatari indiretti:- funzionari e assessori comunali che si occupano delle aree tematiche connesse all'intervento; referenti della psicologia clinica/neuropsichiatria infantile dell'AUSL competente sul territorio; referenti delle realtà dell'extrascuola / tempo libero che sono a contatto con i ragazzi/e destinatari diretti.
<b>Azioni previste</b>	Il progetto prevede la presenza di una psicologa con esperienza del contesto scolastico dell'obbligo, in ogni scuola primaria e secondaria di 1° grado, almeno un giorno a settimana nell'orario scolastico per avere un contatto diretto con studenti, insegnanti e genitori. Tre le principali tipologie di intervento: 1. consulenza individuale – accesso diretto al servizio ("sportello") da parte degli insegnanti, delle famiglie o dei ragazzi; 2. consulenze al gruppo, sia esso di docenti, genitori o studenti. Gli interventi possibili sono molteplici e vanno dalle azioni di sensibilizzazione all'analisi-intervento su contesti classe (nella maggior parte dei casi), alla presenza ai consigli di classe o alla attivazione e partecipazione di percorsi formativi; 3. le psicologhe si troveranno a svolgere un importante lavoro di rete (essenziale per migliorare l'efficacia dell'intervento anche sul singolo o sui gruppi) che le porterà ad interagire con assessori, funzionari e assistenti sociali comunali, psicologhe e assistenti sociali dell'ASL, ma anche con operatori che seguono strutture/servizi del territorio (centri pomeridiani, recupero attività scolastiche, società sportive, ricreative, ecc.) e con psicologi/psicoterapeuti privati. Gli elementi emersi attraverso la valutazione di processo e di risultato verranno periodicamente discussi nelle equipe di coordinamento e negli incontri previsti tra i referenti dei principali enti coinvolti, strumenti utili per riorientare in itinere l'intervento.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Collaborazione con gli operatori sanitari che hanno in carico le situazioni (neuropsichiatria infantile), raccordo e confronto con i Servizi Sociali e con il servizio gerente del servizio educativo (ASP "Opus Civium").

<p><b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b></p>	<p>La programmazione, supervisione, coordinamento e valutazione di questa azione faranno capo ai Comuni, che si avvarranno, come negli anni passati, di un organismo creato anche con queste finalità da alcuni Comuni, tra cui i tre coinvolti nel presente progetto, ovvero l'Associazione "Pro.di.Gio: Progetti di Giovani".</p> <p>L'azione prevede la collaborazione con gli Istituti comprensivi, i Servizi comunali alla scuola e relativi gestori (Dip.Educativo ASP Opus Civium), le cooperative che gestiscono servizi per preadolescenti, parrocchie e società sportive presenti nel Comune.</p>
<p><b>Referenti dell'intervento</b></p>	<p>Responsabile Settore Scuola- Comune di Castelnovo di Sotto tramite Associazione Prodigio.</p>
<p><b>Risorse non finanziarie</b></p>	<p>Responsabile del Servizio comunale (servizi educativi), operatori Associazione PRO.DI.GIO., Assistente Sociale dell'UNIONE "Terra di mezzo", Responsabile servizio educativo "ASP-OPUS CIVIUM".</p>

---

**Totale preventivo 2018: € 6.100,00**

---

Risorse comunali: **6.100,00 €** di cui:  
 - COMUNE DI CASTELNOVO DI SOTTO: **6.100,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## SPORTELLO SOCIALE UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza  
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	Cittadini dell'Unione.
<b>Azioni previste</b>	Informare ed orientare i cittadini dei tre comuni sul sistema dei servizi e sulle procedure di accesso, con particolare riferimento alle fasce più deboli (anziani, immigrati, persone con disagio economico e sociale, madri sole con figli minori). segretariato servizi sociali per presa in carico, promozione e divulgazione. Connessione con i punti informativi del territorio e con il terzo settore.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Tutti i servizi alla persona; servizi sanitari.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Asp "Opus Civium", AUSL, medici, associazioni, volontari.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Personale dell'unione ed incarichi esterni.

---

**Totale preventivo 2018: € 100.101,30**

---

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **5.081,98 €**
- AUSL (*COMPARTICIPAZIONE SPESA SOCIO-SANITARIA A RIMBORSO*): **90.000,00 €**
- Altri fondi statali/pubblci (*RIMBORSI ONERI AMMINISTRATIVI BONUS LUCE E GAS*): **2.039,04 €**
- Unione di comuni (*UNIONE TERRA DI MEZZO*): **2.980,28 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## tavolo di coordinamento provinciale di attuazione delle linee guida sull'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso.

Approvato

### 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>Provinciale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Reggio Emilia</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	<p>il maltrattamento e l'abuso a bambini e adolescenti è ancora un fenomeno sottostimato che necessita di investimenti e monitoraggi costanti per essere intercettato e contrastato. Le situazioni vengono intercettate generalmente quando sono estremamente evidenti. I sistemi sociali, scolastici e sanitari faticano a riconoscere gli indicatori del maltrattamento e dell'abuso.</p> <p>Sono, inoltre, in aumento i casi di violenza assistita, correlati alla violenza di genere: una forma di violenza che rischia ancora più delle altre di essere sottotracciata. I minori vittime di violenza necessitano di un sistema curante attento e professionalmente qualificato per poter migliorare la propria qualità di vita e riorientare positivamente le proprie traiettorie evolutive.</p>
<b>Descrizione</b>	il coordinamento provinciale ha lo scopo di monitorare l'applicazione delle linee guida regionali e promuovere azioni di sistema per favorire il contrasto del maltrattamento e abuso ai minori e l'implementazione di sistemi di cura qualificati.
<b>Destinatari</b>	Minori vittime di violenza e abusi, operatori dei servizi pubblici e del privato sociale
<b>Azioni previste</b>	<p>Mantenimento di incontri di monitoraggio dell'implementazione delle linee di indirizzo</p> <p>Monitoraggio delle procedure di raccordo tra ospedali a territori</p> <p>Organizzazione di incontri formativi rivolti a operatori dei servizi</p> <p>Partecipazione della Procura Ordinaria al tavolo provinciale</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Politiche sociali, educative, sanitarie
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi sociali, AUSL, servizi scolastici, FF.OO., Procura
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alessandro Volta; Daniela Scrittore
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

## TELEFONO AMICO AUSER UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	Anziani autosufficienti potenzialmente in condizione di fragilità residenti nel Comune di Castelnovo di Sotto.
<b>Azioni previste</b>	Mantenimento dei contatti con anziani potenzialmente soli, trasporti gratuiti, aiuto nell'acquisto di farmaci e alimentari, momenti di socializzazione.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	Centro Diurno, Assistenza Domiciliare, trasporti, dismissioni protette, sanità, barriere architettoniche.
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	AUSER, AUSL, ASP OPUS CIVIUM (ente gestore), Volontari singoli.
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	Associazioni di volontariato, personale di ASP OPUS CIVIUM.

---

**Totale preventivo 2018: € 1.418,00**

- Unione di comuni (*UNIONE TERRA DI MEZZO*):**1.418,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**


---

## TEMPO LIBERO DISABILI

Approvato

## Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	<b>B;C;</b>

<b>Razionale</b>	supportare le relazioni, la socializzazione e i gruppi fra pari.
<b>Descrizione</b>	Si tratta di interventi alla persona realizzati nel tempo libero, intendendosi per "tempo libero" il tempo durante il quale la persona disabile non è inserito in percorsi socio-riabilitativi e non fruisce di interventi assistenziali, educativi e riabilitativi (es. sabato e domenica, sera, mesi estivi oppure anche periodi consistenti della giornata e della settimana). Il servizio si struttura in attività che funzionano tutto l'anno e in azioni specifiche che hanno una durata limitata. A seconda della tipologia di attività partecipano prioritariamente o i cittadini disabili adulti, o i cittadini disabili minorenni.
<b>Destinatari</b>	Cittadini disabili minori, adolescenti e adulti residenti nel comune di Reggio Emilia giovani e comunità locale famiglie
<b>Azioni previste</b>	SAP: Si tratta di un intervento rivolto a disabili adulti e minori che offre loro la possibilità di svolgere attività, insieme a volontari, durante il tempo libero. La persona disabile, a seconda delle proprie esigenze, può essere coinvolta da un gruppo di volontari per uscite serali ( pizzeria, birreria, cinema , palestra, etc.), gite, vacanze, oppure essere accompagnata da un solo volontario, durante il giorno, per svolgere attività differenziate (piscina, computer, passeggiate, etc.) Si mira a creare gruppi i più possibili omogenei per interessi e a favorire la partecipazione di disabili a esperienze di tempo libero già presenti nel territorio E.T: É un progetto che propone laboratori per disabili minori o per disabili adulti (arteterapia, terracotta,musica,giochi di società,cucina, danza) presso centri diurni, in orari di apertura tradizionalmente non previsti, o presso spazi della città destinati a quella certa attività (scuola di danza, istituto musicale, ecc.). SPAZIO LIBERO Attività atelieristiche, feste, gite, animazione laboratoriale
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	politiche sociali politiche sanitarie politiche per l'inclusione
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	asul comune cooperazione sociale fcr associazioni del territorio
<b>Referenti dell'intervento</b>	Lucio. pederzoli@ausl.re.it

---

	mara.rossi@ausl.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	volontariato e reti informali

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---

---

Indicatori locali: 0

---



## TPL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE

Approvato

## 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>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	VEDI L.R. 30/1198 E DGR 1982 E 2266 DEL 2015
<b>Descrizione</b>	VEDI ACCORDO DISTRETTUALE (ALLEGATO 7 AL PRESENTE PIANO DI ZONA)
<b>Destinatari</b>	CITTADINI IN CONDIZIONE DI POVERTA' SECONDO IL CRITERIO STABILITO
<b>Azioni previste</b>	IMPLEMENTAZIONE ACCORDO DISTRETTUALE ANNUALE E MONITORAGGIO ANDAMENTO
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	COMUNI/UNIONI DEL DISTRETTO AZIENDA TRASPORTO PUBBLICO LOCALE OOSS
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano comune di Reggio Emilia
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## TUTORING DOMICILIARE

Approvato

## 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>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	

<b>Razionale</b>	Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
<b>Descrizione</b>	interventi gratuiti di consulenza a domicilio per anziani in dimissioni protette, con assistente familiare o dietro richiesta delle famiglie per consulenze rispetto all'orientamento alla rete dei servizi e/o sui progetti assistenziali e su tecniche corrette di assistenza. Attivazione da parte del Servizio sociale, del PUA, dello Sportello Assistenti Familiari. pacchetto flessibile massimo 6 ore
<b>Destinatari</b>	anziani fragili, operatori dei servizi, care giver anziani
<b>Azioni previste</b>	attivazioni ordinarie, attivazioni in emergenza/urgenza, valutazione necessità di attivare servizi (anche attivazione nuovi LEA assistenza domiciliare), restituzione ai servizi invianti, follow up seguenti con le famiglie
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	comuni/unioni del distretto AUSL Distretto di Reggio Emilia ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE
<b>Referenti dell'intervento</b>	Alberto Ravello, ASP REGGIO EMILIA CITTA' DELLE PERSONE
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

Totale preventivo 2018: € **0,00**

---



---

Indicatori locali: 0

---

## UFFICIO DI PIANO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

- 2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- 3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
- 4 Budget di salute
- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6 P

Ambito territoriale	<b>Distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifica soggetto capofila	<b>REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;B;C;D;E;</b>

<b>Razionale</b>	PROGRAMMAZIONE DISTRETTUALE, SUPPORTO AL COMITATO DI DISTRETTO, PARTECIPAZIONE UFFICIO DI SUPPORTO, SUPPORTO ALLA CTSS. ELABORAZIONE PIANI DISTRETTUALI (ES. PON INCLUSIONE, PIANO GIOCO D'AZZARDO, DOPO DI NOI ECC)
<b>Descrizione</b>	E' composto stabilmente da: Responsabile Ufficio di Piano dirigente Comune di Reggio Emilia area programmazione persona in staff alla dirigente responsabili Servizi sociali Unione Terra di Mezzo e Unione Colline Matildiche direttore di distretto Responsabile Servizio sociale USL Responsabile di Area Dipartimento Cure Primarie Responsabile Servizio Disabili Adulti Amministrativo addetto a FRNA
<b>Destinatari</b>	SERVIZI DEL DISTRETTO, FORNITORI, TERZO SETTORE, COMITATO DI DISTRETTO
<b>Azioni previste</b>	L'Ufficio di Piano assicura direttamente: A. promozione delle interconnessioni tra tutti i soggetti tecnici in ambito locale e appartenenti ai diversi assetti organizzativi, nella realizzazione degli obiettivi della programmazione e della conseguente coerenza ed integrazione degli interventi; B. sostegno alla verifica dei processi di integrazione sociosanitaria attraverso valutazioni sull'appropriatezza, efficacia e qualità degli interventi posti in essere; C. monitoraggio delle attività attuative della programmazione locale e interventi di verifica e valutazione dei risultati ottenuti con predisposizione di adeguata reportistica da diffondere a tutti gli interlocutori istituzionali e tecnici; D. raccordo fra gli interventi sociali e sociosanitari e quelli afferenti ad altre Politiche (formazione, trasporti, abitazione, ambiente...) E. verifica delle attività della programmazione territoriale sulla Non Autosufficienza: utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati degli interventi finanziati dal FRNA, la cui gestione tecnico contabile è organizzata secondo l'allegato alla presente convenzione, quale sua parte integrante; supporto alla stipula di convenzioni e/o predisposizione di procedure ad evidenza pubblica nell'area della non autosufficienza per tipologie attualmente non accreditabili; gestione dei rapporti con i gestori accreditati in particolare per quanto riguarda il controllo e il monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi e dei piani di adeguamento che hanno

	consentito l'accreditamento, definizione e aggiornamento annuale delle tariffe dei servizi accreditati e supporto alla costruzione degli atti relativi, in ambito sociale e sociosanitario; gestione procedure dell'accreditamento definitivo.
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	POLITICHE EDUCATIVE, PER IL DIRITTO ALLA CASA, PER L'INTERCULTURA
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	
<b>Referenti dell'intervento</b>	Silvia Guidi, Responsabile Ufficio di Piano e attività per la non autosufficienza silvia.guidi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 120.549,00**

---

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **60.000,00 €**

Risorse comunali: **60.549,00 €** di cui:

- REGGIO EMILIA: **60.549,00 €**

---

**Indicatori locali: 0**

---

## UFFICIO INFORMAZIONE STRANIERI Reggio Emilia

Approvato

### Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Comune</b>
Specifico soggetto capofila	<b>COMUNE DI REGGIO EMILIA</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Si</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>B;</b>

<b>Razionale</b>	Favorire l'integrazione attraverso il supporto e l'orientamento alle normative in materia di immigrazione.
<b>Descrizione</b>	<p>Lo sviluppo ed il consolidamento del processo di integrazione ed inclusione sociale, economica e culturale della popolazione straniera, il conseguente esercizio di un diritto di piena cittadinanza, necessita di un orientamento dei cittadini italiani e stranieri relativamente alle normative in materia di immigrazione e sul sistema di accesso ai servizi in connessione con i diversi soggetti del territorio che operano con tale target.</p> <p>Il servizio, oltre che ai cittadini, offre un supporto consulenziale agli operatori dei servizi e della rete territoriale, al fine di meglio orientare l'attività progettuale sui singoli e dei loro contesti familiari.</p> <p>L'Ufficio Informazioni Stranieri (UIS) prevede un'offerta articolata su più livelli:</p> <p>(a) Formazione sulla normativa che regola il soggiorno dei cittadini di origine straniera sul territorio italiano agli operatori dell'Ente comunale;</p> <p>(b) Accompagnamento dei Poli e Sportelli Sociali nella gestione di una articolazione organizzativa che consenta di sostenere con specifiche competenze sull'immigrazione gli operatori degli stessi sportelli e poli sociali;</p> <p>(c) Presidio legislativo delle situazioni non prettamente sociali.</p>
<b>Destinatari</b>	servizi del territorio, cittadini italiani o di origine straniera che necessitano di informazioni legislative in materia di immigrazione
<b>Azioni previste</b>	<p>consulenza giuridica (non legale) in materia di immigrazione e sulle pratiche amministrative conseguenti;</p> <p>supporto legislativo e coprogettazione con i servizi sociali sui casi</p> <p>supporto nella compilazione di modulistica;</p> <p>informazioni sulle disponibilità delle strutture di accoglienza;</p> <p>informazioni sui percorsi che possono facilitare la ricerca del lavoro e della casa;</p> <p>orientamento sui servizi e gli interventi pubblici, del privato sociale e del volontariato, presenti sul territorio.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	<p>Politiche per il protagonismo responsabile e la città intelligente</p> <p>Politiche per le relazioni internazionali</p> <p>Politiche educative</p> <p>Politiche pari opportunità</p> <p>Politiche abitative</p> <p>Politiche sanitarie</p>

<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Regione Emilia Romagna, Ausl, Caritas, Sindacati, Fondazione Mondinsieme, Enti gestori dell'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati, Enti gestori dell'accoglienza MSNA
<b>Referenti dell'intervento</b>	Dirigente del servizio Dott.ssa Germana Corradini tel 0522/456833 germana.corradini@comune.re.it Referente di Progetto Dott.ssa Chiara Reverberi tel 0522/585235 chiara.reverberi@comune.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 0,00**

---

---

**Indicatori locali: 0**

---

## UNA FAMIGLIA PER UNA FAMIGLIA UNIONE TERRA DI MEZZO

Approvato

## Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	<b>Sub distrettuale</b>
Soggetto capofila	<b>Unione dei comuni</b>
Specifica soggetto capofila	<b>UNIONE TERRA DI MEZZO</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>Sì</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;C;E;</b>

<b>Razionale</b>	
<b>Descrizione</b>	
<b>Destinatari</b>	FAMIGLIE CON MINORI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'UNIONE
<b>Azioni previste</b>	AFFIANCAMENTIDA PARTE DI DI FAMIGLIE, AD ALTRE FAMIGLIE CHE VIVONO UNA SITUAZIONE DI TEMPORANEA DIFFICOLTA'GENITORIALE, IN UNA RELAZIONE SOLIDALE E DI PROSSIMITA' TRA I DUE NUCLEI FAMILIARI; INDIVIDUAZIONE DELLE FAMIGLIE "RISORSA", DELLE FAMIGLIE DA AFFIANCARE, DEI TUTOR; FORMAZIONE, TUTORAGGIO, DEFINIZIONE CONGIUNTA DEGLI OBIETTIVI, FORMALIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI AFFIANCAMENTO TRA LE DUE FAMIGLIE
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	EDUCATIVE, CULTURALI, SPORTIVE,SANITARIE, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARITO, IMPRESE, ISTITUTI DI CREDITO
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	FAMIGLIE CON MINORI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'UNIONE, CARITAS, ISTITUTI COMPRESIVI, AZ. USL
<b>Referenti dell'intervento</b>	DOTT.SSA MILA BERTOCCHI bertocchi.mila@unioneterradimezzo.re.it
<b>Risorse non finanziarie</b>	

---

**Totale preventivo 2018: € 15.475,00**


---

- Unione di comuni (*UNIONE TERRA DI MEZZO*):15.475,00 €

---

**Indicatori locali: 0**


---

## valutazioni multidisciplinari situazioni socio-sanitarie complesse

Approvato

### Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Ambito territoriale	<b>Aziendale</b>
Soggetto capofila	<b>AUSL</b>
Specifica soggetto capofila	<b>Direzione delle attività socio-sanitarie</b>
In continuità con la programmazione precedente	<b>No</b>
Inserito nel percorso Community Lab	<b>No</b>
Aree	<b>A;</b>

<b>Razionale</b>	<p>MOTIVAZIONE Sempre più di frequente i nostri servizi impattano in situazioni ad elevato grado di complessità che si acutizzano in corrispondenza di alcune specifiche circostanze legate ad accadimenti imprevisi e ingovernabili: l'insorgenza o l'aggravamento di una malattia, il riacutizzarsi della patologia, il venir meno di figure di riferimento importanti, l'aggravarsi di situazioni conflittuali nelle relazioni familiari. Si tratta di solito di persone nelle quali sono compresenti più aspetti problematici e pluripatologie. In generale si tratta di soggetti poco complianti e con diversi aspetti patologici talvolta correlati allo stile di vita. A volte tengono comportamenti ed agiti faticosamente gestibili specie nei ricoveri ospedalieri. Le attuali collaborazioni interistituzionali fra servizi hanno consentito di trovare delle risposte, anche se non sempre appropriate (ad esempio: degenze prolungate nei reparti o nelle Case di cura o in strutture residenziali dedicate ad altre tipologie di utenza), sottraendo risorse per altre destinazioni più adeguate. Risulta difficoltoso costruire percorsi diversi da quelli ordinari in relazione alla complessità delle situazioni soprattutto nella fase di dimissione ospedaliera in cui emerge la difficoltà ad utilizzare il sistema dei servizi offerti dal territorio</p>
<b>Descrizione</b>	<p>Facilitare la gestione clinica e socio-sanitaria di situazioni di estrema complessità per le quali la consueta e auspicabile collaborazione tra i servizi territoriali distrettuali non risulti sufficiente a trovare una risposta in tempi e modi adeguati. Superare l'approccio di cura che vede solo la prevalenza di un disturbo sull'altro e andare verso la condivisione di ipotesi progettuali che prevedono l'utilizzo di diverse risorse del sistema.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>persone affette da gravi dipendenze , con patologie o esiti da trauma che ne limitino in modo significativo l'autonomia e\o l'autosufficienza ,associate a importanti disturbi di personalità e \o del comportamento ;persone con patologie psichiatriche maggiori, con scarse o nulle risorse familiari o sociali con patologie o esiti da trauma che ne limitino in modo significativo l'autonomia e\o l'autosufficienza; persone disabili congenite con gravissime compromissioni comportamentali,situazioni non affrontabili nei servizi tradizionalmente dedicati.</p>
<b>Azioni previste</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coinvolgere i direttori di distretto dell'Ausl per la costruzione di una Istruzione Operativa che faciliti il coordinamento, in tempi celeri, i diversi interventi sociali e sanitari delle complesse situazioni che si intercettano nei diversi distretti</li> <li>2. Ogni servizio sanitario del territorio provinciale che accoglie una situazione con tali caratteristiche, organizza una Unità di Valutazione Multidimensionale. Ogni servizio convocato dovrà dare priorità a questo momento di confronto. L' Unità di valutazione multidimensionale (flessibile e modulare) sarà composta da tutti quei professionisti che per "quella" persona e in "quel particolare momento" vi concorrano con un apporto progettuale che ancor prima è di analisi del problema e di individuazione delle ipotesi su cui allestire mandati operativi.</li> </ol>



	<p>3. È indispensabile arrivare alla UVM con valutazione clinica e sociale raccogliendo tutto ciò che è a disposizione rispetto alla situazione</p> <p>4. In tale occasione verrà stilato un verbale firmato da tutti i partecipanti e individuato l'operatore di riferimento della situazione identificando un professionista secondo criteri di vicinanza e prossimità alla persona. Le funzioni che l'operatore di riferimento dovrà garantire sono: curare le relazioni con la persona, con la famiglia, con i servizi, con i vari punti della rete; svolge un ruolo riconosciuto dagli altri professionisti per le attivazioni delle Uvm e di ogni altro passaggio concordato congiuntamente.</p>
<b>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</b>	
<b>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</b>	Servizi Sanitari dell'Ausl: SerDP, SM, servizi Handicap, NPIA, Area Sociale
<b>Referenti dell'intervento</b>	Bonini Barbara e Ficarelli Maria Lorena
<b>Risorse non finanziarie</b>	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico						Al momento non è presente l'OSCO in questa provincia.
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	Punto unico di accesso per dimissioni protette	31/12/2017	Rinforzare il PUA con la figura dell'assistente sanitaria	Consolidare	Consolidare	
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	contributi economici, personale	31/12/2017	contributi economici, personale	contributi economici, personale	contributi economici, personale	
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	S   N	n	31/12/2017	s	s	s	
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numerico	8	31/12/2017	8	8	8	INSERITI QUI: AUSER, EMMAUS, AIMA, UISP, CRI, CROCE VERDE, ASSISTENZA PUBBLICA, DAR VOCE. SONO SOLO I PRINCIPALI. NUMEROSE COLLABORAZIONI CON ENTI MENO STRUTTURATI.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	27	31/12/2017	30	30	30	INSERITE LE INIZIATIVE PER FAMILIARI DI PERSONE CON DEMENZA: - PUNTO D'ASCOLTO - 3 GRUPPI DI AUTOMUTUO AIUTO TRA FAMILIARI (PER UN TOTALE DI 22 INCONTRI NEL 2017) - CONSULENZE DI SOSTEGNO AI FAMILIARI (408 NEL 2017) - CONSULENZE LEGALI (23 NEL 2017) - TRE SERATE INFORMATIVE - 3 CAFFÈ INCONTRO (PER UN TOTALE DI 130 INCONTRI NEL 2017) - TEMPO D'INCONTRO (83 POMERIGGI NEL 2017) - 10 GITE CON FAMILIARI - 1 SETTIMANA AL MARE CON FAMILIARI E UTENTI - 1 RASSEGNA CINEMATOGRAFICA PER FAMILIARI E CITTADINANZA (6 PROIEZIONI)
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	Iniziativa da coordinare in ambito provinciale
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	Numerico	0	31/12/2017	35	40	45	

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	Numerico	0	31/12/2017	20	25	27	
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	Numerico	0	31/12/2017	44	49	51	
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	0	31/12/2017	0	2	3	
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	Numerico	0	31/12/2017	0	2	4	
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	S   N	S	31/12/2017	S	S	S	
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	6	31/12/2017	6	7	7	oltre alle realtà più strutturate sono continuativamente presenti piccoli gruppi informali o singole persone che promuovono e animano attività varie e percorsi a favore dei detenuti, dei loro familiari e congiunti per sostenere nei diversi modi il periodo della detenzione come il possibile reinserimento sociale successivo.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	217	31/12/2017	225	230	235	il dato rilevato è riferito ai percorsi strutturati con Accoglienza invernale e afferenti ad un sistema sostenuto in larga parte dalle reti informali e da risorse pubbliche (specie per le persone con problematiche complesse e legate alle dipendenze e/salute mentale. Si stimano cifre più rilevanti se si tiene conto di quella retta di accoglienza diffusa rappresentata dal privato sociale informale che in questo ambito è molto presente ed è pienamente riconosciuto e sostenuto dai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, e questo nell'intero arco dell'anno e sulle diverse articolazioni del bisogno primario.
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S   N	si	31/12/2017	si	si	si	
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	S   N	si	31/12/2017	si	si	si	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	17/995	31/12/2017	17/995	17/995	17/995	Si tratta di gravidanze multiproblematiche. L'indicatore è calcolato sul totale donne gravide nell'anno
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consulteri familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consulteri familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S   N	n	31/12/2017	s	s	s	
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	2	31/12/2017	4	4	5	
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	RICOVERI ESTIVI PROGRAMMATI E AMPLIAMENTO E RIVISITAZIONE TELESOCORSO/TELEASSISTENZA, INIZIATIVE DI SOCIALIZZAZIONE PRESSO LA PALAZZINA GERRA (ALLOGGI CON SERVIZI)	31/12/2017	CONSEGNA DOMICILIARE FARMACI, IMPLEMENTAZIONE NUOVI LEA + I PRECEDENTI	COME SOPRA	COME SOPRA	
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	4	31/12/2017	4	4	4	
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	0	31/12/2017	5	6	6	
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	8	31/12/2017	30	30	30	
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	I corsi sono iniziati nel 2013 e in ambito sanitario e nel 2015 in ambito amministrativo. I corsi sono trasversali quindi interessano personale di tutti i distretti
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	120 / 5.823	31/12/2017	150/5.823	150/5.823	150/5.823	Nel 2017 sono stati realizzati 4 interventi formativi. Un corso per i Direttori SOC, un corso per i responsabili SOS, un corso per MMG, un corso per i professionisti della Diabetologia Aziendale. Negli anni precedenti i professionisti formati sono stati oltre 400. Si predilige la realizzazione di corsi che coinvolgano intere unità operative (es. Diabetologia Aziendale, Cardiologia ospedale di Guastalla, ecc...)



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	25/726	31/12/2017	50/726	75/726	75 /726	Nel 2017 è stata organizzata 1 edizione del corso di formazione dedicato al personale del Dipartimento Amministrativo. Negli anni precedenti altri 75 amministrativi avevano già frequentato il corso di formazione.
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	Nel 2017 la valutazione di impatto è stata svolta con la somministrazione di questionari a pazienti e professionisti della Diabetologia Aziendale prima e dopo il corso. Negli anni precedente è stata svolta la valutazione di impatto su altri 3 eventi (Cardiologia di Guastalla, Ginecologia di Guastalla, Personale infermieristico del Dip. Internistico di Area Sud)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	Ad oggi i materiali informativi rivisti in modalità partecipata con i pazienti/familiari sono oltre 20. La revisione del testo, secondo i criteri della Health Literacy, viene applicata sistematicamente a tutti i nuovi materiali prodotti e a quelli già esistenti per cui sono richieste ristampe.
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	Interventi di miglioramento della cartellonistica all'interno delle strutture per favorire l'orientamento dei pazienti. Per l'ASMN sono disponibili mappe interattive, sul sito internet aziendale, che mostrano il percorso per raggiungere il reparto.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S   N	s	31/12/2017	s	s	s	Oltre alle valutazioni di impatto pre-post corso di formazione per intera unità operativa/professionale, svolte contestualmente ai corsi di formazione, è stata inserita la valutazione della componente comunicativa (comprensibilità delle informazioni ricevute) all'interno dei questionari di gradimento di tutti i servizi a disposizione dell'utenza.
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	6	31/12/2017	6	6	6	
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	0,9	31/12/2017	1	1	1	Il valore è lo stesso del punto precedente essendo la risorsa destinata a persone con diagnosi di demenza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	1,50	31/12/2017	1,6	1,6	1,6	Si tratta del numero di familiari che frequentano con il loro congiunto i caffè alzheimer (32) cui si aggiungono coloro che frequentano i gruppi di sostegno (25). Sono altresì ricompresi i familiari (19) che hanno partecipato almeno una volta al progetto "Tempo d'Incontro. Pomeriggio in palazzina".
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	0,9	31/12/2017	1	1	1	
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	9	31/12/2017	9	9	9	
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	n	31/12/2017	s	s	s	
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	314	31/12/2017	327	327	327	il dato ricomprende: - percorsi di partecipazione e cittadinanza attiva (protocollo dialogo interculturale); - percorsi di integrazione linguistica in classi organizzate; - eventi di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche di inclusione (es:Primavera senza razzismo, Giornata del rifugiato, Giornata del migrante)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	S   N	no	31/12/2017	no	no	no	Le modalità di collaborazione e confronto con i soggetti del Terzo Settore sono ampiamente praticate nell'organizzazione dei Servizi sociali del Distretto di Reggio Emilia che hanno da tempo compiuto una scelta di organizzazione territoriale. E' nel lavoro quotidiano di confronto sui casi e di organizzazione e animazione del tessuto sociale del territorio che si attuano le collaborazioni utili e sensate per l'attuazione delle misure a contrasto della povertà e dove si intercettano anche soggetti del Terzo Settore che non hanno rappresentanza di livello cittadino ma sono comunque fortemente radicati nel territorio.
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S   N	n	31/12/2017	s	s	s	E' attivo un gruppo in seno alla CTSS per affrontare il tema in oggetto

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note	
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico		2	31/12/2017	4	2	2	L'indicatore è riferito alle iniziative di formazione in ambito Violenza di genere e in ambito Abuso e maltrattamento minori
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	Dalla emanazione delle linee guida regionali diverse sono state le iniziative formative in ambito Violenza di Genere e Abuso e Maltrattamento minori		31/12/2017	Si prevedono 2 iniziative formative su Violenza di Genere: percorso FAD e Accompagnamento Istruzione Operativa. In ambito Abuso e maltrattamento: convegno e Audit	Prosecuzione sensibilizzazione sul Violenza di genere e M/A in particolare nelle scuole	Prosecuzione sensibilizzazione sul Violenza di genere e M/A in particolare nelle scuole	
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S   N		S	31/12/2017	S	S	S	IL SST NON E' UNICO DI LIVELLO DISTRETTUALE, A è UNIFICATO RISPETTO ALLE TRE ATO IN CUI è DIVISO IL DISTRETTO
57	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S   N		S	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Scheda regionale	Indicatore da monitorare	Indicatore DGR 1423/2017	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020	Note
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	220	31/12/2017	220	220	220	il dato rappresenta una stima dell'attività delle équipe multidisciplinari, in quanto non viene sistematicamente rilevato. si attizzerà al proposito un sistema di rilevazione più puntuale

#### **4. SEZIONE DEDICATA AL TEMA POVERTA'**

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

La priorità di intervento per l'utilizzo della quota fondo povertà destinata al rafforzamento del sistema di interventi e servizi a contrasto alla povertà rimane come è ovvio il rafforzamento del Servizio Sociale Territoriale nell'area della presa in carico, effettuando assunzioni dirette di assistenti sociali nel limite di un terzo delle risorse assegnate come da deroga concessa nella Legge di Bilancio 2018 (L. 205/2017, comma 200) in sintonia con la programmazione delle risorse effettuata sul PON INCLUSIONE Avviso 3.

Si ritiene inoltre prioritario per l'ambito distrettuale l'implementazione di:

- interventi di sostegno per l'accesso al REI in particolare nella fase del preassessment, tramite l'acquisizione di risorse educative da affiancare al lavoro degli Sportelli sociali che possano anche essere impiegate nella fase di monitoraggio e accompagnamento alla realizzazione dei progetti personalizzati (in particolare collegati ai progetti di tenuta ed uscita del co-housing)
- interventi di sostegno alla genitorialità (in particolare Home visiting sia come consulenza e accompagnamento sia come educativa centrata sulle competenze genitoriali, così come nell'articolazione di interventi brevi e intensivi sulla prevenzione della depressione post-partum e nell'organizzazione di incontri con gruppi di genitori)
- interventi sperimentali sull'occupabilità, visto che l'esperienza di questi anni ci ha evidenziato una ampia fascia di persone per le quali occorre pensare all'occupabilità, prima ancora che all'occupazione.
- formazione, nell'accezione precipua di accompagnamento e supervisione degli operatori alla messa in opera delle nuove metodologie richieste
- contributi per il mantenimento dell'alloggio (affitto, utenze) ed esoneri dai servizi socio-educativi ed educativi.

##### **4.2 Sintesi delle scelte previste all'avviso 3 PON INCLUSIONE**

Nell'ambito delle opportunità offerte dall'avviso 3 PON INCLUSIONE, il Distretto di Reggio Emilia ha optato per concentrare le azioni sul rafforzamento dei Servizi Sociali, nella consapevolezza che si in termini quantitativi che in termini qualitativi (assunzione di nuove metodologie, equipe multidisciplinari, patti condizionali..) il Servizio sociale, in tutte le sue componenti avrebbe subito un impatto importante dall'implementazione delle varie misure (SIA, RES, REI) che si sono succedute.

Il rafforzamento del Servizio sociale è avvenuto su più fronti:

- assunzione di 3 assistenti sociali da parte del Comune di Reggio Emilia per le funzioni di assessment, accompagnamento e monitoraggio delle progettazioni individualizzate
- assunzione di una assistente sociale part-time (26 ore) da parte dell'Unione Terra di Mezzo per le funzioni di assessment, accompagnamento e monitoraggio delle progettazioni individualizzate
- acquisizione tramite affidamento esterno di competenze educative per le funzioni di preassessment presso lo Sportello Sociale di Unione Colline Matildiche
- acquisizione tramite affidamento esterno di competenze di mediazione culturale e linguistica presso lo Sportello sociale di Unione Colline Matildiche
- acquisizione tramite affidamento esterno di competenze di accompagnamento educativo riguardanti la tematica occupabilità e avviamento al lavoro per il supporto del Servizio Sociale del Comune di Reggio Emilia.

Sono state assunte le assistenti sociali previste ed inserite nel Servizio ed espletate la gare di fornitura previste – le risorse acquisite sono tutte operative.



#### 4.3 Sintesi del Piano Integrato Territoriale dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari ai sensi della L.R. 14/15 e così come previsto nella DGR 73/2018

il piano integrato territoriale (PiT - ALLEGATO) e le misure ad esso connesse concorrono a comporre il quadro degli interventi a sostegno dell'accompagnamento progettuale della fasce più deboli della popolazione in carico al sistema dei servizi sociali, sanitari e del lavoro, con l'obiettivo di

- sviluppare percorsi a sostegno dell' occupabilità, lavorando sugli aspetti di capacitazione e promozione delle competenze;
- valorizzare le pratiche di lavoro integrate fra i vari professionisti (operatori sociali, delle Pal, del sistema della formazione..) per una più efficace messa a sistema delle diverse misure.

Le priorità d'intervento individuate sono:

- promozione di interventi che consentano flessibilità di progettazione e gestione delle misure in relazione a bisogni nuovi che l'utenza vulnerabile porta, fornendo opportunità dirette di contatto e inserimento nel mercato del lavoro locale;
- sviluppo di pratiche di interazione progettualmente orientate con le reti informali, la comunità locale e il privato sociale, sperimentando modalità di lavoro innovative.

Le risorse disponibili sono

Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
<b>FSE - FONDO SOCIALE EUROPEO</b>	1.035.916,00	x	x
<b>FRD - FONDO REGIONALE DISABILI</b>	0	0	0
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	103.591,6	x	x
<b>FONDO SOCIALE LOCALE</b>	0	0	0
<b>FONDO SANITARIO REGIONALE</b>	30.000	X	X
<b>TOTALE RISORSE DESTINATE</b>	1.169.507,6		

Con queste risorse si andranno a finanziare i seguenti interventi:

<b>FORMAZIONE</b>	Pur accordando rilievo prevalente allo strumento "tirocinio", non si esclude l'attivazione di tutto il ventaglio di misure di politica attiva disponibili. Per quanto concerne la Formazione riferita al Sistema Regionale delle Qualifiche, si individuano come aree professionali privilegiate quelle legate ai servizi di pulizia, magazzinaggio, igiene ambientale (spazzamento, cura del verde, ecc.), ristorazione, assemblaggio meccanico.
<b>TIROCINI</b>	Le esperienze pregresse confermano il tirocinio come misura prioritaria e congruente con la tipologia di persone da

	coinvolgere. Da qui l'attribuzione di oltre il 50% del budget previsto alle varie misure inerenti lo strumento tirocinio: promozione, indennità, formazione per la sicurezza.
<b>SUPPORTO AL LAVORO</b>	<p>Si mantiene un elevato numero di ore da destinare all'orientamento specialistico, supporto flessibile e trasversale a tutte le misure previste dal PIT.</p> <p>Riferiamo a quest'ambito anche gli interventi di Formazione permanente ed in particolare: formazione alla sicurezza; formazione alla ricerca attiva da realizzarsi per piccoli gruppi e con modalità di orientamento prettamente laboratoriali. In considerazione del target di riferimento, nei tirocini formativi è possibile prevedere un potenziamento del tutoraggio ovvero "attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi". Restano invece limitate le risorse dedicate all'accompagnamento al lavoro, visto da un lato il target (con particolare riferimento a utenza Sert e CSM), dall'altro il suo essere strumento "a risultato".</p>
<b>SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE</b>	<p>la dimensione dell' occupabilità e della riduzione dello svantaggio, in un contesto segnato dalla multidimensionalità dei bisogni e delle relative risposte, possono trovare corrispondenza in una logica d'intervento descritto come un complesso processo interattivo di momenti interconnessi e articolati su vari livelli. Alcuni elementi qualitativi trasversali (quali ad esempio: la forte prevalenza di nuclei monogenitoriali, la significativa presenza di persone straniere, ostacoli nell'apprendimento linguistico ...) necessitano di pratiche di lavoro che, sull'asse socioeducativo, promuovano e sostengano la genitorialità, la conciliazione tempi di lavoro/tempi di vita, la condizione abitativa e detendano – ove possibile – tensioni sociali/familiari compromesse e a forte rischio conflittualità.</p>
<b>TRASFERIMENTI IN DENARO</b>	Sono qui ricompresi in attivazioni sinergiche le molteplici tipologie di contributi così come mappati nel Piano di zona sociale e sanitario.

#### **4. 4 Informazioni sull'organizzazione e sulle caratteristiche dei servizi per ambito distrettuale**

Rispetto ai livelli essenziali di cui al Dlgs 147/17, come richiamati nel Piano regionale di contrasto alla povertà (DAL 157 del 6 giugno 2018), in particolare punto 7 a) si evidenzia che la situazione del Distretto di Reggio Emilia (diviso nelle 3 ATO descritte nel capitolo riguardante la struttura istituzionale del Distretto) è la seguente:

##### **COMUNE DI REGGIO EMILIA:**

- al 30/06/2018 in servizio attivo 53 assistenti sociali (di cui una unità a 18 ore e una unità a 31 ore, per un totale di assistenti sociali EQUIVALENTI pari a 52,3), tutte dipendenti del Comune di Reggio Emilia. Il rapporto a livello del Comune di Reggio Emilia tra assistenti sociali in servizio attivo e popolazione è pari a 1 assistente sociale ogni 3.823 abitanti (abitanti comune di Reggio Emilia 1/1/2017 171.714). Delle 53 assistenti sociali in servizio 14 sono state assunte a tempo

determinato con varie scadenze contrattuali e 3 di queste sono state state assunte con le risorse del PON INCLUSIONE avviso 3.

- i punti di accesso REI/RES presenti nel Comune di Reggio Emilia corrispondono agli Sportelli sociali e sono 5, corrispondenti a 1 punto di accesso ogni 34.342 abitanti

DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	ORARI DI APERTURA
SPORTELLO SOCIALE POLO NORD	Via Fratelli Manfredi 12/c	Lunedì e venerdì ore 8:30-10:30, mercoledì ore 11-13:30, martedì 14:30-17:30
SPORTELLO SOCIALE POLO EST	Via Giovanni Vecchi 2/a	Lunedì e venerdì ore 8:30-10:30, mercoledì ore 11-13:30, martedì 14:30-17:30
SPORTELLO SOCIALE POLO SUD	Via Gandhi 20	Lunedì e venerdì ore 11-13:30, mercoledì ore 8:30-10:30, giovedì 14:30-17:30
SPORTELLO SOCIALE POLO OVEST	Via Fratelli Cervi 70	Lunedì e venerdì ore 11-13:30, mercoledì ore 8:30-10:30, giovedì 14:30-17:30
SPORTELLO PRONTO INTERVENTO SOCIALE (P.I.S.)	Galleria Santa Maria 1	Lunedì 8:30-13; giovedì 14:30-17:30

#### UNIONE TERRA DI MEZZO

- al 30/06/2018 in servizio attivo 7 assistenti sociali full time, di cui 6 dipendenti dal Unione Terra di Mezzo e una da ASP OPUS CIVIUM. Il rapporto a livello di Unione Terra di Mezzo tra assistenti sociali in servizio attivo e popolazione è pari a 1 assistente sociale ogni 4.151 abitanti (abitanti Unione Terra di Mezzo 1/1/2017 29.157). Delle 7 assistenti sociali in servizio 2 sono state assunte a tempo determinato con varie scadenze contrattuali e 1 di queste è stata (parzialmente – 23 ore a settimana) assunta con le risorse del PON INCLUSIONE avviso 3.

- i punti di accesso REI/RES presenti nell'Unione Terra di Mezzo corrispondono agli Sportelli sociali e sono 3, corrispondenti a 1 punto di accesso ogni 9.685 abitanti

DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	ORARI DI APERTURA
SPORTELLO SOCIALE UNIONE TERRA DI MEZZO	Piazza della Libertà 1, CADELBOSCO DI SOPRA	Mercoledì ore 9-13, giovedì ore 14:30-17:30
SPORTELLO SOCIALE UNIONE TERRA DI MEZZO	Piazza IV Novembre, CASTELNOVO DI SOTTO	Lunedì ore 9-13, sabato ore 8:30-12
SPORTELLO SOCIALE UNIONE TERRA DI MEZZO	Piazza Garibaldi 5/1, BAGNOLO IN PIANO	Martedì e venerdì ore 9-13

#### UNIONE COLLINE MATILDICHE

- al 30/06/2018 in servizio attivo 8 assistenti sociali (di cui una a 30 ore e 1 a 26 ore, per un totale di assistenti sociali EQUIVALENTI pari a 7,55), di cui 7 dipendenti dal Unione Colline Matildiche e una da Cooperativa Sociale. Il rapporto a livello di Unione Colline Matildiche tra assistenti sociali in servizio attivo e popolazione è pari a 1 assistente sociale ogni 3.474 abitanti (abitanti Unione Colline Matildiche 1/1/2017 26.231). Delle 8 assistenti sociali in servizio 2 sono state assunte a

tempo determinato con varie scadenze contrattuali e 1 di queste è stata (26 ore a settimana) assunta con le risorse del PON INCLUSIONE avviso 3.

- i punti di accesso REI/RES presenti nell'Unione Terra di Mezzo corrispondono agli Sportelli sociali e sono 1, corrispondenti a 1 punto di accesso ogni 26.231 abitanti

DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	ORARI DI APERTURA
SPORTELLO SOCIALE UNIONE COLLINE MATILDICHE	Via Fratelli Cervi 4, QUATTRO CASTELLA	Martedì, mercoledì e venerdì ore 8:30-13, giovedì ore 10-16, sabato ore 8:30-12

#### **4.5 Modello di governance realizzato a livello distrettuale che rappresenta l'articolazione della rete della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale**

Ai sensi del punto 6 c) del Piano Povertà Regionale, il Comitato di Distretto di Reggio Emilia, integrato con la Dirigente del Centro per l'Impiego locale, prevederà almeno due incontri annuali sul tema dell'inclusione sociale, analizzando l'andamento della L.14/2015 e delle misure di sostegno al reddito (REI/RES) nelle loro varie sfaccettature di progettazione ed intervento, con la partecipazione delle OOSS e delle organizzazioni del Terzo Settore maggiormente rappresentative sul tema. Scopo degli incontri saranno il monitoraggio dell'andamento della rete di protezione e di inclusione sociale del Distretto e la manutenzione della rete stessa.

#### **4.6 Modello organizzativo per l'attivazione costituzione e funzionamento dell'equipe multidisciplinare**

Il Distretto di Reggio Emilia è dotato di Unità di Valutazione Multidimensionali per ogni area di intervento, già formalizzate a livello di Accordi di programma (vedi Accordi di Programma allegati al Piano di Zona) a livello dell'integrazione socio-sanitaria. Inoltre, è prassi già da molti anni nel Distretto inserire negli obblighi contrattuali assunti dagli Enti Gestori la partecipazione a momenti di valutazione ed è prassi consolidata la collaborazione degli Enti del Terzo Settore alle progettazioni sui nuclei e le persone in carico ai servizi. Non si ritiene necessario identificare nessuna ulteriore formalizzazione delle Equipe di valutazione multidisciplinare, pensando di avvalersi delle Unità di Valutazione esistenti, eventualmente arricchite da contaminazioni tra aree. Gli accordi già presenti a livello distrettuale, riassunti negli allegati Accordi di Programma appaiono al momento sufficienti per l'attivazione delle equipe previste per il REI/RES.

E' necessario un ragionamento sulle funzioni delle equipe multidisciplinari, anche in rapporto al rimando alle equipe attivate rispetto al funzionamento della L.14/2015. Le equipe multidisciplinari svolgono molteplici ruoli:

- valutativo: analisi della situazione nel suo complesso di fattori di fragilità e di fattori risorsa, individuazione dei bisogni, conoscenza della storia, delle storie, del contesto, creazione di un legame ecc.
- progettuale: sulla base della valutazione vengono costruite proposte di risposte ed interventi da attivare cercando di ricomporre sul caso la frammentazione degli interventi e delle risposte su cui verte il sistema di welfare (sociali, sanitari, socio-sanitari, lavoristici, territoriali ecc.). Il progetto si basa inoltre sulla negoziazione degli obiettivi e delle pattuizioni tra i nuclei e i servizi.
- di monitoraggio, verifica e accompagnamento al dispiegarsi del progetto, con individuazione di tempistiche di verifica, di responsabili di verifica e accompagnamento, di step di rivalutazione

- certificativo: il passaggio in equipe multidisciplinari fornisce porta di accesso ai servizi, certificando condizioni dei nuclei come congruenti ai servizi messi in campo e assunzione di impegni di spesa sul nucleo.

Per ottenere il risultato di articolare valutazioni, progetti ed accompagnamenti abbiamo già verificato da lungo tempo che l'immaginare equipe centralizzate e "specialistiche" non porta al risultato atteso, pur esercitando in maniera più semplice la funzione certificativa. Per esercitare le prime tre funzioni previste occorre che le equipe siano formate dagli operatori che hanno in carico il caso a livello territoriale (o che sono individuati come potenziali risorse per la progettazione futura), che ne conoscono la storia, le fragilità e le risorse, il rapporto con i servizi, che conoscono le risorse di quel territorio e con esso riescono ad interloquire.

Per questo motivo le nostre Unità di Valutazione Multidimensionali sono articolate in modo vario a seconda del settore di intervento, ma tengono sempre al loro interno gli operatori sociali, sanitari e del Terzo Settore che intervengono sul caso, contengono figure di raccordo e coordinamento ma non si basano sulla centralizzazione e la "specializzazione". La funzione certificativa e di accesso ai servizi prevede ovviamente una tenuta (in back office) complessiva ed esercitata in maniera organizzata.

L'equipe della L. 14/2015, per molteplici motivi principalmente collegati all'attuale strutturazione del Centro per l'Impiego, carente di risorse umane da investire sulle equipe e soprattutto non abituato a modalità di lavoro territoriali e con approfondimenti valutativi sul contesto delle situazioni che vengono valutate (tipico delle politiche attive del lavoro), è l'unica equipe centralizzata, ma svolge nel nostro Distretto funzioni molto orientate alla parte certificativa, non essendo al momento strutturata per lo svolgimento delle prime tre funzioni analizzate. L'obiettivo del Distretto di Reggio Emilia appare quindi opposto a quello delineato dal Piano regionale di lotta alla povertà, cioè quello di far lavorare le equipe della L. 14/2015, in corrispondenza del previsto rafforzamento dei Centri per l'Impiego, rafforzamento che speriamo consistente sia in quantità che in sviluppo di competenze specifiche, con le modalità di lavoro delle Unità di Valutazione Multidimensionali presenti in tutte le aree dell'integrazione socio-sanitaria, centrate sulla significatività della conoscenza e della vicinanza alle persone e ai nuclei valutati e al territorio e al contesto che li esprime. D'altra parte, gli strumenti e le linee guida collegate alle progettazioni REI esprimono una necessità di grande conoscenza delle fragilità e risorse dei nuclei trattati e dei contesti che possono supportarli.

#### **4.7.Modalità e strumenti per la partecipazione e il confronto con i soggetti del Terzo Settore a livello distrettuale**

Le modalità di collaborazione e confronto con i soggetti del Terzo Settore sono ampiamente praticate nell'organizzazione dei Servizi sociali del Distretto di Reggio Emilia che hanno da tempo compiuto una scelta di organizzazione territoriale (cinque Poli di Servizio Sociale nel Comune di Reggio Emilia e due Poli, articolati anche a livello comunale, nelle due Unioni facenti parti del Distretto. E' nel lavoro quotidiano di confronto sui casi e di organizzazione e animazione del tessuto sociale del territorio che si attuano le collaborazioni utili e sensate per l'attuazione delle misure a contrasto della povertà e dove si intercettano anche soggetti del Terzo Settore che non hanno rappresentanza di livello cittadino ma sono comunque fortemente radicati nel territorio.

La collaborazione già in essere sarà ulteriormente implementata da momenti di confronto come dal punto 5 e dal prosieguo delle attività periodiche del Tavolo povertà (nelle sue varie articolazioni già attive da anni su tematiche specifiche) in cui partecipano i soggetti partner del Terzo Settore e le realtà pubbliche (Comuni, Sanità territoriale) e che si attuano su temi generali di programmazione ma anche su ambiti specifici (emergenza freddo, ad esempio).

Si fa riferimento alla sezione 3 (schede intervento per la declinazione delle schede attuative del PSSR N. 22 e 23)

## 5. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO

Il Piano di Zona di Reggio Emilia parte da lontano e si avvale del lavoro di anni di gruppi di lavoro in particolare incentrati sulle seguenti tematiche:

- integrazione socio-sanitaria: sono stati istituiti gruppi di lavoro interistituzionali per ogni ambito di lavoro (vedi quattro ambiti del contrasto alla fragilità) a composizione variabile ma tutti con ampia rappresentanza di settori del sociale (servizi sociali territoriali, programmazione sociale, servizi socio-educativi, servizi per l'infanzia, servizi per la casa, servizi sociali salute mentale e dipendenze, servizi per il lavoro ecc.). In alcuni di questi gruppi di lavoro è stata prevista una partecipazione stabile da parte degli enti gestori privati e pubblici dei servizi e delle associazioni dei familiari e del territorio.

- organizzazione e qualità dei servizi in diversi gruppi di lavoro con i partner di progetto (gestori e associazioni) (accompagnamento all'accreditamento, coordinamento servizi disabili, incontri annuali di verifica di servizio per tutti i servizi/interventi afferenti al FRNA, percorso partecipativo Reggio Città Senza Barriere, percorsi partecipativi collegati alle Case della Salute, ecc.)

- co-costruzione di percorsi valutativi e di monitoraggio per situazioni in carico (in particolare attuati attraverso il lavoro delle Unità di Valutazione multidimensionali, UV Handicap, UV Salute mentale, UV minori, UV SIA/REI/RES).

La regia di tutti questi gruppi di lavoro è affidata all'Ufficio di Piano distrettuale a composizione fissa che in questi anni ha sviluppato modalità di lavoro serrate e fortemente integrate tra i suoi vari componenti.

L'Ufficio di Piano ha proposto e il Comitato di distretto ha approvato anche l'organizzazione di un evento collettivo, tenutosi lo scorso 21 giugno, articolato su una mattinata di riflessione condotta dall'Ufficio di Piano sulla fotografia del territorio, lo stato di salute della popolazione e le principali tematiche trasversali di lavoro

Le quattro linee trasversali di discussione:

### **1 . I l s o s t e g n o a l / a i c a r e g i v e r :**

Riflettere su come i servizi di ogni tipo possano focalizzare attenzione sul sostegno al/ai caregiver come azione di riparazione e cura del soggetto fragile

### **2 . L a c u r a d e l l a c o m u n i t à :**

Come valorizzare il capitale sociale della comunità reggiana, inteso come straordinaria risorsa relazionale, nell'azione dei servizi

### **3 . L a c r o n i c i t à**

Riflettere sulla programmazione delle strutture e dei servizi sanitari (in particolare sul ruolo delle Case della Salute) e dei progetti di vita delle singole persone (es. Budget di Salute e Dopo di Noi)

### **4 . L a p o v e r t à**

Riflettere su tutte le dimensioni della povertà:

🌐 dinamiche (instabilità lavorativa, affettiva, emotiva);

🌐 croniche (bambini in condizioni di povertà rispetto alla cronicizzazione della loro condizione);

🌐 evolutive (più la condizione è persistente più è difficile uscirne);

🌐 legate alle aspettative (sia dal punto di vista dei servizi che delle persone);

🌐 altre (educativa, relazionale, di integrazione)

Queste tematiche trasversali sono state consegnate al lavoro di cinque tavoli tematici nel pomeriggio, condotti da componenti dell'Ufficio di Piano ed altri stretti collaboratori per la

trattazione e declinazione di ambito e per la riflessione che ha poi trovato spazio anche nella stesura del presente Piano. All'evento mattutino e ai tavoli tematici pomeridiani hanno partecipato circa 150 tra professionisti del sociale (nella sua più ampia accezione) e del sanitario ed organizzazioni sia del pubblico, che del privato che dell'associazionismo. Nell'autunno sarà organizzato anche un evento di restituzione alla stessa platea. Si intende proseguire il lavoro dei tavoli durante il percorso di realizzazione del Piano di Zona con modalità flessibili e variabili connesse al tessuto di relazioni sociali del distretto.



## 6. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Il Piano di Zona così come è venuto configurandosi sul territorio della Regione Emilia-Romagna e sul territorio del Distretto di Reggio Emilia è un processo dinamico, ad elevata funzionalità programmatoria e la valutazione è quindi essa stessa un processo dinamico e multidimensionale.

La valutazione assume quindi una valenza strategica: la valutazione in itinere è un'azione strettamente connessa con le attività di progettazione ed implementazione del Piano di zona, a partire da una valutazione ex ante per arrivare ad una valutazione finale. Inoltre, la valutazione è utile per il processo decisionale, in quanto le informazioni e i dati servono per formulare giudizi e, su questa base, riprogettare corsi di azione. La valutazione, infine, ha finalità euristiche, pedagogiche, aiuta a comprendere meglio le scelte fatte e le loro implicazioni, aiuta da individuare cosa funziona e cosa non è adeguato, aiuta a scoprire aspetti nuovi ed inaspettati.

La valutazione, così come la costruzione del Piano, è inoltre un evento partecipativo in quanto momento di apprendimento collettivo dei soggetti che concorrono alla realizzazione delle politiche sociali pubbliche.

L'Ufficio di Piano, in questi anni, anche tramite consistenti investimenti sul Sistema informativo, si è attrezzato per la raccolta di dati utili alla valutazione, mettendoli a disposizione dei decisori e dei vari tavoli di lavoro attivati.

In particolare su alcuni ambiti in cui la parte integrata è molto forte e su cui sono prescritte rilevazioni di livello regionale o nazionale (vedi ambito anziani, disabili, sostegno alla povertà) ma in via di perfezionamento anche su altri, si sono attivati strumenti per il monitoraggio:

- delle risorse: quanti e quali risorse (economiche, umane, strumentali) vengono impiegate per realizzare le linee progettuali;
- di processo: quanto, come e quando le risorse (economiche, umane e strumentali) vengono utilizzate e quanto e come un servizio qualifica le proprie risorse per rendere servizi adeguati
- di prodotto: quanto un servizio ha prodotto in termini di volume di attività, di utenza servita, di strumenti realizzati

Parziali sono ancora gli strumenti di monitoraggio in termini di

- risultato: quanto un servizio ha raggiunto gli obiettivi individuati (esiti) e quale livello di soddisfazione ha generato l'erogazione dei servizi previsti nella committenza e nell'utenza
- impatto: quali trasformazioni il servizio ha generato per gli utenti, i Servizi e la comunità.

In particolare, questi ultimi due item vengono perseguiti tramite una valutazione partecipata tra i gestori dei servizi e la committenza, mentre appare assai più difficoltoso attuare valutazioni partecipate sulla comunità.

Priorità di lavoro dei prossimi anni sarà quella di mettere maggiormente a sistema i dati, le informazioni, i monitoraggi effettuati e rafforzare la valutazione partecipata, elemento strategicamente cruciale ma che richiede consistente investimento.

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Comune (specificare)	QUATTRO CASTELLA	€ 533.625,00	€ 205.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 738.625,00
Unione di comuni (specificare)	COLLINE MATILDICHE	€ 268.339,00	€ 323.900,00	€ -	€ 299.000,00	€ 51.774,00	€ 103.797,00	€ 360.400,00	€ 1.407.210,00
Comune (specificare)	ALBINEA	€ 663.992,00	€ 204.099,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 868.091,00
Comune (specificare)	VEZZANO SUL CROSTOLO	€ -	€ 51.500,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.500,00
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 103.592,00	€ -	€ 103.592,00
Centri per le famiglie	REGGIO EMILIA E QUATTRO CASTELLA	€ 46.219,88	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 46.219,88
Lotta alla tratta	REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 25.720,00	€ -	€ 25.720,00
Carcere		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 53.642,30	€ -	€ 53.642,30
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 22.989,56	€ -	€ 22.989,56
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ -	€ 2.089.412,00	€ -	€ 7.820.415,00	€ -	€ -	€ -	€ 9.909.827,00
Comune (specificare)	REGGIO EMILIA	€ 21.702.269,00	€ 5.727.243,00	€ 646.000,00	€ 3.455.217,00	€ 403.745,00	€ 1.895.845,00	€ 1.311.136,00	€ 35.141.455,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	UE PROGETTO LIASE REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ 5.000,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	SPRAR E MSNA REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.364.409,00	€ -	€ -	€ 1.364.409,00
Altri fondi regionali (specificare)	TPL COMUNI DEL DISTRETTO	€ -	€ 26.329,00	€ -	€ 26.329,00	€ -	€ -	€ -	€ 52.658,00
Altri fondi regionali (specificare)	ABBATTIMENTO BARRIERE	€ -	€ 280.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 280.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	ATTIVITA' MOTORIA REGGIO EMILIA	€ 10.600,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 10.600,00
Altri fondi regionali (specificare)	CONCILIAZIONE VITA E LAVORO	€ 347.110,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 347.110,00
Altri fondi regionali (specificare)	DIRITTO ALLA CASA REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 322.138,00	€ -	€ 322.138,00
Altri fondi regionali (specificare)	PROGETTI GIOVANI REGGIO EMILIA	€ 63.445,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 63.445,00
Altri fondi regionali (specificare)	PONTI PER LA CITTADINANZA REGGI EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 24.000,00	€ -	€ -	€ 24.000,00
Altri fondi regionali (specificare)	PROGETTI COMUNICAZIONE POP IMMIGRATA REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.700,00	€ 15.700,00

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	OLTRE LA STRADA REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 218.695,00	€ -	€ 218.695,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	HOME CARE PREMIUM REGGIO EMILIA	€ -	€ 110.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 110.000,00
Fondo FAMI		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 21.906,00	€ -	€ 21.906,00
AUSL (specificare)	GIOVANI E DIPENDENZE	€ -	€ -	€ 161.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 161.000,00
Altri soggetti privati (specificare)	SPONSORIZZAZIONE REGGIO EMILIA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Altri soggetti privati (specificare)	SPONSORIZZAZIONI PROGETTI SCUOLA REGGIO EMILIA	€ 74.837,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 74.837,00
Altri fondi regionali (specificare)	DIRITTO ALLO STUDIO REGGIO EMILIA	€ 28.871,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 28.871,00
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	FONDI MINISTERIALI RESIDENZE MINORI REGGIO EMILIA	€ 400.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 400.000,00
Fondo sociale locale - Risorse regionali	comuni del distretto	€ 498.349,65	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 126.000,00	€ 262.611,12	€ 886.960,77
Fondo sociale locale - Risorse statali	comuni del distretto	€ 621.920,89	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 365.255,13	€ -	€ 987.176,02
Unione di comuni (specificare)	UNIONE TERRA DI MEZZO	€ 290.284,00	€ 199.543,00	€ -	€ 420.640,00	€ 2.318,00	€ 37.960,00	€ 292.599,00	€ 1.243.344,00
Comune (specificare)	BAGNOLO IN PIANO	€ 342.103,00	€ 97.310,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 439.413,00
Comune (specificare)	CADELBOSCO DI SOPRA	€ 178.000,00	€ 91.600,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 269.600,00
Comune (specificare)	CASTELNOVO DI SOTTO	€ 262.100,00	€ 87.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 349.100,00
AUSL (specificare)	COMPARTICIPAZIONE E SPESA MINORI UTM	€ 12.810,62	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.810,62
Altre fondi statali/pubblci (specificare)	HOME CARE PREMIUM UTM	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.520,00	€ 2.520,00
Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC..)	LEGGE 104/1992 UTM	€ -	€ 6.400,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 6.400,00
Altri soggetti privati (specificare)	COMPARTICIPAZIONE E UTENTI UTM	€ 3.700,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 9.000,00	€ -	€ 12.700,00
FRNA		€ -	€ 5.882.930,00	€ -	€ 15.479.827,00	€ -	€ -	€ 257.950,00	€ 21.620.707,00
FNNA		€ -	€ 716.770,00	€ -	€ 862.018,00	€ -	€ -	€ -	€ 1.578.788,00
<b>Totale (al lordo della compartecipazione utenti)</b>		<b>€ 26.348.576,04</b>	<b>€ 16.099.036,00</b>	<b>€ 807.000,00</b>	<b>€ 28.363.446,00</b>	<b>€ 1.851.246,00</b>	<b>€ 3.306.539,99</b>	<b>€ 2.522.916,12</b>	<b>€ 79.298.760,15</b>

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
<b>Totale (al netto della compartecipazione utenti)</b>		€ 26.348.576,04	€ 16.099.036,00	€ 807.000,00	€ 28.363.446,00	€ 1.851.246,00	€ 3.306.539,99	€ 2.522.916,12	€ 79.298.760,15



## DECRETO DEL SINDACO DI REGGIO EMILIA

**Oggetto: APPROVAZIONE DELL' ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'APPROVAZIONE DEL PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020 – COMPENSIVO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO 2018 – DELL'AMBITO DISTRETTUALE DI REGGIO EMILIA**

Il Sindaco di Reggio Emilia

Vista la Legge 8 novembre 2000 n. 328, recante "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e la Legge Regionale 12 marzo 2003 n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

### PREMESSO CHE

- La L.R. 12/3/2003, n.2 "*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 L.R. 29/12/2004, n. 29 "*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**

- L'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Reggio Emilia nella seduta del 16 luglio 2018 ha stabilito la ripartizione del FRNA per l'anno 2018.
- Il Comitato di distretto di Reggio Emilia, così come definito dalle leggi regionali 19/199417 e 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 di Reggio Emilia e avvalendosi dell'Ufficio di piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni.
- Il ruolo del Comitato di distretto è svolto dal Sindaco o suo Delegato del Comune Capoluogo e dei Presidenti pro-tempore delle due Unioni che compongono il Distretto: Unione Colline Matildiche e Unione Terra di Mezzo, coincidenti con i due ATO approvati con deliberazione della Giunta Regionale n. 286 del 18 marzo 2013.
- Agli incontri del Comitato di Distretto partecipa il Direttore di Distretto di Reggio Emilia 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 integrato 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 programmatica e organizzativo-gestionale dell'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello distrettuale.

#### **RILEVATO CHE:**

Si è dato corso, ad approvazione del Piano sociale e sanitario regionale, nel distretto di Reggio 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, attraverso incontri locali/tavoli di programmazione orientati allo sviluppo di un welfare partecipativo ed inclusivo.

#### **RICHIAMATA**

la convenzione per la costituzione dell' Ufficio di Piano e la gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, stipulata tra il Comune capo-distretto (Reggio Emilia) e l'Azienda USL Distretto di Reggio Emilia in base alla deliberazione del Consiglio Comunale di Reggio Emilia n. 182/2013 dell'11/11/2013 e agli atti dei Consigli dell'Unione Terra di Mezzo (n. 12/2013) e dell'Unione Colline Matildiche (n. 11/2013), recepita con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Reggio che individua il Comune di Reggio Emilia quale Comune capofila per la stipula della convenzione stessa, coerentemente a quanto disposto dalla Regione Emilia-Romagna con delibera di Giunta n. 1004/2007. Direttore Generale dell'Azienda USL di Reggio;

Visto l'art.34 del T.U. 267/2000

#### **DECRETA**

Di approvare, ad ogni effetto di legge, l' Accordo di Programma di adozione del "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, attivi sul territorio e sottoscritto da Comune di Reggio Emilia, Unione Colline Matildiche, Unione Terra di Mezzo, Azienda USL Distretto di Reggio Emilia.

Si approvano inoltre i seguenti allegati a valenza distrettuale:

1. Accordi di Programma per l'integrazione socio-sanitaria 2018-2020 (Accordo di programma area Anziani, Accordo di programma area Disabili, Accordo di programma area Famiglie, Bambini e Ragazzi, Accordo di Programma area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche)
2. Linee di indirizzo per l'accesso al percorso "Dimissione Protetta in CRA"

3. Linee di indirizzo per la contribuzione alle Famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto domiciliare "Assegno di cura"
4. Criteri per la contribuzione ai nuclei familiari che sostengono nel proprio contesto di vita persone in situazione di handicap grave e persone in situazione di gravissimo handicap acquisito (assegno di cura e sostegno, contributo assistenti familiari, assegno di cura GRAD, contributi residenzialità emancipata autogestita)
5. procedura per l'attivazione dell'assistenza sanitaria di base a domicilio secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)
6. Protocollo a sostegno della transizione di utenti in carico alla NPI all'ambito Disabili Adulti

Reggio Emilia, 31 luglio 2018

**IL SINDACO**

**Luca Vecchi**



## **ALLEGATO 1**

### **ACCORDI DI PROGRAMMA PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA 2018-2020**

- ACCORDO DI PROGRAMMA AREA ANZIANI**
- ACCORDO DI PROGRAMMA AREA DISABILI**
- ACCORDO DI PROGRAMMA AREA FAMIGLIE BAMBINI E RAGAZZI**
- ACCORDO DI PROGRAMMA AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**

# **Accordo di Programma dei servizi integrati dell'area Anziani 2018-2020**

INDICE

PREMESSA

1. RISULTATI ED OBIETTIVI

1.1 - RISULTATI ED OBIETTIVI SU SINGOLI PEZZI DI SISTEMA

1.2 - RISULTATI ED OBIETTIVI DI SISTEMA

1.3 - OBIETTIVI GENERALI DI SISTEMA DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

2. DISPOSITIVI ORGANIZZATIVI

2.1 – FUNZIONI E SVILUPPO DEL SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI

2.2 - TAVOLO DI MONITORAGGIO REGOLAMENTO SAA

2.3 - PERCORSO DI ACCOMPAGNAMENTO AI GESTORI DEI SERVIZI ACCREDITATI

2.4 – LA PARTECIPAZIONE

3. SERVIZI E PERCORSI

3.1 - CASE DELLA SALUTE

3.2 - POLI TERRITORIALI DI SERVIZIO SOCIALE

3.3 - SERVIZI ACCREDITATI E SERVIZI "LEGGERI": LA RETE SOCIO-SANITARIA

4. MODALITA' DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

**Premessa**

Questo Accordo di Programma si inserisce nel quadro distrettuale degli accordi sull'integrazione socio-sanitaria nelle varie aree di intervento. E' stato costruito da un gruppo di lavoro interistituzionale ed intersettoriale nominato dall'Ufficio di Piano distrettuale che ha dato continuità ad un lavoro costante di monitoraggio ed aggiornamento e che proseguirà per conto dell'Ufficio di Piano nel monitoraggio dell'accordo stesso negli anni a venire.

La scelta effettuata è stata quella di assumere il precedente Accordo di Programma, costruito e firmato a fine 2010 con durata triennale e di fatto prorogato (al pari del Piano di Zona per la salute e il benessere sociale) fino a tutto il 2017 come base di lavoro di cui dare conto nell'analisi dei risultati raggiunti in questi anni, delle trasformazioni più importanti del sistema dei servizi là delineato e del rilancio di obiettivi con orizzonte almeno triennale.

## 1. Risultati ed obiettivi

### 1.1 – Risultati ed obiettivi su singoli pezzi di sistema:

- consolidamento e ulteriore costruzione di un **sistema informativo integrato** tra USL e Comune. Tramite l'avvenuta acquisizione da parte anche di AUSL del sistema informativo GARSIA si sono informatizzati tutti gli elementi del socio-sanitario in area anziani (valutazioni, formazione liste d'attesa, autorizzazione all'ingresso, ingressi). Inoltre, gli Enti gestori dei servizi accreditati (case protette, centri diurni, assistenza domiciliare) di tutto il distretto o direttamente (con inserimento diretto) o indirettamente (tramite flussi informatici tra GARSIA e i loro gestionali) alimentano le presenze nei servizi consentendo sia la gestione di report informativi (es. occupazione dei centri diurni di RETE) sia la capacità di controllo delle fatturazioni ricevute prima della loro liquidazione da parte di USL e FCR, sia il soddisfacimento degli obblighi informativi richiesti dalla RER e dallo Stato sui servizi per anziani non auto (FAR, SI-ADI, dati di attività e dati economici, sia FRNA che in prospettiva Fondo Sanitario). Lavoro ancora *in progress* per la costruzione di un sistema informativo il più possibile rispondente ai bisogni dei vari attori del sistema, ma già operativo. **OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:** Si conta di perfezionare il quadro sul sistema e di agganciare via via tutti i fornitori (es. CIR, TIL, AUSER) anche di servizi non accreditati. Inoltre, il sistema informativo sarà protagonista essenziale di uno dei più importanti obiettivi di sistema che ci prefiggiamo (vedi sotto), cioè il rafforzamento della valutazione dei singoli casi. Inoltre, sul sistema informativo ci sarà da approfondire il tema della protezione dei dati personali tramite formalizzazione di convenzione tra tutti gli utilizzatori del sistema e sarà opportuno fare un ragionamento atto a cogliere e convogliare in efficienza le possibili comunicazioni tra gli enti evitando ridondanze e semplificandole.

- **formazione dell'area anziani** diversi sono gli interventi attuati in questi anni, sia con formazioni con cicli strutturati sia con interventi su singole tematiche. Rimane sull'area formazione un tema di coordinamento delle varie opportunità offerte e un tema di valutazione dei bisogni formativi individuali e di sistema **OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:** mantenere una formazione costante e vicina ai bisogni dei singoli professionisti, ma il più possibile integrata anche con gli operatori degli enti gestori. Mantenimento sia di formazioni più tecniche e rapide (es. amministratore di sostegno, percorsi per la demenza, percorsi per malati oncologici, aggiornamenti sugli aspetti procedurali e sostanziali dei vari percorsi che interessano l'area anziani) sia di formazioni come quella effettuata nel 2014 che trattavano più orientamenti e percorsi di lavoro. Ruolo fondamentale avrà la formazione per tutti gli obiettivi di sistema (vedi sotto) che ci prefiggiamo per il prossimo AdP. Un obiettivo di premessa è l'impegno a raccogliere le varie esigenze formative di tutti gli attori del sistema e a raccordarle tra loro.

- **Consolidamento del PUA (PUASS) presso l'Ospedale Santa Maria Nuova** come elemento cruciale del percorso dimissioni protette e continuità assistenziale, con l'integrazione del Servizio Sociale Ospedaliero nel PUA che diventa quindi PUASS, integrando le competenze sociali e sanitarie. Il PUASS appare come punto di riferimento di tutte le tematiche della presa in carico e della dimissione protetta. Ad oggi la procedura di dimissioni attraverso il PUA coinvolge tutti i reparti del Presidio Santa Maria Nuova e, nel tempo, sono stati messi in campo percorsi strutturati per l'intercettazione di situazioni di fragilità dal Pronto Soccorso e per la presa in carico precoce di pazienti con disturbi del comportamento. E' in essere un percorso di segnalazione degli utenti ricoverati ospiti delle CRA per la valutazione del *setting* di cura appropriato al proseguimento del percorso assistenziale. E' in fase di sperimentazione uno strumento di segnalazione informatizzato che (Modello di Gordon) per l'identificazione delle problematiche che porterà al superamento della scheda attualmente utilizzata (BRASS) per le segnalazioni. La nuova scheda risulta essere un completamento del Programma ADI\_WEB già in uso presso il SID e consentirà così il superamento dei problemi legati alla gestione dei dati sensibili.

**OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:**

- aggancio con il servizio di sostegno domiciliare di ASP Reggio Emilia Città delle persone per attivazioni precoci del tutoring domiciliare e collaborazione con i Servizi di Assistenza Domiciliare del Distretto;
- applicazione del DPCM 12.1.2017 (nuovi LEA);
- organizzazione di *audit* con il personale delle CRA, per valutare il percorso di continuità assistenziale CRA-Presidio SMN e viceversa con messa in campo delle azioni di miglioramento necessarie.

- Messa a regime del sistema di segnalazione informatizzato

- **Servizi demenze:** in questi anni hanno raggiunto numeri importanti ed appaiono a livello regionale come uno dei migliori sistemi di tutela costruiti. In particolare, nel 2018, in collaborazione e su iniziativa di AIMA si è avviata la sperimentazione del Laboratorio Benessere rispetto agli ambiti di prevenzione primaria e si prevede di ampliare ad ulteriori Laboratori l'attività avviata.

OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:

- rafforzare l'integrazione tra il Centro Disturbi Cognitivi e gli altri punti della rete dei servizi demenze;
- mettere a regime ordinario il lavoro di informazione/formazione sui Poli Territoriali di Servizio Sociale e sui MMG rispetto alle opportunità offerte dalla rete dei servizi demenze,
- razionalizzare rispetto alle percentuali di occupazione l'attuale livello di capacità di risposta dei Nuclei Demenze.
- recepire ed adattare, contestualizzandole, le linee di indirizzo regionali per la co-costruzione del PDTA Demenze e darne attuazione a livello locale, territoriale.

- **Servizio di sostegno domiciliare (c.d. tutoring)** di ASP Reggio Emilia Città delle Persone: si è in questi anni attivato, per il solo territorio del Comune di Reggio Emilia con risultati che fanno vedere la possibilità di ulteriori sviluppi.

OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:

- posizionare il servizio negli snodi in cui appare più strategico (PUA, dimissioni protette, tutoring assistenti familiari private, follow up di utenti in carico da molto tempo ai servizi).
- collegare la funzione del tutoring allo sviluppo del nuovo LEA collegato alle dimissioni protette nell'ottica dell'accompagnamento alle famiglie nella costruzione del progetto assistenziale dopo la fase della dimissione ospedaliera.

- **Sportello assistenti familiari** implementato in questi anni – ha raggiunto risultati importanti, ma il contesto appare in veloce cambiamento: rilevata la flessione della richiesta di assistenti familiari (probabilmente causa crisi), si ipotizza un maggiore margine di lavoro irregolare ed un aumento dell'offerta sul mercato privato di servizi di fornitura assistenti familiari.

OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:

- valorizzare in modo particolare ciò che dovrebbe caratterizzare uno sportello pubblico: la dimensione sociale di accompagnamento e tutela degli anziani e dei loro familiari sia sul versante dell'abbinamento che del follow up delle situazioni seguite che della formazione delle assistenti familiari,
- implementare la capacità di mappatura e conoscenza delle tipologie di assistenti familiari, dei bisogni delle famiglie, delle risorse pubbliche e private attivate e attivabili dalle famiglie.

## 1.2 – Risultati ed obiettivi di sistema:

- **ACCESSO AL SISTEMA:** si è in questi anni lavorato per alimentare un pensiero continuativo sul tema dell'accesso e delle priorità di accesso in un sistema con risorse limitate, nell'idea innovativa che i regolamenti siano non solo documenti standardizzati, ma corpi vivi su cui effettuare continuamente manutenzione adattandoli ad un contesto in rapido mutamento. In questi anni sono stati realizzati: un nuovo regolamento di accesso ai centri diurni, un nuovo regolamento di accesso alla casa protetta definitiva, nuove griglie di valutazione di priorità per la casa protetta definitiva e temporanea e linee di indirizzo sulle priorità di accesso alla risorsa assegni di cura, riviste le strumentazioni di lavoro (modulistica e griglie). Il gruppo di lavoro integrato sociale e sanitario continua a rivedere il tema accesso al sistema analizzando dati, definendo nuove problematiche e adattando le linee guida dei servizi alle mutate condizioni di contesto.

OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:

- agganciare il lavoro del gruppo di cui al punto 2.2 agli obiettivi di sistema più sotto delineati, in particolare sul tema della valutazione e delle situazioni di complessità sempre più numerose e che vedono il coinvolgimento attivo di più servizi.

- rispetto al lavoro di riordino della rete ospedaliera e territoriale integrata, in corso a livello provinciale (ai sensi della scheda intervento 2 del Piano Sociale e Sanitario regionale) con appositi gruppi di lavoro e i cui esiti sfoceranno nel riordino delle risorse ed opportunità ospedaliere anche nel nostro territorio sarà obiettivo prioritario di lavoro fortemente attinente all'area della fragilità anziani la continuità dell'assistenza tra Ospedale e territorio, anche nelle forme delle strutture e servizi intermedi (di cui molti innovativi) tra l'Ospedale e il domicilio delle persone (in primis Ospedali di comunità).

- **REALIZZAZIONE ACCREDITAMENTO:** nemmeno previsto dallo scorso Accordo di Programma, è in questi anni intervenuto il maggiore cambiamento mai attuato sul sistema, cioè l'implementazione del sistema dell'accreditamento in area socio-sanitaria anziani e disabili. In questa implementazione il sistema di integrazione sociale e sanitario ha mostrato e messo a frutto tutta la sua tenuta, consentendo la costruzione di un sistema di accreditamento e di finanziamento dello stesso integrato nella gestione delle risorse e negli obiettivi perseguiti. Il sistema non appare privo di positività (ad esempio la definizione di standard più omogenei a livello territoriale e la definizione livelli di assistenza previsti in maniera trasparente ed evidente sia per la contrattazione con gli enti gestori che per le aspettative e partecipazioni degli utenti, l'apertura spazi regolamentati di confronto e verifica con una molteplicità di enti gestori con maggiore conoscenza reciproca delle dinamiche gestionali e programmatiche) ma anche di elementi di "faticosità" (ad esempio una certa rigidità e complessità burocratico-amministrativa, l'incompiutezza del percorso sulla tariffa comprensiva della parte sanitaria, un sistema di controlli non compiutamente progettato, l'aggiornamento delle tariffe).

OBIETTIVI PER IL PROSSIMO ADP:

- lavorare sulla qualità dei servizi accreditati favorendo la diffusione delle buone pratiche e favorendo l'acquisizione di modalità concordate a livello distrettuale per sostenere lo sviluppo di un sistema che, ora allineato agli standard, dovrà lavorare sulla qualità molto probabilmente in assenza di risorse aggiuntive, ma facendo leva su orientamenti, modalità di lavoro, formazione (in questo sarà impegnato, tra gli altri, il tavolo di cui al punto 2.3.

- implementazione di percorsi di collaborazione tra committenza ed enti gestori attraverso la figura dell'infermiere dedicato al "governo clinico", al fine di promuovere l'omogeneità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e per i identificare i bisogni formativi

- sperimentazione del medico di struttura come pratica innovativa rispetto all'assistenza medica da garantire nelle strutture e per la ricomposizione della responsabilità gestionale unitaria

- riordino delle varie commissioni afferenti all'autorizzazione, monitoraggio e vigilanza sulle strutture, in collaborazione con le linee di indirizzo regionali, garantendo maggiore efficienza ed efficacia delle Commissioni interessate, anche con la costruzione di un sistema informativo strutturato.

### **1.3 – Obiettivi generali di sistema dell'Accordo di Programma**

- **MIGLIORAMENTO DELLA VALUTAZIONE E ACCOMPAGNAMENTO DEL CASO** tramite

- rafforzamento delle UVM nel loro ambito valutativo, prevedendo modalità specifiche per UVM complesse che possono prevedere il coinvolgimento di più servizi. Semplificare ove possibile ambiti valutativi e certificativi.
- formazione congiunta alle figure professionali sociali e sanitarie impegnate ad accogliere, accompagnare affiancare e sostenere chi si prende cura di persone non autonome e/o fragili.

- **ANALISI E VALUTAZIONE DELLE SITUAZIONI DI COMPLESSITA'**

Si verifica un aumento di situazioni di complessità per multipatologie, multidiagnosi, multiproblematicità sociali e il tema dei malati oncologici terminali evidenzia la richiesta di risorse per sostenere la permanenza

a domicilio e di risorse residenziali per accompagnare-sostenere la persona e la famiglia , richiedendo la visualizzazione e trattazione anche di questa tipologia di utenti, spesso fruitori di servizi per anziani ed anziani essi stessi. Occorre far fronte a queste situazioni utilizzando i margini di flessibilità dei nostri servizi, aumentandoli ed attuando concretamente la metodologia dell'accompagnamento, cercando di statuire percorsi utili alle tipologie di utenti riscontrati, ma senza creare barriere preconcepite e avendo presente l'unicità della singola casistica che ha bisogno di risposte personalizzate.

Inoltre, occorre coinvolgere gli enti gestori e le organizzazioni del Terzo Settore per sviluppare nuove proposte personalizzate per piccoli numeri di utenti.

- **MAGGIORE AGGANCIO DEGLI ENTI GESTORI COME CO-PROTAGONISTI DEL SISTEMA**, in particolare sui temi qualità, ma anche sulla rilevazione dei bisogni e nella progettazione di risposte ai bisogni stessi. In particolare in ambito accreditamento, con le relazioni di servizio, la riddiscussione annuale dei contratti di servizio, il percorso qualità dei servizi di accompagnamento all'accreditamento, ma anche tramite i percorsi partecipativi su cui occorre effettuare un rilancio.

- **AMPLIAMENTO DEI PERCORSI SULLA CRONICITA'** -

All'interno delle Case della Salute sono stati avviati percorsi di presa in carico integrata tra professionisti del territorio per un particolare target della popolazione affetta da alcune patologie croniche (molte tipiche dell'età anziana) e si prevede quindi il consolidamento e il potenziamento di queste attività. Sono inoltre in fase di avanzata definizione, a livello regionale, le linee di indirizzo generali del PDTA per le Demenze, il cui successivo passaggio sarà la co-costruzione con l'adattamento a livello locale. Elemento strategico sarà il ruolo di case manager dell'infermiere della cronicità che oltre ad esercitare le funzioni clinico assistenziali svolge il ruolo centrale di educazione terapeutica per gli stili di vita. In questi percorsi di cura e di fragilità sarà essenziale attivare percorsi di aiuto e sostegno in collaborazione con i Servizi sociali territoriali, ma anche con il supporto, la consapevolezza, il coinvolgimento concreto delle comunità di riferimento. L'obiettivo della costruzione integrata di percorsi per gli anziani fragili appare uno dei temi più importanti di questo Accordo di Programma.

- **RIVISITAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) ha in questi anni conosciuto profondi mutamenti di mission, di utenti inviati e gestiti, di contesto in cui opera (vedi per esempio un aumento consistente dell'offerta privata sullo stesso target). Una riprogettazione partecipata complessiva del senso e significato e collocazione nel contesto del SAD e più in generale in sinergia con i servizi a sostegno della domiciliarità (pasti, trasporti, assegni di cura, dimissioni protette, anche centri diurni ecc.) appare necessaria per un servizio che dopo alcuni anni di crisi di identità e calo di utenza ritorna ad essere un servizio cruciale nel sistema. Di fondamentale importanza appare la collaborazione con gli enti gestori che già si muovono sul versante dell'arricchimento dell'offerta accreditata con servizi privati (vedi ad es. consegna farmaci, ma anche possibili ulteriori sperimentazioni)

- **LAVORO DI COMUNITA'** appare importante continuare a sviluppare il lavoro dei tavoli di quartiere e delle progettazioni nate e gestite con il territorio come dispositivi di lavoro di comunità condotto dal sociale con un apporto decisivo del sanitario **ed in stretta integrazione fra loro**, ma appare ancora più importante dare come mandato di lavoro a tutti i livelli (dall'accoglienza alla presa in carico sia sociale che sanitaria, dalle case protette all'assistenza domiciliare ai servizi "leggeri") il METODO del lavoro di comunità – nessun servizio (nemmeno i più "hard" come le Case Protette o l'Ospedale), nessuna valutazione si attua nel vuoto, ma ha senso, significato, valore aggiunto in una comunità e in un territorio.

Il lavoro di rete è strumento indispensabile per generare comunità più coese e partecipi nella gestione dei problemi sociali e socio- sanitari ma richiede competenze specifiche e abilità che per quanto presenti negli operatori vanno rinforzate e implementate.

- **FORMAZIONE:** il tema formativo attraversa molti se non tutti i percorsi e gli obiettivi delineati dal presente Accordo di Programma. Gli obiettivi specifici degli interventi formativi attengono dunque alle aree di intervento individuate. Si vogliono però identificare alcuni obiettivi cardine dell'area formazione:

1. mappatura delle competenze degli operatori: sia sociali che sanitari, che lavorano nell'ambito anziani -fragilità : appare sempre più importante, in un panorama di bisogni in evoluzione e di turnover degli operatori, attuare un'analisi dei bisogni formativi individuali e di gruppo, tramite una mappatura delle competenze dei singoli operatori avendo a mente non solo le competenze professionali ma anche quelle relazionali e partecipative
2. integrazione tra le offerte formative dei componenti del sistema: sempre più appare importante valorizzare l'offerta formativa proveniente a più parti del sistema non solo in termini di migliore utilizzo delle risorse ma anche in termini di condivisione di visioni da differenti punti di vista
3. formazioni integrate tra professionisti di diversa provenienza appaiono importanti per sviluppare appunto capacità relazionali e di visione di sistema



## **2. Dispositivi organizzativi**

### **2.1 – Funzioni e sviluppo del Servizio Assistenza Anziani**

#### COMPOSIZIONE:

- Responsabile a tempo parziale
- Staff amministrativo composto da: 1 amministrativo a tempo pieno più 2 part-time

Il Responsabile del SAA risponde al Comitato di Distretto, al quale, attraverso l'Ufficio di Piano, avanza le proposte relative alla regolamentazione dell'accesso alla rete dei servizi e ne rendiconta l'utilizzo.

#### FUNZIONI:

- **DI REGOLAZIONE e MONITORAGGIO:**
  1. adozione regolamenti, creazione e monitoraggio prassi e strumenti di lavoro, collegamento operativo tra servizi sociali e servizi sanitari nella rete dei servizi socio-sanitari integrati per la garanzia della continuità di assistenza e cura e di pertinenza tra il servizio attivato e i bisogni rilevati.
  2. Attivazione del tavolo di monitoraggio UVM
- **ORGANIZZATIVE e AUTORIZZATORIE DI ACCESSO:**
  1. Assicurare la valutazione multidimensionale dell'anziano per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari tramite l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) , Unità di valutazione multidimensionale semplificata (UVMS) o Unità di valutazione multidimensionale dedicata alle complessità.
  2. Assicurare la valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari alle persone di età inferiore ai 65 anni che presentano patologie tipiche dell'età senile. La valutazione di situazioni socio sanitarie complesse avverrà attraverso l'Unità di Valutazione appositamente organizzata
  3. Assicurare il coordinato utilizzo della rete complessiva dei servizi socio –sanitari
  4. Gestione delle liste d'attesa per la CRA Definitiva, Temporanea di Sollievo e Nuclei Speciali demenza (NSD), previa autorizzazione all'accesso alla rete dei servizi sanitari integrati come da normativa regionale e regolamento del Piano di Zona.
- **DI FORMAZIONE E PROMOZIONE:**
  1. Promozione di attività di formazione che coinvolgano i servizi sociali territoriali, ospedaliere e gli operatori sanitari che si occupano di valutazione multidimensionale.
  2. Promozione di eventi formativi connessa ai servizi socio –sanitari coinvolgendo gli EE.GG operanti sul territorio Distrettuale.
  3. Promozione di eventi formativi , informativi e di educazione sanitaria rivolta alle famiglie, agli operatori sociali e sanitari che si occupano di anziani (enti gestori,Villa Verde,con CDDC, DCP, Programma Demenze ,ecc ecc)
- **DI TRATTAMENTO DATI E SEGRETERIA:**
  1. Il Servizio custodisce ed aggiorna gli archivi relativi agli interventi, sovrintende alla conservazione ed elaborazione dei dati, adempie ai debiti informativi regionali
  2. Il Servizio Assistenza Anziani è un servizio permanente e strutturato, di livello distrettuale, si inserisce nelle attività dell'Ufficio di Piano di cui costituisce la parte relativa allo Staff di settore.

### **2.2 – Tavolo di monitoraggio del Regolamento SAA**

#### COMPOSIZIONE:

- Responsabile Servizio Assistenza Anziani
- Un assistente sociale per Polo Territoriale di Servizio Sociale
- Infermieri dedicati alla UVM
- Un coordinatore di Polo Territoriale di Servizio Sociale
- Direttore Cure Primarie, o suo delegato
- Responsabile Area Sociale e un assistente sociale Distretto ASL
- Amministrativo Servizio Assistenza Anziani
- Amministrativo Distretto USL ( al bisogno)

#### FUNZIONI:

- Di **REGOLAZIONE**: analisi delle tematiche regolamentari riguardanti l'accesso e la permanenza nei servizi socio-sanitari con la costruzione di un organico regolamento di accesso; aggiornamento continuo dei criteri di priorità per la costruzione delle liste d'attesa; proposta di modifiche all'organizzazione dei servizi della rete
- Di **MONITORAGGIO** dell'andamento dei servizi della rete.

Il tavolo si riunisce al bisogno, su convocazione del Responsabile del Servizio Assistenza Anziani; può lavorare in due sottogruppi, residenzialità e domiciliarità, attua una modalità di lavoro flessibile, inglobando i soggetti significativi che possono contribuire al tema trattato.

**OBIETTIVI STRATEGICI** del tavolo:

- Adottare linee di indirizzo per l'accesso ai ricoveri temporanei di sollievo in CRA
- Definizione di linee di indirizzo per l'accesso al centro diurno e per l'assistenza domiciliare.
- Definire, in coerenza con il PDTA, una procedura per l'accesso ai NSD per pazienti dementi con disturbi del comportamento provenienti da ASMN e da altre strutture sanitarie presenti sul territorio.
- Definire una procedura operativa per la valutazione di casi complessi dal punto di vista socio sanitario.
- Monitoraggio dell'utilizzo delle risorse socio-sanitarie da parte dei cittadini, in particolare attivare un "osservatorio" delle "rinunce" ai servizi richiesti
- Monitoraggio più costante nel rapporto con le famiglie dei cittadini inseriti nelle strutture (sia nei momenti di incontro in presenza dell'ente Gestore che in altri momenti pensati ad hoc) per fare uscire con più facilità eventuali criticità della organizzazione dei servizi socio sanitari e socio assistenziali.

### **2.3 – Tavolo accompagnamento ai gestori dei Servizi Accreditati anziani**

Si realizza attraverso un tavolo di confronto tra i gestori dei servizi accreditati e si presenta come evoluzione del Percorso di accompagnamento all'accreditamento definitivo

**COMPOSIZIONE**

1. Responsabile Servizio Assistenza Anziani
2. Responsabile inf.co e tecnico DCP (già referente del percorso di accompagnamento all'Accreditamento definitivo)
3. Referente infermieristico del governo clinico
4. Un referente per ogni gestore dei servizi territoriali accreditati

**FUNZIONI**

1. Consultive: il tavolo rappresenta un momento di raccolta di indicazioni sulla gestione dei servizi territoriali e delle principali criticità che durante essa emergono. Allo stesso tempo potranno, in questo ambito, essere elaborate e proposte strategie mirate al miglioramento delle attività
2. Informative: in questo contesto potranno essere condivise le informazioni e le novità normative (con particolare riferimento al percorso di accreditamento)
3. Di omogeneizzazione: in confronto potrà consentire l'uniformità nell'applicazione delle principali procedure assistenziali ed amministrative

**OBIETTIVI STRATEGICI**

- Consolidare un sistema di condivisione informatizzata della documentazione: attraverso il CED aziendale implementare una cartella di rete con accesso consentito a tutti gli EE-GG da parte di persona da loro individuata, all'interno della quale potranno essere inseriti nuovi documenti, normative e tutte le comunicazioni verso le strutture. Il sistema prevederà una mail di allerta ogni volta che verrà inserito un nuovo documento all'interno della cartella
- Accompagnare i gestori all'implementazione dei progetti che la RER elaborerà nel triennio.
- Consolidare e diffondere buone pratiche, creare un sistema integrato e collaborativo

Al tavolo potranno essere invitate professionisti altri se dovranno essere trattati temi specifici.

### **2.4 - La partecipazione**

### **2.4.1 La partecipazione della comunità**

I Tavoli di Quartiere, su cui i percorsi partecipativi del Comune di Reggio Emilia hanno cominciato a lavorare già dal 2007, ingaggiati in un percorso di ridefinizione e riattualizzazione dell'ipotesi che attribuiva alla persona anziana una condizione di solitudine e isolamento alla luce dei grossi cambiamenti sociali e ai nuovi bisogni degli anziani stessi. I Tavoli si sono evoluti nel tempo divenendo luoghi di partecipazione e progettazione dove occuparsi insieme dei problemi degli anziani, mettendoli al centro della comunità e costruendo un senso condiviso del prendersi cura.

Dai tavoli sono nate diverse azioni progettuali, alcune più con una valenza di animazione territoriale, sensibilizzazione della comunità locale intorno ai problemi dell'anziano, altre più orientate a creare connessione tra caregiver, professionali e non, e altri infine di fronteggiamento concreto di alcuni problemi degli anziani come ad esempio diversi progetti gestiti da AUSER, l'ambulatorio infermieristico volontario e La Locanda della Memoria (in capo all'Associazione Emmaus) che si sono nel frattempo stabilizzate come servizi di comunità ed hanno trovato fonte di finanziamento nel FRNA nell'ambito del programma di sostegno alle reti sociali e della prevenzione all'isolamento e alla solitudine di soggetti fragili.

L'innovazione sta nel rinnovare con i diversi interlocutori un confronto di sguardi plurimi per costruire rappresentazioni dei problemi condivise e progettare possibili opportunità per far fronte ai bisogni, con lo sforzo di visualizzare maggiormente potenzialità e risorse, spesso latenti, dei partecipanti, dei destinatari e della stessa comunità in cui si lavora.

La necessità che emerge anche dall'esito della ricerca dei Poli territoriali di servizio sociale *“Cosa significa essere anziani oggi a Reggio Emilia”* è stata quella di approfondire il tema dei legami familiari e delle preoccupazioni e prefigurazioni legati ai futuri compiti di cura in carico ai figli.

Oggi si tratta di collegare maggiormente il lavoro di progettazione territoriale all'attività delle équipes dei Poli territoriali accompagnando il passaggio da uno sguardo individuale sul singolo caso ad uno sguardo globale, e rafforzando una lettura di problemi e fenomeni ricorrenti, che possano produrre esperienze progettuali più coerenti a quelle espresse dai territori.

Forme di progettazione partecipata analoghe sono in fase di attuazione nel territorio distrettuale in percorsi legati in particolare alla nascita delle Case della Salute e ad altre esperienze di animazione della comunità. In particolare nel territorio dell'Unione Colline Matildiche è partito già nella primavera 2016 la realizzazione di un progetto partecipativo mobilitato da 2 grossi motori di cambiamento quali la nascita sul territorio di una nuova Casa della Salute e la costituzione dei Servizi Sociali in Unione. Il percorso ha visto le istituzioni e i cittadini insieme nella condivisione di un percorso di coesione sociale e di individuazione di un nuovo modello di welfare, in grado di portare a valore, responsabilizzare e coinvolgere gli attori e le associazioni nella costruzione di una nuova *governance territoriale*. Questo percorso, costruito attorno al significato di *“salute”* e *“Casa della Salute”*, ha permesso l'individuazione di un gruppo diversificato di cittadini disponibili a rendersi *“talenti sociali”* del territorio, che collaborano con i servizi sociali e socio-sanitari nell'individuazione delle situazioni di fragilità ed isolamento sociale al fine di costruire reti di sostegno e di emancipazione. In particolare il processo coinvolge diversi stakeholder quali, ad esempio, singoli cittadini, imprenditori, rappresentanti del mondo del volontariato, educatori sportivi, farmacisti, agricoltori.

L'Unione *“Terra di Mezzo”*, in vista della prossima apertura della Casa della Salute di Castelnuovo di Sotto, ha avviato un percorso partecipativo rivolto alla comunità locale, attraverso una serie di interviste e gruppi di lavoro rivolte a cittadini, utenti dei servizi, rappresentanti delle associazioni di volontariato e del terzo settore, che ha portato alla condivisione di un Patto sociale di comunità per il benessere e la salute dei cittadini dell'Unione.

Nel comune di Castelnuovo Sotto inoltre si è realizzato il progetto *“UniAmo Castelnuovo”*, progetto nato dalle associazioni di volontariato con l'obiettivo di portare l'incontro e l'ascolto a casa delle persone anziane ma non solo, tramite volontari disponibili e preparati per un sociale di prossimità che preveda il necessario coinvolgimento generativo degli abitanti.

L'ottica della prevenzione e del lavoro con la comunità orienta tutti i percorsi partecipativi promossi dagli Enti Locali, in sintonia con gli obiettivi di lavoro che si danno i servizi socio-sanitari e sanitari.

### **2.4.2 La partecipazione dei partner di progetto**

Sono istituiti numerosi tavoli di lavoro e confronto con gli enti gestori dei servizi afferenti all'area anziani, considerati come veri e propri partner di progetto. Per tutti gli enti gestori viene attuato almeno una volta all'anno un incontro di verifica, monitoraggio e riflessione sul servizio prestato con gli stakeholder interessati, tramite l'elaborazione di relazioni di servizio che forma base di riflessioni per la programmazione futura e per la rielaborazione di criticità. Altri incontri sono condotti su tematiche specifiche al bisogno. In particolare per gli enti gestori dei servizi accreditati è attivo il tavolo di cui al punto 2.3.

Obiettivo del triennio è favorire momenti di incontro collettivo sui temi della programmazione dei servizi e della rilevazione dei bisogni della comunità, avvalendosi degli strumenti di cui al punto 2. dell'Accordo di Programma.

### **3. Servizi e percorsi**

#### **3.1 – Case della Salute**

La casa della salute è la sede principale di accesso e di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento. Rispetto alle problematiche degli anziani del territorio le case della salute sono elemento cruciale in particolare su due aspetti: la prossimità rispetto ai luoghi di vita dei cittadini e quindi all'ascolto di prossimità rispetto a fasce fragili con problemi di mobilità sul territorio; il trattamento della cronicità orientato alla medicina di iniziativa e ai percorsi complessi delle cronicità degli anziani.

Obiettivi del triennio sono:

- potenziare i percorsi integrati di presa in carico dei cittadini anziani affetti da patologie croniche , attraverso gli ambulatori della cronicità;
- implementare i PDTA proposti dalla Regione, tramite attivazione di un gruppo di lavoro di operatori sociali e sanitari per la presa in carico di utenti particolarmente complessi .
- realizzare in tutte le Case della salute un punto di accoglienza-orientamento integrato per i cittadini

#### **3.2 – Poli Territoriali di Servizio Sociale**

L'organizzazione dei Servizi Sociali del Distretto di Reggio Emilia è basata sulla costruzione di 6 Poli che territorialmente ricomprendono 4 aree del Comune di Reggio Emilia e altre due che sono formate dall'Unione Terra di Mezzo e l'Unione Colline Matildiche. In particolare per l'area anziani appare cruciale la prossimità anche fisica dei luoghi e soprattutto il presidio territoriale che fornisca un contesto accogliente. In particolare sono da evidenziare per l'area anziani:

- la funzione accoglienza volta in particolare all'accompagnamento alle famiglie con anziani verso le opportunità offerte dalla rete dei servizi, con l'obiettivo di sostenere le scelte e i passaggi che le famiglie devono compiere nei loro compiti di accudimento. Questa funzione è stata potenziata negli anni scorsi attraverso non solo la creazione degli Sportelli Sociali ma anche di sottogruppi accoglienza per una prima valutazione dei bisogni degli utenti. Su questa funzione si continuerà negli anni prossimi ad investire;
- la funzione di accompagnamento nelle dimissioni ospedaliere protette per anziani con compromissioni più o meno gravi sia a livello sanitario che di reti sociali e familiari.
- la funzione di sostegno ai care-giver tramite una molteplicità di servizi ed interventi ed un orientamento dei servizi a questo scopo.
- la funzione di accompagnamento e sostegno alle situazioni di anziani soli in condizioni di fragilità ed isolamento sociale con alto rischio di istituzionalizzazione

#### **3.3 – Servizi accreditati e servizi “leggeri”: la rete socio-sanitaria**

L'offerta dei servizi nell'ambito anziani appare ampia e variegata. Oltre agli specifici servizi ed interventi in ambito sanitario (sia territoriale che ospedaliero) e sociale, a volte collegati al target specifico, a volte offerti alla popolazione nel suo insieme, ma spesso principalmente fruiti dalla popolazione anziana, in ambito socio-sanitario il sistema è costruito su due porte di accesso rivolte alla popolazione intera, vale a dire l'accesso presso i Medici di Medicina Generale (e le Case della Salute) e l'accesso presso l'area Accoglienza dei Poli territoriali di Servizio Sociale. Queste porte di accesso si collocano entro (e si avvalgono di) rispettivamente il Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda USL distretto di Reggio Emilia e i Poli Territoriali di Servizio sociale come sopra descritti. L'accesso agli interventi accreditati della rete socio-sanitaria avviene tramite valutazione congiunta (multidimensionale e multiprofessionale) in UVM con la presenza (regolamentata in modo variabile a seconda della tipologia di valutazione necessaria) e l'apporto valutativo del Medico di Medicina Generale, dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso e di un infermiere del Servizio Infermieristico Aziendale.

La rete dei Servizi Accreditati nel distretto comprende:

- CRA – Case Residenza Anziani – nel Distretto presenti 8 CRA accreditate che gestiscono ricoveri definitivi, ricoveri di sollievo (da uno a tre mesi), Nuclei Speciali Demenze (per utenti con disturbi del comportamento, progetti personalizzati temporanei), dimissioni protette (da uno a tre mesi per utenti in dimissione da strutture di lungodegenza impossibilitati al momento al ritorno al domicilio)
- CENTRI DIURNI – nel distretto presenti n. 7 centri diurni nel territorio del Comune capoluogo (di cui uno adibito a Centro Diurno Demenze) più 5 centri diurni (per gli altri Comuni del Distretto) a capienza variabile. I Centri Diurni sono una risorsa che viene utilizzata in termini flessibili ed accolgono progetti personalizzati tarati sui tempi e sui bisogni dell'utente e della sua famiglia.
- ASSISTENZA DOMICILIARE – diffusa su tutto il territorio distrettuale ed incentrata su due Enti Gestori. All'assistenza domiciliare accreditata (sociale) si affianca l'ADI prestata dal Servizio Infermieristico Domiciliare e dai MMG.

Ai servizi accreditati si aggiungono altri servizi tutti mirati al sostegno alla domiciliarità e alla rete curante. Negli anni scorsi il lavoro di progettazione e rivisitazione è stato incentrato su questi servizi, per renderli il più possibile vicini ai bisogni della popolazione anziana e delle famiglie del territorio.

Questi servizi comprendono (in un elenco senza pretesa di esaustività) le case di riposo, gli alloggi con servizi, gli assegni di cura, i servizi a sostegno del programma di vita e di cure (pasti a domicilio e trasporti), una rete importante di servizi a sostegno delle demenze (Centro disturbi cognitivi, Centro d'Ascolto, consulenze legali e psicologiche, Caffè Alzheimer, formazione per operatori e familiari e assistenti familiari, gruppi di mutuo ed auto-aiuto cui si sono recentemente aggiunti i Laboratori Benessere) ed il programma a sostegno delle reti sociali e di contrasto e prevenzione all'isolamento che comprende attività di socializzazione per anziani con autonomie in via di decrescita (Filo d'argento – FILOS con 5 punti di aggregazione nella città), di valorizzazione degli anziani nelle loro abilità e competenze e di valorizzazione del volontariato (Laboratorio della Memoria, con la raccolta delle biografie degli anziani da parte di altri anziani formati all'uopo; ambulatorio infermieristico gestito da volontari infermieri in pensione), di mantenimento dell'autonomia e socializzazione (collaborazione con UISP per la realizzazione di momenti di aggregazione motoria nelle sale condominiali, nelle strutture AUSER ed ACER, nei centri sociali e nei parchi), di compagnia e monitoraggio (Telefono Amico AUSER, Emergenza Caldo).

Inoltre, si è implementato in questi anni un servizio di grande importanza nella rete che è lo Sportello Assistenti Familiari che si occupa di formazione e *assessment* di competenze delle assistenti familiari, di rilevazione dei bisogni delle famiglie e di abbinamento tra assistente familiare e famiglia utilizzando una metodologia di accompagnamento alle famiglie e agli anziani. Completano il quadro numerose iniziative rivolte ad anziani (prevalentemente attivi) dei territori e gestite in collaborazione tra l'area progettazione territoriale dei Poli di Servizio sociale e le realtà presenti sui territori. Si affiancano a questi servizi "leggeri" il tutoring domiciliare di ASP Reggio Emilia Città delle Persone rivolto alla consulenza e supporto domiciliare per situazioni di anziani a domicilio o in dimissione protetta, i servizi di telesoccorso e teleassistenza come complementari all'assistenza domiciliare e il progetto Non più soli di Dar Voce che supporta le famiglie nei percorsi dell'amministratore di sostegno.

Il CAAD, inoltre, fornisce assistenza diretta alle famiglie o indiretta tramite i Servizi alla valutazione degli ausili e all'adattamento domestico.

#### **4. Modalità di compartecipazione alla spesa**

Gli Enti che organizzano ed impegnano il proprio personale afferente all'area, sia tecnico che amministrativo sono

- Comune di Reggio Emilia
- Unione Terra di Mezzo
- Unione Colline Matildiche
- Azienda USL Distretto di Reggio Emilia con i vari Presidi ospedalieri

Le organizzazioni citate sono firmatarie dell'Accordo di Programma ed in questo senso impegnano le proprie risorse, oltre che allo specifico di competenza, alla realizzazione degli obiettivi e degli orientamenti di questo Accordo di Programma.

La governance sulla rilevazione del fabbisogno distrettuale e sul riparto annuale del FRNA è assicurata dal Comitato di Distretto in cui tutte le organizzazioni sono rappresentate nei loro livelli amministrativi di vertice. Supporto tecnico al Comitato di Distretto è assicurato dall'Ufficio di Piano distrettuale ai sensi della convenzione per la costituzione dell'Ufficio di Piano e la gestione del FRNA in vigore dal 2013.

Si identificano come aree organizzative ad alta valenza socio-sanitaria il SAA nelle funzioni sopra descritte il cui funzionamento viene finanziato tramite il FRNA/FNNA e il PUA nella sua parte di raccordo tra Ospedale e case residenza anziani per le dimissioni protette che trova fonte di finanziamento nel FRNA/FNNA.

I servizi di Casa Protetta, Centro Diurno, Assistenza domiciliare e Nucleo Speciale Demenze sono cofinanziati da FRNA, fondi sanitari afferenti all'Azienda USL distretto di Reggio Emilia, fondi comunali e compartecipazioni utenti. Le modalità di cofinanziamento sono regolamentate dalla Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda il FRNA e il fondo sanitario, dai Comuni/Unioni in base ai loro regolamenti per quanto riguarda la ripartizione tra Comune e compartecipazione utenti della parte definita dalla regolamentazione dell'accreditamento.

I servizi Sportello Assistenti Familiari, Centro d'Ascolto per le demenze, Caffè Alzheimer, CAAD, Non più soli e convenzioni con associazioni per il programma di sostegno alle reti sociali e di prevenzione all'isolamento dei soggetti fragili (nel 2018 attive convenzioni con AUSER per i servizi di socializzazione degli anziani fragili – FILOS – e di monitoraggio delle condizioni degli anziani – Telefono Amico, Emergenza caldo -; con EMMAUS per il progetto Locanda della Memoria e per il progetto ambulatori infermieristici volontari; con UISP per la motricità anziani) sono finanziati con FRNA.

**Accordo di Programma dei servizi integrati dell'area Disabili  
uno strumento a supporto dell'integrazione socio-educativo-sanitaria  
Distretto di Reggio Emilia 2018 - 2020**

Sommario

Premessa

Da dove veniamo, cosa è accaduto e cosa abbiamo fatto

Gli attuali orientamenti di Sistema

L'approccio metodologico per la progettazione

Gli obiettivi di Sistema

Gli strumenti a supporto della rete territoriale

Oneri economici

Allegato A – Carta dei Diritti della Comunicazione



## Premessa

Il nuovo Accordo di Programma 2018-2020 (di seguito denominato AdP), collocandosi a pieno titolo nell'alveo della programmazione socio-sanitaria distrettuale, concorre a definirne in **ambito disabili** il composito sistema dei servizi, inscrivendosi, così, nel tracciato evolutivo dei precedenti, sottoscritti rispettivamente nel 1998, nel 2002 e nel 2012 (quest'ultimo ricomprendente anche la fascia d'età 0-18).

È il frutto di un lavoro condiviso con i diversi attori del Sistema e anche con interlocutori esterni.

E' utile richiamare anche i riferimenti normativi<sup>1</sup> che hanno connotato e orientato il sistema dell'offerta pubblica di servizi, che si sono inseriti in un tessuto locale culturalmente alimentato da esperienze umane, sociali, progettuali contraddistinte nel settore della disabilità da vivacità e innovazione. Il coinvolgimento e il protagonismo delle famiglie e di gruppi di cittadini, l'associazionismo e la partecipazione attiva del terzo settore in alcuni significativi passaggi, sono alcuni dei tratti caratterizzanti i processi di lavoro di questi ultimi anni.

Tra gli obiettivi strategici della vigente programmazione sociosanitaria distrettuale, ricopre un ruolo primario la costruzione di un impianto organico complessivo che, a partire da intenti comuni, interpreti, nelle diverse aree (*Anziani, Disabili, Responsabilità familiari e minori, Salute mentale/esclusione sociale, Dipendenze patologiche*), le politiche e i servizi ad esse correlati, quale espressione privilegiata della **integrazione sociale e sanitaria**, nel processo di presa in cura dei cittadini, attraverso le sue molteplici forme:

- istituzionale, identificando nell'ambito di una visione condivisa e di una forte cooperazione, le responsabilità di tutti gli attori istituzionali presenti sul territorio;
- comunitaria, realizzando l'attivazione di tutta la comunità locale attorno al tema delle politiche sanitarie e sociali;
- gestionale, perché a partire dall'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale, ricerca la coerenza gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse;
- professionale, promuovendo condizioni operative unitarie tra le diverse figure professionali (sanitarie e sociali) nelle fasi di presa in carico, progettazione e realizzazione del piano individualizzato di trattamento integrato.

Questo è lo sfondo su cui collocare anche questo nuovo AdP, che, ereditando molti dei principi cardine del precedente, riformula nuovi paradigmi operativi e progettuali facendo tesoro di percorsi e sperimentazioni realizzate con i diversi attori della comunità, oltre che delle profonde trasformazioni sociali, economiche e culturali che impattano vistosamente anche sul nostro contesto locale.

Riferimento generale rimane il Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 per quanto attiene sia i dispositivi organizzativi messi in campo per la valutazione e presa in carico delle problematiche trattate, che in riferimento alle caratteristiche del complessivo assetto di funzionamento della rete dei servizi (modalità gestionali, programmazione dei servizi, oneri ripartiti).

---

1

## 1. Da dove veniamo, cosa è accaduto e cosa abbiamo fatto

Riprendendo alcuni significativi passaggi dell'AdP 2012 si individuavano fra gli **orientamenti**:

*“...fondamentale è un approccio che garantisca accompagnamento e continuità nell’arco del ciclo di vita della persona e della famiglia. Si intende, pertanto, promuovere, sostenere, valorizzare un’attenzione complessiva all’intero “progetto di vita” della persona e allo sviluppo del territorio dove vive. Questo significa:*

- 1. un’attenzione e una condivisione fin dalla nascita o, addirittura, dalla pre-nascita, ai bisogni, ai supporti e agli accompagnamenti necessari per aiutare e sostenere le famiglie e le persone;*
- 2. flessibilità e sviluppo tra servizi pubblici e privati di una cultura di progetto e non di adempimento;*
- 3. forte integrazione e confronto, fin dalla fase preliminare di progettazione, tra coloro che si occupano dello sviluppo e delle infrastrutture del territorio, in particolare con i tecnici che devono concorrere alla predisposizione ed attuazione del Piano Strategico Comunale;*
- 4. la vivibilità e la sostenibilità del territorio e dei suoi servizi/infrastrutture sono punti cardine per l’integrazione e l’inclusione delle persone disabili.”*

Gli orientamenti contenuti nell'AdP 2012, sono andati di pari passo con alcuni **accadimenti di contesto** che hanno determinato importanti ricadute per l'intero sistema dei servizi sociali e sociosanitari, e in particolare per questo ambito. Ne indichiamo i più rilevanti:

- applicazione locale delle disposizioni normative collegate all'Accreditamento e al completamento del ridisegno regionale sulle ASP;
- processi partecipativi correlati al Piano di Zona: superamento dei Tavoli tematici e attivazione di Gruppi di progetto (es: “Reggio Città senza barriere”);
- normativa regionale sui tirocini e ricadute in ambito socio-occupazionale: trasformazioni interne/esterne al Sistema Distrettuale;
- a livello locale si segnala nel 2014 la nascita della “Fondazione Durante e dopo di noi di Reggio Emilia onlus” da parte di 96 fondatori, di cui 87 persone fisiche, 7 associazioni di volontariato e i 2 consorzi delle cooperative sociali.
- Sempre a livello locale si segnala la diversa redistribuzione delle risorse afferenti al FRNA, che ha visto dal 2016 la chiusura della sperimentazione che prevedeva una quota parte del budget a supporto delle progettualità rivolte ai minori e alle loro famiglie. A seguito di questa importante decisione è stata fatta una analisi puntuale delle situazioni che erano state conosciute attraverso il dispositivo dell’UVHM. Questa analisi ha confermato la fragilità delle famiglie con figli disabili. Fragilità che emerge spesso fin dall’età scolare e si accentua nelle situazioni familiari in cui vi sono più figli disabili e in cui la complessità della gestione causata dalle patologie si innesta in condizioni di scarse risorse sociali e parentali.

Parimenti sono state accompagnate le principali **modifiche introdotte dall' AdP 2012** quali ad esempio:

- estensione dell'area di pertinenza alla fascia dei minori (0-18 anni), attivazione delle UVHM, rapporti con le famiglie e fra i servizi, interazioni fra servizi sanitari ed educativi (oggi questa parte del sistema abbisogna di essere riprogettato nei suoi dispositivi, contenuti progettuali, risorse dedicate per non disperdere il patrimonio di integrazione costruito in questi anni);
- percorsi di co-progettazione con le famiglie inerenti il sistema complessivo e/o specifiche realtà;
- centralità/protagonismo delle persone con disabilità: nuove acquisizioni e nuovi strumenti, alcune sperimentazioni.

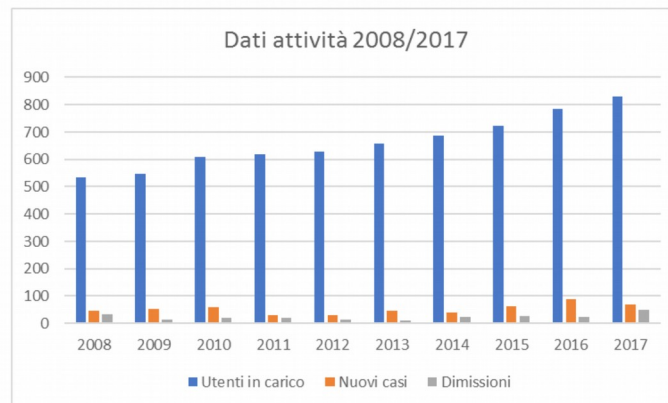
Trasversalmente, un presidio molto attento è stato dedicato alla **cura dei processi di lavoro** con particolare riferimento:

- alle sperimentazioni e alla progettazione e accompagnamento di nuovi servizi (es Largo Biagi; progetti per l’autonomia; I-LAB, ..);
- all'ambito formativo e alla condivisione di funzionamenti organizzativi (percorso di significazione del GRI e delle sue funzioni, nascita e sviluppo di R.C.S. B., dialogo con la Fondazione DDdN di RE, ...);

- alla documentazione e alla rielaborazione dei dati quali-quantitativi, per la rivisitazione del Sistema dei servizi.

### Dati attività 2008/2017

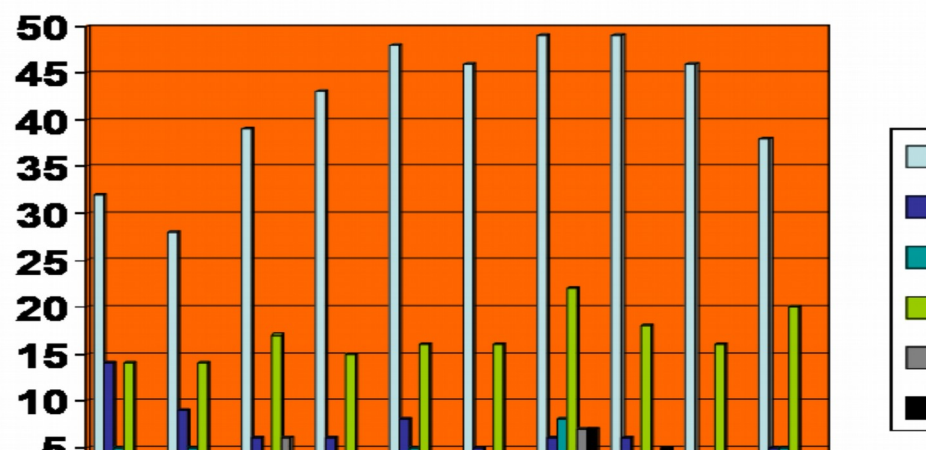
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Utenti in carico</b>	<b>534</b>	<b>548</b>	<b>608</b>	<b>618</b>	<b>628</b>	<b>659</b>	<b>686</b>	<b>722</b>	<b>785</b>	<b>830</b>
<b>Nuovi casi</b>	<b>46</b>	<b>52</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>46</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>90</b>	<b>69</b>
<b>Dimissioni</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>49</b>



# GRAD

gravissimi disabili acquisiti

DGR 2068/2004; DGR 840/2008; DGR 2308/2016



## AREA SOCIO OCCUPAZIONALE

2006	2017
177 utenti	381 utenti
Integrazione lavorativa: coop. B – Cardo, La Mara, Il Girasole, Il Fiore	SIL – Servizio Integrazione Lavorativo: 297 utenti (le attività del SIL prevedono, fra l'altro, il servizio di osservazione scolastica che nel 2017 ha interessato 64 giovani adulti e 24 adolescenti)
	Coop A: I-LAB: 20 posti – 25 persone Nessuno Escluso: 26 posti – 35 persone CTO: 20 posti – 30 persone Bottega del Lavoro: 4 posti – 6 persone

## AREA DOMICILIARITA'

2006	2017
Assistenza domiciliare: 50 utenti	Assistenza domiciliare: 86 utenti
Assegno di cura e sostegno: 70 (sociale) + 12 (sanitario)	Assegno di cura e sostegno: 71 (sociale) + 34 (sanitario) + 15 (Contr. ass. dom.)
Ricoveri di Sollievo presso Casa Ferrari, Appartamento 7° Cielo, Stradara, Zorella: 18 utenti/46 ricoveri + 1 in tutti fine settimana al 7° cielo	Ricoveri di sollievo: 29 persone
Centri Diurni: 8 strutture per 146 utenti	Centri Diurni: 7 strutture per 134 utenti
	Altri percorsi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulenze: fino a 64 nel trimestre</li> <li>• Adolescenti seguiti con progetto: 32</li> <li>• Interventi educativi: 20 persone</li> <li>• Progetto autisti: 4</li> <li>• Progetto inclusione sociale: 4 famiglie</li> </ul>

## AREA RESIDENZIALITA'

2006	2017
72 utenti+ 2 sollievi totali	Centri Socio Riabilitativi (CSRR): 62 persone
3 gruppi appartamento «Residenzialità Emancipata» (11 posti per 11 utenti) + 1 progetto per 2 utenti in appartamento privato	Centri Residenziali Medio Livello - Comunità Alloggio: 6 persone
6 servizi residenziali: 40 utenti+ 1 sollievo	Centri Residenziali Medio Livello - Gruppo Appartamenti: 16 persone
1 gruppo appartamento femminile: 4 utenti + 1 sollievo	Progetti individuali per: 13 persone in Strutture ad Alta Protezione e 3 persone in appartamenti privati
1 progetto individuale presso CEIS (Casa Flora) + 1 progetto individuale presso Madre Teresa + 4 progetti individuali presso casa protetta + 9 progetti individuali per disabilità sopraggiunte	IL CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE «LA POLVERIERA» E' ATTIVO 24 ORE

## AREA TEMPO LIBERO

2006	2017
S.A.P.: 92 utenti suddivisi tra progetti individuali, di gruppo e/o specifici	S.A.P.: 104 utenti di Reggio Emilia + 31 utenti dell'Unione Colline Matildiche + 38 dell'unione Terra di Mezzo
POMERIGGI FACE: 20 utenti 4 pomeriggi la settimana	POMERIGGI FACE: 12 utenti (5 musica, 5 teatro, 2 informatica)
	SPAZIO LIBERO: 20 utenti 4 pomeriggi la settimana
EXTRA TIME: 91 utenti frequentanti laboratori creativi attivati in orari extra lavoro ed extra centro diurno	EXTRA TIME: 62 utenti di Reggio Emilia + 20 utenti dell'Unione Colline Matildiche

**NEL 2012 LE FAMIGLIE HANNO INIZIATO A COMPARTECIPARE AI COSTI DEI LABORATORI EXTRA TIME**

## 2. Gli attuali orientamenti di Sistema

Oggi, alcuni elementi che nel precedente AdP venivano tratteggiati, sono ritenuti irrinunciabili nel processo di sostegno alla progettualità del singolo e validi per l'intero Sistema di accompagnamento e presa in carico di ciascuna persona, in ogni fase della sua vita. Di seguito, si delineano nel dettaglio, tali elementi, con l'obiettivo di intendersi sui significati:

⇒ **la progettualità deve essere basata sull'approccio centrato sulla persona.** Questo, nella quotidianità, significa:

- considerare e trattare la persona come soggetto paritario dell'equipe che sostiene il processo di accompagnamento e progettualità, tenendo conto del suo punto di vista e dei suoi bisogni, delle sue attese e dei suoi desideri, curando la centralità del diritto alla comunicazione di ciascuna persona, come espresso nella *Carta dei diritti della Comunicazione*, in all. A;
- sostenere la persona nel prendere decisioni e aiutarla a costruire la capacità di prendersi cura di sé e del proprio percorso di vita;
- supportare il protagonismo della persona mediante un rapporto basato su motivazione e verità e attraverso un lavoro continuo sulle sue consapevolezze d'identità, di ruolo, di posizionamento nel sistema delle sue relazioni e nei confronti dei contesti che vive;
- coinvolgere la persona direttamente in tutto ciò che è pianificato, realizzato e verificato per essa (è indispensabile creare le condizioni perché la persona possa essere presente in tutte le riunioni che riguardano il suo progetto, a meno che non ci siano espresse controindicazioni che dovranno essere adeguatamente motivate e indicate nei documenti che la riguardano),
- considerare e affrontare prioritariamente gli obiettivi rilevanti e condivisi con la persona, a partire da quelli relativi alla costruzione d'identità e caratterizzanti le fasi di vita di ognuno (l'educazione; il lavoro; le relazioni – l'inclusione sociale; la salute e il benessere, anche emotivo, affettivo e sessuale; la concretizzazione di una vita indipendente; ...)

⇒ **la progettualità deve emergere da uno sguardo globale sulla persona**, perciò:

- la progettualità deve essere basata sui punti di forza della persona e focalizzarsi su ciò che è positivo e possibile per essa, non solo sulle sue carenze e difficoltà, sui suoi bisogni e fragilità. La persona con disabilità va conosciuta nel suo essere risorsa per la comunità e deve essere supportata nel poter esprimere il suo valore sociale;
- ogni progetto di vita della persona, in ogni fase della sua vita, deve tenere conto delle sue abilità cognitive, delle sue autonomie (cura della persona, mobilità, attività strumentali e relazionali della vita quotidiana), delle sue condizioni fisiche, dello stato psicologico della persona in quel momento/fase, delle sue esigenze dovute alla condizione clinica e a come queste si manifestano nel qui ed ora, del contesto sociale in cui la persona vive, delle sue abilità e dei suoi bisogni assistenziali, dei suoi bisogni e abilità comunicative;

⇒ **la progettualità del singolo non può prescindere dal suo nucleo familiare e dal contesto relazionale in cui la persona vive.** Pertanto:

- sono co-attori del progetto di vita della persona tutti i soggetti che popolano il suo ambiente domestico e sociale, poiché ne condizionano il suo tessuto affettivo, relazionale, emotivo, motivazionale, diven-

tando, a seconda delle situazioni e delle inclinazioni/interessi di ciascuno, risorsa o limite alla piena realizzazione della persona;

- la famiglia, in quanto primo e più significativo contesto educativo di ogni persona, è da coinvolgere nella progettualità della persona, con livelli di coinvolgimento e modalità adeguate alla persona (con riferimento all'età, tipologia di disabilità, livello cognitivo e intellettuale, ...) e alla situazione o tema che si sta trattando in specifico con la persona;
- famiglie e contesti sono da sostenere, accompagnare e affiancare sia come spettatori (spettatori attivi) a supporto del cambiamento della persona, ma anche in quanto essi stessi soggetti che devono attuare un cambiamento per poter consentire e agevolare l'evoluzione del proprio congiunto con disabilità. In quanto attori e spettatori attivi del cambiamento, sono portatori di punti di vista e letture altre, che devono essere assunte come elementi significativi all'interno del progetto;
- gli attori che sostengono la progettualità devono essere consapevoli che il livello di disabilità della persona, e quindi la sua possibilità di partecipazione, dipende anche dai fattori ambientali (fisici, sociali, culturali) che dovranno essere considerati, valutati e, quando necessario, affrontati. L'ambiente, se opportunamente adeguato e il contesto relazionale, se coinvolto con consapevolezza, possono essere risorse abilitanti per la persona.

### 3. L'approccio metodologico per la progettazione

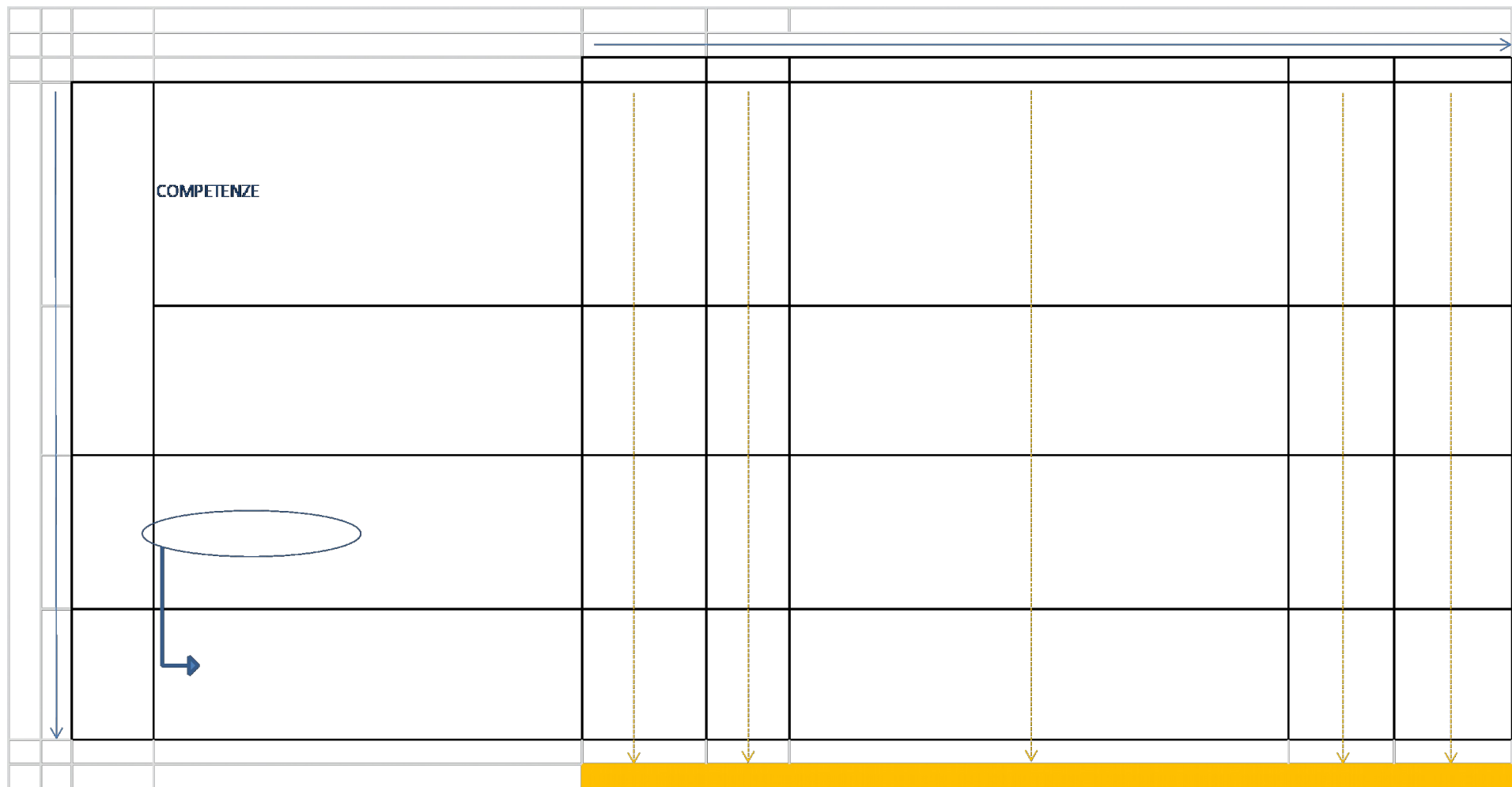
L'assetto complessivo del Sistema Disabili, nelle sue diverse componenti, formali e informali, per poter concretizzare gli orientamenti di cui sopra, assume come struttura minima della progettualità di ciascun individuo, una griglia/traccia concettuale fondata su due assi portanti, ovvero:

1. **un asse evolutivo temporale**, che scandisce le fasi della vita di ogni individuo secondo aspetti ed elementi caratterizzanti, tipici per ogni persona nel suo specifico contesto culturale di riferimento e con connessioni ovvie e imprescindibili anche alla cultura di genere, ritenendo l'età significativa per distinguere coorti d'appartenenza in quanto a opportunità/bisogni, risorse/fragilità di ogni individuo, che ne influenzano il progetto di vita nel qui ed ora, ma anche rispetto alla costruzione in vista di una proiezione futura. Vengono perciò individuate 5 macro-fasi di vita: pre-nascita, infanzia, adolescenza, adultità, anzianità, come ambiti che fanno la differenza nella costruzione progettuale. La contestualizzazione rispetto alla fase di vita che attraversa la persona è ovviamente altrettanto significativa nel trattare la disabilità sovrappiù;
2. **un asse descrittivo specifico della persona e del suo contesto di relazioni e affetti**, che mira a sviluppare e a supportare l'identità della persona e l'acquisizione di competenze e abilità, utilizzando i contesti di vita e affettivi come spazi di sperimentazione e di osservazione della persona in situazione, soprattutto laddove sono già presenti operatori del Sistema dei servizi, che si pongono perciò come attivatori/stimolatori di esperienze e possibilità, oltre che essere in ascolto e a fianco della persona:

**Un approccio metodologico, declinato sulla normalità e non a partire dalla disabilità, che tenga perciò conto del ciclo di vita di ogni persona nel qui ed ora del nostro contesto, deve necessariamente interrogarsi su quali sono, nelle diverse fasi, le problematiche e gli ambiti di approfondimento ed evoluzione che abbisognano di maggior attenzione.**

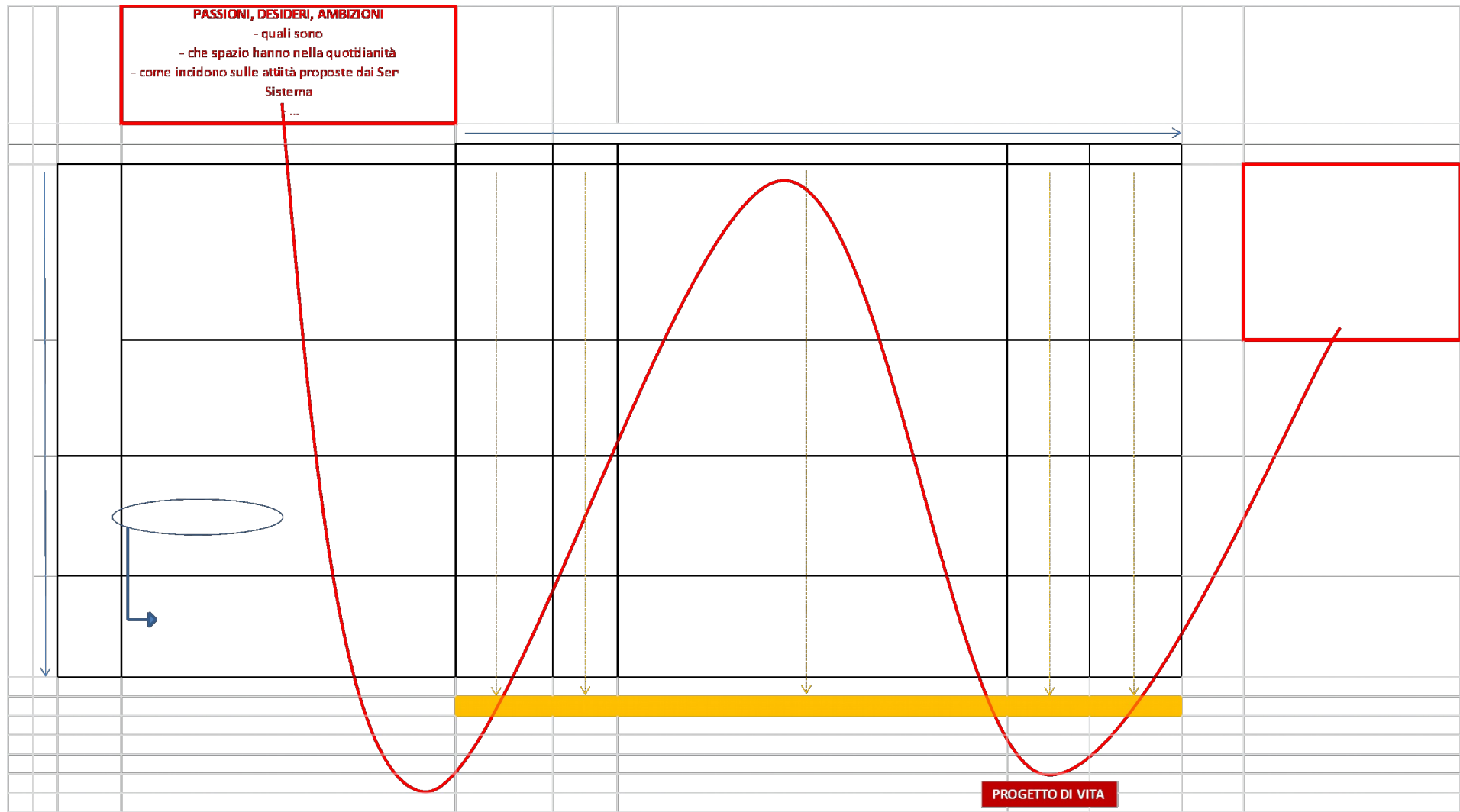
Lo sforzo deve allora andare nella direzione di declinare ciascun ambito descrittivo della persona in riferimento al momento peculiare del ciclo di vita personale, come di seguito esemplificato rispetto all'adolescenza:





Lo schema proposto, che qui mira a dare alcune suggestioni, deve essere completato in ogni sua parte dal Sistema territoriale, rendendo la necessità compilativa, pretesto per una condivisione sui significati, e definendo una dotazione minima di item di osservazione/lavoro su cui tutto il sistema converge.

**Mettere la persona al centro, significa partire dai desideri, dalle ambizioni, dai talenti che la persona ha, dai suoi obiettivi, supportandone la progettualità attraverso un lavoro differenziato su competenze e identità, a seconda della fase di vita che sta vivendo, attivando i suoi contesti di vita e relazionali. E' a partire da questa impostazione metodologica e dall'individuazione dei contenuti caratterizzanti ciascun item, in ogni fase della vita, che prende forma il progetto di vita:**





**Alcuni aspetti sono ovviamente da trattare trasversalmente rispetto alle fasi della vita**, come, ad esempio: il supporto alla qualità della vita attraverso la sperimentazione di strategie occupazionali, dispositivi e tecnologie a sostegno della persona; o anche la gestione dei comportamenti critici per realizzare la maggior autonomia possibile, con riferimento all'età....

Allo stesso modo, trasversale e imprescindibile è il **supporto ai care givers**, che, insieme al proprio congiunto, si trovano ad affrontare un percorso evolutivo sfidante e faticoso, per accompagnare e sostenere lungo tutto l'arco della vita la tensione verso le maggiori autonomie possibili come strumento di piena realizzazione della persona.

Altri aspetti, invece, sono proprio **specifici della fase di vita e richiedono attenzione e consapevolezza da parte di tutti gli attori coinvolti**, oltre che della persona con disabilità in primis.

Ad esempio:

- (PRE-)NASCITA: è necessario valorizzare la famiglia e le competenze genitoriali, accompagnare le dimissioni in modo protetto, supportare la famiglia nel poter immaginare e progettare una vita di qualità per sé e per il proprio bimbo.
- INFANZIA: è necessario valorizzare la famiglia e le competenze genitoriali, accompagnare e valorizzare la soggettività e le competenze del bambino. Nel percorso scolastico e nel contesto scuola sono da sperimentare e individuare le leve di apprendimento più adeguate alla persona e le strategie di inclusione e di reciprocità con i gruppi classe in cui è inserito il bambino. E' ovviamente fondamentale curare l'orientamento e l'accompagnamento tra i diversi cicli scolastici, con la costruzione e il passaggio di informazioni adeguate a raccontare l'identità della persona e delle sue esperienze. E' altresì importante mantenere e incentivare la continuità con i contesti esterni alla scuola, sportivi e ricreativi, come luoghi di socializzazione per il bimbo, ma anche per la sua famiglia.
- ADOLESCENZA: è necessario valorizzare la famiglia e le competenze genitoriali, ma anche accompagnare e valorizzare le competenze e la soggettività del giovane anche se in contrapposizione alle figure genitoriali, come fase necessaria e propedeutica all'età adulta. La consapevolezza di sé, l'inclusione e la relazione, l'affettività e la sessualità, temi difficili in adolescenza per qualsiasi giovane, diventano temi centrali da trattare nel lavoro quotidiano di supporto e affiancamento ai giovani con disabilità, che, di norma, hanno meno occasioni e opportunità dei loro coetanei di sperimentarsi. La tutela giuridica inizia ad assumere una rilevanza specifica in questa fase di vita. Nel percorso scolastico e nel contesto scuola va proseguita la sperimentazione delle strategie di apprendimento più adeguate alla persona, sviluppando processi relazionali di reciprocità con i compagni di classe, facendo sperimentare a ciascuno l'opportunità di essere al tempo stesso risorsa per l'altro. L'orientamento e l'accompagnamento negli ultimi cicli scolastici, anche in alternanza con contesti adulti in cui apprendere e sperimentare abilità occupazionali e professionali, assume rilevanza nell'indirizzare il progetto di vita del giovane, come avviene anche per i coetanei. E' altresì importante mantenere e incentivare la continuità con i contesti esterni alla scuola, sportivi e ricreativi, come luoghi di socializzazione e di svago, ma anche sempre più quali contesti di rispecchiamento e costruzione della propria identità.
- ADULTITÀ: è necessario valorizzare le competenze e la soggettività dell'adulto, sostenerlo nel progettare e nel realizzare il proprio percorso di vita autonoma, per quanto possibile e desiderata. E' perciò fondamentale supportare la persona in un cammino di scoperta e consapevolezza di sé, di esplorazione dei propri desideri come persona adulta, del proprio mondo interiore di affetti e sentimenti. Assumono un ruolo centrale per la persona la realizzazione del desiderio di sessualità e genitorialità, se voluta, così come la progettazione e realizzazione di un progetto di vita in autonomia, di una propria famiglia, di una propria casa, se desiderate. La persona adulta va supportata nello sviluppo di una propria identità sociale all'interno della comunità, anche, se possibile, sul versante lavorativo, con riferimento alla sperimentazione dei ruoli connessi. Va garantita la tutela giuridica e la progressiva emancipazione dai genitori, che, ormai divenuti anziani, sentono magari l'esigenza di passare il testimone della cura ad altri familiari e spesso vivono con smarrimento e senso di colpa questo cambiamento.
- ANZIANITÀ: è necessario supportare e valorizzare i rapporti familiari esistenti e favorire il mantenimento dei legami e delle relazioni significative. Va garantito il supporto alla domiciliarità,

presidiando e sostenendo le competenze e abilità residue della persona e le maggiori autonomie possibili. Se presenti ruoli lavorativi, va accompagnata l'uscita dal MdL e supportata la persona nella ridefinizione della propria identità di pensionato. Vanno presidiati i percorsi di tutela giuridica.

Allo stesso modo, la DISABILITÀ SOPRAGGIUNTA richiede interventi mirati e differenziati a seconda della fase di vita in cui accade: accompagnamento e sostegno alla persona e alla famiglia nell'accettazione della disabilità, dei cambiamenti fisici, caratteriali, cognitivi; la riconfigurazione dei propri ruoli sociali, famigliari e, se presenti, lavorativi, sia della persona con disabilità, che dei componenti del suo nucleo famigliare; il supporto al superamento del senso di disorientamento e di solitudine; l'accompagnamento nella ricerca di nuove autonomie, ...

#### 4. Gli obiettivi di Sistema

Da quanto sopra, discendono alcuni obiettivi specifici e concreti per il Sistema dei servizi a favore delle persone disabili, che devono essere assunti come piste di lavoro condivise da tutti gli attori della rete territoriale, per il prossimo triennio, ovvero:

1. **reformulare e supportare in modo intensivo e continuativo i contesti progettuali del sistema** (UVHM, UVH, equipe dei servizi, ...), con interventi e accompagnamenti ad hoc agli operatori, per aiutare ognuno ad acquisire gli orientamenti sopra citati e a declinarli in situazione, avvalendosi della griglia tracciata come bussola progettuale. In tal senso è inoltre necessario rivisitare le funzioni e il funzionamento dell'UVH;
2. A fronte dei cambiamenti negli investimenti delle risorse dedicate, è necessario **riattraversare l'assetto organizzativo e i dispositivi che accompagnano i percorsi e le progettualità in ambito minori**, riattraversare e riprogettare questa parte del sistema per continuare a sostenere gli obiettivi di integrazione perseguiti in questi anni, **mettendo a valore le conoscenze acquisite**
3. **strutturare e sperimentare un contesto progettuale dedicato alla vita autonoma**, durante dopo di noi, avendo come focus, non tanto i genitori (*noi*), ma la persona con disabilità, perciò quei passaggi che caratterizzano le fasi di vita di ciascun individuo, con attenzione sia agli aspetti economici e dell'abitare, che a quelli affettivi, relazionali e di coppia (anche portando avanti le progettualità e riflessione avviate nel recente percorso su affettività e sessualità), integrando le competenze del Sistema con nuovi apporti e sguardi, da parte della Fondazione Durante Dopo di Noi di RE, così come di altri attori della rete, mediante percorsi di consulenza legale e psicologica, Amministrazione di Sostegno, etc..., ma anche con altri nuovi apporti ancora da sviluppare;
4. **effettuare una revisione degli strumenti progettuali/pianificatori** da utilizzare nelle diverse fasi di vita, declinando o rivisitando strumenti specifici (ad esempio il PEI), ma, al tempo stesso, mantenendo uno sguardo completo sulla persona, facendo salvo, nei documenti, l'approccio metodologico delineato, con riferimento al saper fare, ma anche con attenzione al saper essere e saper stare, alla consapevolezza di sé e all'affettività;
5. **reformulare l'assetto di servizi del Sistema**, compresi quelli accreditati e/o di più lunga data (occupazionali), focalizzando le progettualità di ciascun servizio rispetto a specifici oggetti di intervento, differenziati per fasi della vita e con riferimento a dimensioni oggi da sviluppare ulteriormente nel Sistema dei servizi (co-abitazione, affettività e sessualità, genitorialità, ricerca del lavoro, approccio ai contesti di tempo libero, ...) e rendendo fruibile per ogni utente le risorse presenti nei differenti servizi, che devono diventare permeabili reciprocamente;
6. stringere, intensificare e normalizzare una **progettualità congiunta socio-educativo-assistenziale per garantire continuità d'intervento**, soprattutto nella fase di passaggio dell'adolescenza - 16/20 anni, mediante una miglior integrazione a livello istituzionale in primis, sia attraverso modalità operative definite da NPIA e dal Servizio Handicap Adulti nel nuovo documento "Linee Guida per la *Transizione degli Utenti*, che individuando dispositivi e modalità di lavoro congiunti con Officina Educativa rispetto all'integra-

zione scolastica, ai laboratori di cittadinanza attiva e ai contesti pomeridiani/estivi di svago e inclusione sociale;

7. parallelamente, altrettanta cura e attenzione deve essere garantita nell'**accompagnare il contesto scolastico**, oltre che in strettissima collaborazione con Officina Educativa, anche in connessione e affiancamento a SIL/osservazioni scolastiche, attraverso un **supporto congiunto ai singoli Istituti Comprensivi, alle realtà scolastiche e ai gruppi classe, mediante azioni di consulenza e formazione** all'uopo costruite e declinate in modo specifico nei diversi contesti;
8. proprio dall'esperienza di relazione con le Scuole nasce la necessità di favorire la contaminazione e l'integrazione delle persone fragili attraverso uno **sforzo progettuale che assume come centrale la domanda del contesto e che mira a portare valore aggiunto nei contesti**, rendendo la fragilità elemento che incrementa le opportunità per tutti i cittadini. Quest'ottica progettuale è da assumere innanzitutto nell'impostazione dei percorsi con e nella scuola, ma anche nell'interazione con altri contesti significativi di socializzazione, quali le associazioni culturali, sportive, ricreative, così come verso quei luoghi della comunità che offrono svariate opportunità (Case della salute, biblioteche, ...) e, non ultimo, nell'organizzazione di eventi (feste, performance, i c.d. "saggi", ...), affinché siano appetibili per tutta la comunità, coerentemente con l'età e la fase della vita per cui sono pensati;
9. sviluppare pratiche ed esperienze che consentano la **continuità progettuale tra l'adulità e l'anzianità**, creando ponti e collegamenti tra ambiti di referenza ad oggi distinti (servizi a favore di persone con disabilità e servizi a favore di persone anziane – over 65);
10. sviluppare, in collaborazione con le organizzazioni del territorio e con la Fondazione in primis, percorsi dedicati di **supporto, accompagnamento e sostegno anche psicologico ai care givers**, come interventi di **cura della comunità** e del **ben-essere delle persone**, anche attraverso la sperimentazione di reti di famiglie solidali per garantire supporti reciproci tra cittadini.

## 5. Gli strumenti a supporto della rete territoriale

Il Sistema a favore delle persone con disabilità in questi anni si è sempre più profilato come **rete territoriale che va oltre i servizi istituzionali**, dimensione che si cerca di incentivare per favorire una corresponsabilità della comunità civile e il moltiplicarsi di opportunità e sguardi.

Per **rendere la rete territoriale**, perciò per rendere le istituzioni, gli operatori del sociale, le persone con disabilità, le loro famiglie, la società civile, i singoli cittadini, le associazioni, la Fondazione, ..., **una comunità che sa accogliersi, supportarsi e accompagnarsi**, sono stati individuati **tre macro-strumenti**:

1. L'INFORMAZIONE, intesa come
  - **disponibilità di informazioni tecnico-specialistiche** su accessibilità, servizi, opportunità del territorio, percorsi e approfondimenti normativi a supporto delle persone con disabilità, ... è stato inaugurato il portale della città accessibile (<http://risorse.cittasenzabarriere.re.it>), sostenuto da Città Senza Barriere – Comune di Reggio Emilia e Farmacie Comunali Riunite, oltre che dall'ASL di RE, che mira a dare informazioni a 360° ai cittadini;
  - **accompagnamento nella ricerca delle informazioni**, che spesso, pur essendoci, diventano irreperibili per i cittadini, poiché dislocate in vari siti, contesti, percorsi o rese fruibili da specialisti in momenti o situazioni in cui la persona non è in grado di recepirle e trattenerle. In tal senso, la rete degli Sportelli Sociali del Distretto, così come gli operatori della presa in carico, possono essere supporto per i cittadini nella navigazione del sito e nel reperire le informazioni, ovvero indirizzare alla rete di esperti per esperienza per accompagnamenti mirati;
  - **conoscenza della diversità**, nel senso di dotazione minima di informazioni per poter conoscere la persona con fragilità, per poter dare senso ad atteggiamenti atipici nell'agire sociale che possono spaventare o essere fraintesi, poiché non conosciuti, soprattutto laddove si tratta di agiti di persone che faticano a raccontarsi come identità e come esperienza. La conoscenza e l'informazione vengono assunte **come pre-requisito dell'inclusione e dell'integrazione possibile**. A questo fine, sono numerose in que-

sti anni le azioni di comunicazione di Reggio Città Senza Barriere; al contempo, la Fondazione ha sviluppato una proposta di “passaporto” per le persone con disabilità, e la cooperativa Casa Gioia sta lavorando a una campagna di sensibilizzazione a favore di persone affette da disturbi dello spettro autistico che manifestano comportamenti problema in ambienti sociali spesso non capiti e rifiutati da molti.

## 2. la FORMAZIONE PERMANENTE DI TUTTI GLI ATTORI della rete, attraverso

- **azioni di formazione congiunte**, come è stato ed è tutt’ora in corso con il percorso su Affettività e sessualità delle persone con disabilità, realizzato a livello istituzionale, con la partecipazione anche delle organizzazioni del terzo settore e di alcuni famigliari;
- **pratiche di auto-formazione**, che si realizzano attraverso il supporto reciproco tra gli attori della rete, in tavoli di lavoro, accompagnamenti, oltre che in uno stare insieme pubblico-privato-famiglie-utenti in processi di progettazione, discussione e analisi delle criticità;
- **l’agire come comunità di prassi**, informandosi reciprocamente e sviluppando progettualità e percorsi comuni, anche attraverso lo sviluppo di una newsletter tematica che possa essere strumento di informazione e crescita per la rete, in grado di fungere da collettore di esperienze e sperimentazioni in essere, opportunità, disponibilità;

## 3. il MUTUO-AIUTO, da incentivare e sviluppare sempre più sia attraverso la rete di **esperti per esperienza** costituita da Città Senza Barriere in collaborazione con l’ASL e l’Ospedale S.M.N., che mediante la sperimentazione di **reti di famiglie solidali** per garantire supporti reciproci, ovvero la realizzazione di **percorsi tra pari**, in cui l’elemento che accomuna non sia necessariamente la disabilità, ...percorsi ancora da incentivare e sperimentare, ma che si ritiene possano essere risorse preziose per e della comunità.

## 6. Oneri economici

I Servizi socio sanitari per la disabilità adulta operando dal 1998 in forma integrata hanno ripartito le spese in base ai precedenti Accordi di Programma e alle prescrizioni della Del. Reg. 1230/08 e al DPCM 12/01/2017, che prevedono l’adeguamento degli oneri economici a carico degli Enti in base ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), differenti per tipologia di servizi erogati. Di cui il prospetto, con le % di spesa assunte:

LEA	Comuni	AUSL
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	40%	60%
SERVIZI SOCIO RIABILITATIVI ORIENTATI AL LAVORO	30%	70%
SERVIZI DI INTEGRAZIONE LAVORATIVA	60%	40%
Contributi agli utenti per l’integrazione lavorativa	100%	0%
CENTRI DIURNI - come da determinazioni assunte dal Comitato di Distretto	25%	75%
RESIDENZIALITA’ DI MEDIO LIVELLO	60%	40%
RESIDENZIALITA’ DI ALTO LIVELLO	25%	75%
RICOVERI DI SOLLIEVO	in base alla tipologia di residenzialità del luogo di ricovero	
TRASPORTI autorizzati da UVH	50%	50%
TEMPO LIBERO	50%	50%

### COMPARTICIPAZIONE DEL CITTADINO

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	nessuna compartecipazione
SERVIZI SOCIO RIABILITATIVI ORIENTATI AL LAVORO	costo pasti
CENTRI DIURNI	costo pasti
RESIDENZIALITA’ DI MEDIO LIVELLO	quota fissa
RESIDENZIALITA’ DI ALTO LIVELLO	€ 16,95/die

RICOVERI DI SOLLIEVO	€ 16,95/die
TRASPORTI autorizzati da UVH	abbonamento annuale
TEMPO LIBERO	<p>Varia in base al Reddito complessivo lordo<sup>2</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ da € 0,00 a € 36.152,00 - tariffa € 20,00/mese</li> <li>▪ da € 36.153,00 a € 70.000,00 – tariffa € 40,00/mese</li> <li>▪ da € 70.001,00 a € 100.000,00 – tariffa € 50,00/mese</li> <li>▪ oltre € 100.00 (o mancata presentazione dell’auto-certificazione) - tariffa € 60,00/mese</li> </ul> <p>Nel caso di frequenze da parte di fratelli o di frequenza a più corsi, si applica una riduzione del 30% ai corsi successivi al primo.</p>

La spesa del personale presente nelle Unità di Valutazione minori/adulti (Medico, Educatore Professionale, Assistente Sociale), così come le spese di segreteria sono assunte da ogni Ente di appartenenza e precisamente dall’Ausl per il personale sanitario, dai Comuni del Distretto di RE per il personale sociale, e da FCR per il personale di propria competenza.

I costi degli interventi socio sanitari sui minori, dopo essere stati assunti in via sperimentale dal Fondo per la non autosufficienza, sono oggi in carico economico a Comuni, AUSL e utenti per le parti sopra descritte di competenza.



## **Allegato A – Carta dei Diritti della Comunicazione**

Ogni persona indipendentemente dal grado di disabilità ha il diritto fondamentale di influenzare mediante la comunicazione, le condizioni della sua vita. Oltre a questo diritto di base, devono essere garantiti i seguenti diritti specifici:

1. Il diritto di chiedere oggetti, azioni, persone e di esprimere preferenze e sentimenti.
2. Il diritto di scegliere tra alternative diverse.
3. Il diritto di rifiutare oggetti, situazioni, azioni non desiderate e di non accettare tutte le scelte proposte.
4. Il diritto di chiedere e ottenere attenzione e di avere scambi con altre persone.
5. Il diritto di richiedere informazioni riguardo oggetti, persone, situazioni o fatti che interessano.
6. Il diritto di attivare tutti gli interventi che rendano possibile comunicare messaggi in qualsiasi modo e nella maniera più efficace indipendentemente dal grado di disabilità.
7. Il diritto di avere riconosciuto comunque il proprio atto comunicativo e di ottenere una risposta anche nel caso in cui non sia possibile soddisfare la richiesta.
8. Il diritto di avere accesso in qualsiasi momento a ogni necessario ausilio di comunicazione aumentativa-alternativa, che faciliti e migliori la comunicazione e il diritto di averlo sempre aggiornato e in buone condizioni di funzionamento.
9. Il diritto a partecipare come partner comunicativo, con gli stessi diritti di ogni altra persona, ai contesti, interazioni e opportunità della vita di ogni giorno.
10. Il diritto di essere informato riguardo a persone, cose e fatti relativi al proprio ambiente di vita.
11. Il diritto di ricevere informazioni per poter partecipare ai discorsi che avvengono nell'ambiente di vita, nel rispetto della dignità della persona disabile.
12. Il diritto di ricevere messaggi in modo comprensibile e appropriato dal punto di vista culturale e linguistico.

National Committee for the Communication Needs of Persons  
with Severe Disabilities, 1992  
Traduzione a cura ISAAC Italy

## Accordo di Programma dei Servizi Integrati Area Famiglie, Bambini e Ragazzi

### Premessa

Si fa qui riferimento alle linee programmatiche definite ai sensi

- della L.328/00, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- della successiva L.R. 2/2003, norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che all'art. 5 include nel sistema integrato di interventi e servizi sociali a rete, promosso e garantito dai Comuni:
  - l'accoglienza familiare di persone prive di adeguate reti familiari;
  - i servizi e gli interventi residenziali e semiresidenziali volti all'accoglienza di persone i cui bisogni di cura, tutela ed educazione non possono trovare adeguata risposta al domicilio;
  - i servizi e gli interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni e responsabilità di cura;
  - la consulenza e il sostegno alle famiglie e a chi assume compiti connessi al lavoro di cura ed alle responsabilità genitoriali;
  - i servizi e gli interventi di prevenzione, ascolto, sostegno ed accoglienza per minori vittime di violenze ed abbandono;
  - i servizi e gli interventi finalizzati a fornire consulenza, ascolto, sostegno e accoglienza a donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica e di costrizione economica
- della L.R. 14/2008, "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni"
- della Direttiva regionale in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari n. 1904/2011 e segg.,
- delle Linee di indirizzo regionali per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: "progetto Adolescenza" (maggio 2013),
- delle "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso." (novembre 2013)
- delle "Linee di indirizzo regionali per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" (luglio 2014)
- delle "Linee di indirizzo nazionali per l'affidamento familiare" (2012)
- delle "Linee di Indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni" (dicembre 2017)
- delle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" (dicembre 2017)

i Comuni e le Unioni della Zona Sociale di Reggio Emilia e l'Azienda USL condividono tutti i presupposti per la messa in atto di rispettive politiche sociali e sanitarie, di interventi concordati e integrati nel campo dei minori e delle loro famiglie.

Viene confermato come modello il sistema territoriale a rete, già sperimentato positivamente negli anni scorsi poiché:

corrisponde con efficacia nel garantire interventi di prossimità;

valorizza e responsabilizza le diverse componenti sia pubbliche che del privato sociale;

è in grado di favorire positive ricadute in termini di generazione di capitale sociale e di assicurare una maggiore efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Si è strutturata nel corso della vigenza del precedente accordo di programma l'organizzazione di equipe di lavoro territoriali, garanzia per una lettura più puntuale ed omogenea dei nuovi fenomeni nel loro nascere. Tale organizzazione policentrica per funzionare efficacemente ha richiesto e richiede una costante attenzione ad una metodologia di lavoro fortemente integrata con una forte attenzione alle connessioni, alla interprofessionalità, al confronto, all'utilizzo di strumenti comuni.

Negli ultimi anni, in particolare, si è investito prioritariamente per diversificare le opportunità di risposta e creare un sistema di interventi a sostegno della domiciliarità e volto al supporto e all'integrazione delle competenze genitoriali.

Resta fondamentale un approccio che garantisca accompagnamento e continuità nell'arco dell'evoluzione e della crescita del minore e della famiglia con particolare riferimento ai nuovi bisogni che emergono e ad una attenzione ai contesti relazionali e territoriali.

Ancor di più oggi, in un momento storico complesso, in cui le fragilità degli adulti emergono con forza e anche le organizzazioni pubbliche, i Servizi, sono attraversati da sofferenze (contrazioni di risorse, turn-over degli operatori, limiti tra attese e sostenibilità degli interventi) è necessario tenere viva l'attenzione ai minori, alla tutela dei loro diritti, alla valorizzazione delle loro potenzialità, alla cura dei contesti relazionali, familiari, di comunità.

Avere a riferimento l'interesse del minore richiede di orientarsi congiuntamente nella direzione di costruire tutele sociali, educative, sanitarie, legali e di allocare le risorse verso la prevenzione, la cura e la protezione in modo congruente ai suoi bisogni evolutivi.

Significa orientare le pratiche dei servizi verso la riduzione di quegli ostacoli (in primis materiali/relazionali) che inficiano il percorso evolutivo, laddove possibile, promuovendo le risorse familiari e sociali, includendo il più possibile la voce dei minori, dei genitori, degli altri adulti nei contesti di vita:

- promuovendo nella comunità, anche attraverso condivisione con il privato sociale e le altre organizzazioni, attenzione ai fenomeni, ampliando i luoghi di confronto e di scambio di esperienze.

- favorendo l'assunzione di comportamenti legati a consapevolezza e responsabilità.

- promuovendo possibilità di inclusione, valorizzando i contesti protettivi, creando connessioni tra i diversi ambienti di vita (la scuola in primis), favorendo tutori di resilienza.

- intercettando il più precocemente possibile le difficoltà genitoriali, i rischi e le loro amplificazioni e sostenendo, visibilizzando, potenziando le competenze di protezione e di cura dei genitori, ma anche, in uno sforzo e in un riconoscimento di corresponsabilità, del contesto, della comunità, delle altre organizzazioni, come leva di supporto e di integrazione.

- garantendo tempestivamente accesso alle cure specialistiche per i minori vittime di eventi e vissuti traumatici, in particolare modo grave trascuratezza, violenze, maltrattamenti e abusi, condizioni che le ricerche hanno correlato ai disturbi traumatici dello sviluppo

- riconoscendo con competenza la necessità di accoglienza appropriata ai minori vittime di maltrattamenti e abusi e intervenendo con tempestività ed appropriatezza laddove non è possibile la permanenza presso la propria famiglia.

In questi anni abbiamo visto che:

La **nascita di un figlio**, la sua crescita, le separazioni e le nuove unioni, le difficoltà economiche sempre più pervasive, la precarietà o l'assenza di reti primarie di supporto e integrazione nei ruoli, l'adolescenza e, per gli stranieri, il confronto con modelli educativi e culturali spesso significativamente diversi, diventano moltiplicatori di istanze spesso cogenti, possono creare squilibri, alimentare deflagrazioni.

La **trasformazione dei contesti tradizionali di riferimento** ha fatto venire meno anche le possibilità di confronto e di trasmissione di esperienze e saperi, mentre la richiesta sempre più esasperata di performatività ha spinto verso un restringimento degli spazi dedicati alla costruzione di relazioni, con una conseguente sensazione di solitudine da parte delle famiglie, che denunciano la mancanza di strumenti per sostenere i cambiamenti, ma, soprattutto, segnalano disorientamento di fronte a ciò che mette in crisi i modelli familiari dominanti e veicolati dai media. Lo scarto prodotto tra ciò che si vorrebbe essere e ciò che si è, tra ciò che si potrebbe e ciò che si può, produce aree di disagio anche conclamato nelle sue manifestazioni che i servizi intercettano nella loro complessità. La responsabilità genitoriale esprime oggi incertezze, ambivalenze, problematicità, instabilità, difficoltà che richiedono letture e approcci articolati e plurimi.

In questi anni si sono avviate azioni volte ad intercettare questa fascia grigia del disagio prima che scivoli e divenga conclamata, con conseguente difficoltà nel produrre azioni incisive di cambiamento e una evidente permanenza nelle aree della cronicità.

In linea con quanto la letteratura e la ricerca internazionale sottolineano, si è resa evidente, inoltre, la necessità di potenziare l'investimento nell'intercettare precocemente gli indicatori di rischio soprattutto nei primi anni di vita dei bambini, quando è ancora possibile accompagnare con maggior efficacia le traiettorie di vita e i percorsi evolutivi. Gli studi internazionali dimostrano che le conseguenze dell'abuso, della trascuratezza, della neglette incidono significativamente sullo sviluppo e il prezzo da pagare in termini di maggiori problemi di salute in età adulta risulta considerevole. È stata altrettanto evidenziata la difficoltà ad entrare in contatto con queste forme di sofferenza: il maltrattamento e l'abuso dei minori e le dinamiche violente nelle coppie. Questo ci richiama a sviluppare programmi formativi e di supervisione diffusi e continuativi finalizzati a contemplare gli eventi traumatici complessi come possibili nelle storie di vita e a sensibilizzare rispetto ai contesti/condizioni che li favoriscono. È necessario, inoltre, affinare le competenze necessarie per promuovere l'approccio al trauma, al trauma dello sviluppo, al trauma complesso, conoscerne e comprenderne il linguaggio per migliorare la qualità dell'esperienza quotidiana dei minori e, quando possibile, delle loro famiglie.

In particolare va rinforzata una linea di lavoro maggiormente integrata con le istituzioni scolastiche ed educative pre-scolastiche. Gli effetti del trauma infantile si palesano, infatti, in prima istanza a scuola con problemi di apprendimento e comportamentali.

Per questo la scuola è un interlocutore fondamentale col quale si ritiene prioritario condividere intenti, strategie e progettualità per sostenere e promuovere la capacità di tutti nello stare dentro a situazioni in divenire.

La scuola è non solo luogo deputato a produrre e diffondere conoscenza ma, soprattutto, "microcosmo" in cui transitano e vengono accolti tanti e diversi soggetti, in continua evoluzione, portatori di conoscenze, vissuti, storie e altri sguardi che vengono rimessi in circolo.

I contesti educativi dei nidi, delle scuole dell'infanzia (strategici per intercettare ed accompagnare le fragilità) e dell'extrascuola, in relazione con scuola e territorio dovranno essere oggetto di declinazione specifica territoriale, peculiare per ciascuna organizzazione coinvolta nell'accordo di programma.

Si individuano di seguito alcuni fenomeni che richiederanno particolare attenzione.

Non si tratta di fenomeni sociali nuovi, quanto di situazioni che permangono e che pertanto richiedono di essere riattraversate alla luce di una linea temporale scandita da lunghe transizioni, dentro i contesti di servizi che oggi evidenziano a loro volta sistemi fragili

- La povertà economica in presenza di minori in una famiglia, che, nell'ambito delle mutate condizioni sociali ed economiche, rappresenta un elemento di debolezza e svantaggio. Questa condizione emerge in modo evidente e delinea potenziali fattori di rischio. Una particolare attenzione in questo ambito è stata sviluppata nei confronti delle famiglie monogenitoriali, che rappresentano una situazione di più elevato rischio di povertà economica, ma che necessitano (come anche le famiglie in cui vi è la presenza di entrambi i genitori) anche di sostegni integrativi dei ruoli educativi genitoriali. Nella prospettiva di considerare il continuum fra vulnerabilità, negligenza, abuso e maltrattamento la povertà economica spesso intreccia debolezze di contesto e povertà educative da far emergere per sviluppare programmi di accompagnamento. Vanno in questa direzione i contenuti delle linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità.
- Il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso dei minori, ancora sottostimato nel nostro territorio, richiede una forte attenzione ai segnali di disagio e lo sviluppo di maggiori competenze tra gli operatori pubblici e del privato sociale, nonché la presa in carico tempestiva e continuativa per i trattamenti. L'esposizione reiterata a condizioni traumatiche crea effetti pervasivi nel corpo e nella psiche, duraturi e permanenti nei minori coinvolti, che necessitano di investimenti e trattamenti specifici e altamente professionalizzati per diminuirne le sofferenze e rendere più accettabile la loro quotidianità e per riacquistare un po' di fiducia in se stessi.

Da monitorare il dato della violenza in famiglia, che le separazioni fanno emergere. La violenza assistita oggi rappresenta una emersione nell'ambito delle forme di maltrattamento che necessita di ulteriori confronti interprofessionali e formazione congruente.

- La presenza di Minori Stranieri Non Accompagnati con vissuti traumatici. È questo un fenomeno relativamente recente nelle sfaccettature di complessità e nelle peculiarità che propone. Per queste situazioni devono essere rimossi gli ostacoli all'accesso ai servizi sanitari di base e alle cure specialistiche.
- L'aumento delle separazioni, che ha mutato lo sviluppo e le modalità di relazione all'interno delle famiglie. Le separazioni conflittuali, in particolare, evidenziano i segnali di una sofferenza complessiva da parte dei nuclei familiari; tale sofferenza si esplicita attraverso il complesso disagio dei bambini e degli adolescenti, a rischio di essere sottotracciato. Aumentano, in queste situazioni, gli incontri protetti tra genitori e figli. In questo campo il sostegno ai normali processi familiari diviene indispensabile per garantire in ogni condizione uno sviluppo adeguato ai figli. Le azioni si sostanziano in attività di aiuto e accompagnamento ai nuovi equilibri familiari e, dove possibile, in attività di mediazione familiare. Anche in questo ambito riuscire a cogliere precocemente i segnali di sofferenza dei minori potrebbe aiutare a sostenere con maggiore consapevolezza le scelte successive. E' da monitorare il protocollo siglato con Tribunale Ordinario e Ordine degli avvocati.
- La rapida evoluzione degli stili di vita della popolazione adolescente e della cultura adolescenziale, sostenuta dal progressivo potenziarsi delle potenzialità comunicative, propongono la necessità di qualificare la rete dei servizi rafforzandone la capacità di intercettare una domanda che fatica a riconoscersi nelle attuali proposte organizzative.
- Si segnala, inoltre, la necessità di riattraversare le accoglienze familiari (affido e adozione), che esprimono una diminuzione delle disponibilità e in cui le famiglie richiedono di essere sostenute e accompagnate con maggior continuità.

Si conferma quale linea di intervento prevalente di supportare il più possibile i nuclei familiari attraverso azioni diversificate e qualificate e di limitare le situazioni che richiedono il ricorso a strutture alternative alla famiglia, fermo restando che laddove l'interesse del minore non è tutelato permanendo nella propria famiglia è importante l'individuazione della risorsa il più possibile congruente con i suoi bisogni evolutivi e di cura.

## **1. Oggetto dell'accordo di Programma**

Oggetto dell'accordo è il sistema dei servizi, dei progetti e degli interventi rivolti ai minori e alle loro famiglie attraverso la massima integrazione possibile degli interventi sociali-sanitari-educativi

## **2. Obiettivi del triennio**

Obiettivo del presente Accordo è consolidare modalità, contenuti, strumenti di lavoro integrato nell'ambito degli interventi rivolti ai minori (compresi i MSNA, per i quali si individuerà una procedura di accesso prioritario ai servizi sanitari di NPIA) e alle loro famiglie e identificare modalità e luoghi organizzativi che consentano di qualificare e monitorare il sistema dell'offerta.

Sul piano organizzativo si prevede il mantenimento di una rete di equipe territoriali integrate la cui attività si realizzi attraverso unità multi professionali di valutazione e presa in carico.

Si individuano successivamente (art. 3) gli ambiti di miglioramento da attuare a fronte della valutazione svolta nel corso del 2017 sul sistema di funzionamento e sul presidio dei contenuti del precedente accordo.

### Costituiranno obiettivi specifici:

- Il mantenimento e consolidamento della presa in carico integrata il più precocemente possibile al fine di evitare/contenere gli interventi riparativi.

Lo sviluppo delle metodologie e degli strumenti previsti dal Programma PIPPI potrebbe rendere più efficace e valutabile il lavoro in questa direzione, migliorando soprattutto il lavoro con le famiglie di origine.

Rientra in questo obiettivo anche il potenziamento di una offerta di gruppi di sostegno e confronto per le famiglie impegnate nei percorsi post-adozione.

Nelle situazioni multiproblematiche è stata prevista la procedura della gestione delle donne gravide multiproblematiche in accordo con SERT e CSM per migliorare le prassi di gestione condivise in fase di aggiornamento.

- L'implementazione delle linee guida maltrattamento e abuso, che nel presente accordo vengono recepite e che richiedono un investimento permanente e dedicato all'organizzazione territoriale integrata per le fasi di intercettazione, valutazione delle situazioni, la diagnosi, la prognosi e la presa in carico.

In particolare gli investimenti saranno orientati alla costruzione di un sistema curante che assume il paradigma del trauma complesso come guida e che prevede formazione specifica e supervisione degli operatori coinvolti. Sarà garantito ai minori vittime di gravi maltrattamenti e abusi il trattamento dei traumi, con particolare attenzione ai traumi complessi attraverso l'accesso tempestivo alle cure specialistiche psicoterapeutiche. A tal fine l'AUSL si impegna a individuare modalità atte a garantire la qualità delle cure e la specializzazione richieste per questa tipologia di interventi.

Viene individuata la psicoterapia quale strumento per la cura da potenziare e su cui investire in tutte le fasi di vita del minore.

- Viene inoltre recepita la necessità di mantenere la continuità di accesso alle cure nelle fasi di passaggio alla maggiore età e garantire appropriato intervento per quegli adulti genitori che hanno nelle proprie storie subito maltrattamenti e abusi e che si devono confrontare con vicende analoghe che oggi vedono implicati i propri figli.
- Sul fronte della gestione dei servizi: l'analisi dei sistemi di servizi offerti (servizi educativi e comunità) con l'individuazione di alcuni indicatori di processo e di esito co-costruiti con il privato sociale e di alcune piste di miglioramento nel lavoro integrato.
- L'implementazione delle iniziative che saranno individuate nell'ambito del progetto adolescenza, in particolare il potenziamento dei presidi di prossimità e delle modalità di raccordo con i servizi specialistici, che devono essere posti in grado di intervenire precocemente e prevenire l'evoluzione dei fenomeni di disagio in condizioni di disturbo conclamato. Questo obiettivo viene ripreso anche nell'accordo di programma dipendenze e salute mentale poiché il progetto adolescenza investe un continuum molto ampio e richiede alta integrazione tra azioni, servizi, organizzazioni.
- La qualificazione del progetto accoglienza/affido e dell'equipe integrata, con risorse dedicate in termini di personale e ore/lavoro, con l'obiettivo di riportare al centro dell'attenzione della comunità la pratica dell'accoglienza, attivare una rete sociale e sanitaria competente nel supporto alle famiglie e potenziare il supporto sia alle famiglie adottive che alle famiglie affidatarie, che per le complessità cui sono chiamate a confrontarsi necessitano di cure particolari.
- L'avvio, in integrazione con le istituzioni scolastiche, di un percorso di co-costruzione di linee guida e buone prassi nel rapporto tra i servizi orientato alla condivisione di letture, modalità di segnalazioni, confronti, consulenze.

### **3. Definizione delle rispettive competenze, dei luoghi organizzativi e dei percorsi di presa in carico**

Si conferma l'equipe territoriale quale luogo organizzativo in cui si avvia il progetto e si sviluppano sia il percorso di valutazione, sia il programma di presa in carico integrata. L'equipe integrata è il luogo che fornisce alcune linee progettuali più spesso nella fase preparatoria al percorso di integrazione. Le équipe integrate è

utile che restino come luoghi che fanno sintesi e ricomposizione e trattino le situazioni più complesse, individuando dispositivi contestuali per il supporto dell'attuazione del programma di presa in carico e del percorso di valutazione. Si individua l'èquipe integrata quale luogo di confronto anche per le situazioni di tutela rivolte a minori disabili.

Il lavoro di verifica svolto ha individuato alcune piste di miglioramento che si intendono sviluppare, confermando, altresì, le funzioni del precedente accordo di programma, che si intendono rinnovate e che sono sottoriportate :

Piste di miglioramento:

Si individuano tre aree di approfondimento che si ritiene utile riattraversare: l'ascolto dei minori, la conoscenza degli aspetti giuridici, il coinvolgimento delle scuole (per quest'ultimo punto vedi sopra art.2)

Rispetto alla centratura sui minori si condivide di assumere un presidio più intenzionale individuando nell'utilizzo sistematico degli indicatori di rischio e di protezione una guida per avere comuni denominatori nelle letture di analisi, verifica/valutazione, riprogettazione.

Rispetto alla conoscenza degli aspetti giuridici che riguardano la tutela minori sono emerse alcune piste tematiche di approfondimento che si ritiene utile rinforzare nella logica di collegare la conoscenza puntuale delle norme ai percorsi di protezione e cura.

A sostegno di questi investimenti tematici gli stessi operatori di area sociale e sanitaria saranno coinvolti in percorsi formativi specifici su maltrattamento e abuso, aspetti giuridici, metodologie e strumenti PIPPI.

Dispositivi organizzativi a supporto per il miglioramento dei percorsi di presa in carico e valutazione: a fronte di una debolezza rilevata nella valutazione degli esiti dei percorsi/interventi messi in campo, in questa fase del percorso organizzativo si ritiene maggiormente utile rinforzare alcune competenze metodologiche delle UVM.

Verrà a questo fine allestito un accompagnamento alle stesse UVM a cura del coordinatore di polo, del Responsabile tutela minori AUSL e altre figure di supporto metodologico per l'allestimento progettuale in alcune situazioni, che ricomprenda anche la verifica/riprogettazione degli esiti degli interventi.

In situazioni specifiche in cui le UVM oggi chiedono consulenza all'èquipe integrata per un dare valore istituzionale alle scelte operate, si ritiene utile allestire una UVM complessa con la presenza del coordinatore di polo e del responsabile tutela minori dell'AUSL per supportare la sintesi decisionale

Poiché una delle debolezze riscontrate riguarda la difficoltà ad utilizzare in modo sistematico il progetto quadro, verrà predisposta una revisione dello stesso con lo scopo di assumerlo in modo sistematico laddove previsto.

Funzioni delle Equipe Integrate

In questa sede, in riferimento alle singole situazioni viene:

- valutata collegialmente la necessità di un intervento integrato,
- individuata l'unità di valutazione e presa in carico multiprofessionale, quale strumento operativo per la valutazione e la presa in carico
- verificato periodicamente l'esito degli interventi.

L'èquipe territoriale è costituita stabilmente dal gruppo di lavoro dei Servizi Sociali Territoriali e dagli

psicologi dell'AUSL individuati per quel territorio, ma deve coinvolgere tutti gli operatori che possono contribuire all'analisi delle situazioni e ai progetti.

L'unità di valutazione e presa in carico multiprofessionale si compone, in riferimento alle singole situazioni, di figure con professionalità differenti. La composizione di base dell'Unità di valutazione e presa in carico multi professionale prevede assistente sociale, educatore (laddove presente nelle èquipe) e psicologo che, operando in riferimento alle specifiche competenze e alle rispettive responsabilità istituzionali e professionali:

- effettuano una prima lettura e valutazione di base, individuano e realizzano gli approfondimenti necessari, tenendo conto che la presa in carico precoce è essenziale e costituisce uno dei fondamenti del presente accordo
- formulano e attuano il progetto,
- curano il dialogo con la magistratura e il raccordo con altre istituzioni e agenzie e provvedono alla redazione dei documenti necessari
- verificano l'attuazione del programma/progetto
- rivedono il progetto alla luce degli eventi, degli esiti, delle decisioni dell'autorità giudiziaria eventualmente coinvolta,
- attuano direttamente o attivano gli interventi conseguenti alla presa in carico e i provvedimenti della Magistratura,
- curano il raccordo tra le professionalità, i servizi, le agenzie eventualmente coinvolti nel progetto.

Vengono già in fase di raccolta di prime informazioni contattati tutti i servizi necessari per avere un quadro più articolato propedeutico al coinvolgimento di ulteriori figure professionali utili (educatore professionale, NPI, mmg, pediatri, operatori scolastici, operatori sanitari, ecc.).

Analogo coinvolgimento di ulteriori professionalità e servizi può essere previsto in riferimento alla formulazione e attuazione del progetto di presa in carico.

E' necessario che ogni servizio comunichi i propri referenti territoriali, al fine di rendere possibile un'attivazione tempestiva e prevedibile delle risorse di volta in volta necessarie. Nel caso in cui, già dai primi dati rilevati in sede di primo accesso volontario o di segnalazione, emergano elementi tali da ritenere necessario l'apporto di professionalità differenti, la presenza di queste ultime dovrà essere garantita già dal primo incontro.

Si conferma che l'unità di valutazione e presa in carico multi professionale deve definire un programma di intervento che risponda alle esigenze di tempestività legate agli eventuali interventi di protezione e alle scadenze poste dal procedimento avviato dall'autorità giudiziaria. Le attività legate a questi aspetti dovranno, pertanto, assumere carattere di priorità nella programmazione delle attività. Dovranno essere predisposti percorsi di accesso agli interventi di valutazione, sostegno e cura che richiedono l'intervento di altri professionisti o servizi, in modo da garantire la disponibilità di quelle attività che rivestono carattere di tempestività.

Il criterio di attivazione di risorse professionali ulteriori rispetto alla composizione di base fa riferimento a:

- necessità di coinvolgere più di un professionista per intervenire, sul piano valutativo, nei confronti di più membri della famiglia o su aspetti della situazione per i quali siano opportuni approcci specifici ;
- al rispetto dei programmi/progetti di intervento sociale e sanitario già avviati in riferimento alla situazione, i cui referenti dovranno essere invitati a contribuire alla formulazione del nuovo progetto;
- alla necessità di esplorare, approfondire, intervenire su aspetti che ricadono nelle competenze di un servizio sanitario (in particolare SERD e CSM) o sociale o educativo, nel rispetto dei criteri e delle modalità di accesso del servizio stesso.

Dovranno essere assunte tutte le iniziative necessarie a predisporre percorsi di attivazione adeguati alle eventuali esigenze di tempestività e tutte le forme di comunicazione volte a favorire l'integrazione tra



tutti gli interventi messi in atto a favore di uno o più minori e di un nucleo familiare. Sarà, in particolare, compiuto ogni sforzo per informare adeguatamente e promuovere l'adesione del cittadino utente rispetto all'esigenza di comunicazione efficace tra i servizi, nell'interesse dell'appropriatezza complessiva del programma/progetto di intervento sociale e sanitario.

Si conferma che l'Unità di Valutazione e Presa in Carico Multiprofessionale è composta da tutti gli operatori coinvolti nelle singole situazioni e tutti contribuiscono alla definizione del progetto e ai momenti di verifica. Qualora avvengano eventi eclatanti tra una verifica e l'altra ciascuno è tenuto a segnalarlo.

L'assistente sociale assume funzioni di sintesi rispetto al progetto e all'insieme degli interventi.

Il programma/progetto di intervento deve individuare in riferimento alle singole situazioni e alle singole fasi:

1) gli operatori che assumono la responsabilità dell'attuazione e della verifica del progetto stesso e lo rappresentano nei rapporti con le agenzie e le istituzioni.

2) gli operatori che assumono la responsabilità di specifici interventi, di cui debbono essere individuati gli obiettivi e le modalità di attuazione; operatori che possono, pertanto, essere coinvolti nel progetto secondo tempi diversi in ragione della natura del problema, delle circostanze, di considerazioni relative all'equilibrio complessivo dell'operatività.

Le Unità di Valutazione e Presa in carico Multiprofessionale devono definire, in riferimento ai singoli progetti, i tempi e i luoghi per gli incontri di programmazione e verifica, dedicando attenzione a garantire alternanza dei luoghi con riferimento alle diverse sedi in cui operano abitualmente gli operatori. Può essere utilizzata la riunione periodica dell'èquipe territoriale per realizzare alcuni momenti di verifica per favorire la condivisione delle competenze e il confronto critico.

Compito dei referenti degli enti di appartenenza sarà la predisposizione di una struttura organizzativa che ottimizzi reciprocamente i tempi degli operatori di tutte le organizzazioni coinvolte.

Vengono confermati i gruppi interprofessionali adozione e affidamento, composti da assistenti sociali e psicologi per i percorsi dedicati dalla fase di informazione/formazione, al percorso di conoscenza, alla fase dell'accompagnamento post.

Per tali attività si fa riferimento alle specifiche linee di indirizzo nazionali e regionali.

### **3.1 Modalità di organizzazione e funzionamento dell'èquipe territoriale**

Le èquipe territoriali sono 6, coincidenti con i Poli territoriali.

Le èquipe saranno composte in ciascun polo dagli assistenti sociali che si occupano di genitorialità, dagli educatori professionali, ove presenti, e da due psicologi.

L'ambito di riferimento per ciascuna coppia di psicologi sarà sovra-polo secondo la seguente suddivisione:

Polo ovest del Comune di Reggio nell'Emilia e Unione " Terra di Mezzo"

Polo sud del Comune di Reggio nell'Emilia e Unione Comuni delle Colline Matildiche

Polo nord, Polo est

L'èquipe territoriale si riunisce a cadenza almeno mensile presso le sedi dei servizi sociali territoriali per la valutazione integrata di tutte le situazioni che presentano indicatori di rischio. In tale sede si concordano le prime azioni da compiere, si individua la unità di Valutazione e Presa in Carico Multiprofessionale, si avvia il percorso di valutazione, formulazione del progetto, presa in carico integrata.

Eventuali situazioni non già in carico con modalità integrata che dovessero esprimere carattere di urgenza (scadenze valutazioni da parte del Tribunale; situazioni che richiedono valutazioni tempestive in riferimento ad interventi di tutela del minore-es.403cc) nell'arco del mese devono essere segnalate via mail al coordinatore del polo sociale e al referente delle attività Psicologiche nell'ambito della Tutela Minori/Neuropsichiatria. Anche in questi casi verrà individuata una Unità di Valutazione e Presa In carico Multiprofessionale che avvierà tempestivamente il percorso per la valutazione, progetto e presa in carico.

La partecipazione alle UVM del responsabile del Polo e/o del referente per le attività di psicologia nell'ambito della Tutela Minori dell'AUSL e/o del responsabile CSM e/o Direttore CSM e/o del Direttore del

SERDP può essere richieste per definire il programma di intervento nel caso si ravvisassero particolari elementi di complessità, fossero richieste risorse o iniziative non preventivate, fossero presenti alternative difficilmente decidibili, differenze di valutazione o giudizio che richiedano di essere superate. Si definiscono **UVM complesse** queste modalità organizzative.

Le segnalazioni e le richieste di intervento possono pervenire da cittadini, familiari, Organi Giudiziari, scuole di ogni ordine e grado (compresi i nidi e le scuole dell'infanzia), agenzie di servizio, forze dell'ordine, servizi sanitari, ecc.

In questi casi i primi interlocutori sono, generalmente, i Servizi Sociali Territoriali, che provvedono a proporre la situazione alla successiva riunione dell'équipe territoriale integrata, chiedendo per iscritto la presenza dei referenti di altri progetti/servizi.

Nel caso in cui la situazione venga segnalata o sia intercettata da un servizio sanitario lo stesso servizio, invierà, tramite e-mail, richiesta di attivazione allo sportello sociale dei Servizi Sociali Territoriali di riferimento e/o ai referenti territoriali all'uopo individuati o segnalerà l'esigenza di presa in carico in équipe integrata.

### **3.2 Strumenti**

Verrà rivalutata la scheda progetto-quadro con l'obiettivo di semplificarla e di estenderne l'utilizzo a tutte quelle situazioni per le quali vi è un intervento integrato.

### **3.3 Gruppo di coordinamento**

Viene confermato il gruppo di coordinamento interistituzionale.

Il percorso avviato in questi anni tra Comuni e AUSL ha esitato in forme di integrazione efficaci sia sul piano della programmazione che sul piano della gestione e in un maggior raccordo condiviso e integrato nel rapporto con il privato sociale.

Si ritiene pertanto utile, a fronte dell'esperienza maturata, portare a sintesi i diversi tavoli di confronto avviati negli anni scorsi con modalità definita e temporalizzata e che hanno lavorato su oggetti specifici, e ampliare il gruppo di coordinamento interistituzionale, precedentemente composto dai responsabili dei servizi dei Comuni del Distretto e dell'AUSL, ai responsabili delle organizzazioni del privato sociale che collaborano continuativamente con i Servizi.

La scelta dell'ampliamento va nella direzione di avere un luogo di confronto stabile che consente di trattare e di declinare l'interesse dei minori e le tutele sociali, educative e sanitarie con un approccio di sistema più articolato.

Il gruppo di coordinamento avrà il compito di:

- monitorare e favorire i processi di integrazione socio-sanitaria per la realizzazione del presente accordo avvalendosi anche degli strumenti e luoghi già esistenti
- monitorare ed evidenziare nuovi fenomeni
- mantenere i raccordi con il terzo settore e l'associazionismo
- concorrere alla costruzione di protocolli specifici con la scuola e con altri servizi
- rilevare e progettare i bisogni formativi
- monitorare l'utilizzo delle risorse e del budget anche attraverso i luoghi già predisposti ( ad esempio il gruppo di monitoraggio FCR per il Comune di Reggio Emilia)
- costruire criteri di qualità del sistema dei servizi rivolti a minori e loro famiglie

Il gruppo di coordinamento si incontra di norma a cadenza trimestrale su convocazione del referente della programmazione del Comune di Reggio Emilia.

#### 4. Personale dedicato

Alle équipes territoriali e per le funzioni dedicate a quanto previsto nel presente accordo vengono assegnate le seguenti risorse:

Da parte dei comuni Assistenti Sociali (si conferma l'assetto di personale dedicato)

Da parte della Azienda USL : psicologi per un totale di 240 ore settimanali (attualmente l'assetto è parzialmente sottodotato). L'Azienda USL si impegna a concordare modalità e priorità per tendere al raggiungimento dell'assetto previsto.

#### 5. Oneri economici

Ripartizione oneri economici: si assume quale parte integrante del presente accordo la suddivisione degli oneri economici come da "Linee di indirizzo regionali per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento" del luglio 2014.

AUSL e Comuni si impegnano a recepire eventuali altre disposizioni regionali in materia di compartecipazione economica.

Azienda USL e Comuni si impegnano a produrre una procedura di autorizzazione.

#### 6. Funzioni distrettuali centralizzate

**Esperto giuridico:** assicura un affiancamento di consulenza, su richiesta degli operatori dei servizi per la soluzione di problemi di rilevanza giuridica ed amministrativa;

Mantiene un costante aggiornamento per gli operatori in ambito legislativo

Sostiene gli operatori, sulla base delle loro esigenze, nei rapporti interistituzionali (ad es. con la magistratura e le forze dell'ordine) ed assicura la correttezza del loro operato sotto il profilo normativo, anche di fronte a terzi (ad es. avvocati di parte, mass-media ecc.).

Il Comune di Reggio Emilia si impegna, qualora necessario, a predisporre una **segreteria centralizzata** con compito di raccolta e rielaborazione dati e monitoraggio prese in carico integrate da parte delle UVM.

Si impegna inoltre, su accordi specifici, ad assumere la **rappresentanza** rispetto a altri enti.

Si impegna al **coordinamento** gruppi di lavoro specifici sulle tematiche dell'accoglienza, dell'adozione, dell'abuso e grave maltrattamento.

Si concorda che per le funzioni svolte dal Comune di Reggio Emilia i Comuni riconoscono la quota annuale che verrà definita con i accordi economici che diverranno parte integrante del presente accordo.

## ALLEGATO 1

### **Definizione delle tipologie di situazioni che necessitano di presa in carico integrata.**

Le situazioni che i servizi si trovano a trattare sono diversificate e complesse. Si individuano di seguito le tipologie in cui l'integrazione sociale, educativa e sanitaria deve essere prioritariamente garantita. La progettualità messa in campo deve ricomprendere interventi rivolti sia al minore che alla famiglia d'origine a supporto in queste situazioni:

#### **Situazioni di danno, pregiudizio e rischio evolutivo.**

1. minori in situazione di disagio, a rischio di sviluppo psicopatologico, a rischio di devianza
2. minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria
3. minori oggetto di grave trascuratezza, maltrattamento e/o abuso
4. minori in situazione di "pericolo" (violenza, tratta, avvio alla prostituzione...)
5. minori affetti da dipendenze patologiche
6. minori che agiscono il loro disagio con comportamenti antisociali, all'interno del nucleo familiare, in ambiente scolastico, in ambiente extra-scolastico
7. minori stranieri non accompagnati
8. minori stranieri in fase di ricongiungimento familiare

#### **Situazioni di "genitorialità a rischio"**

##### a) Dipendenze Patologiche attive

1. condizione di dipendenza attiva da sostanze stupefacenti e/o alcool in entrambi i genitori, associata a rilevata incapacità a riconoscere le proprie aree problematiche
2. presenza di una condizione di dipendenza attiva in un solo genitore e dove si rileva nell'altro genitore una manifesta difficoltà o disagio nella conduzione del ruolo genitoriale
3. unico genitore con tossicodipendenza attiva, privo di risorse familiari e sociali, in stato di vita precario
4. rilevazione di segnali di grave trascuratezza nel figlio/i anche adolescenti, derivati dagli elementi raccolti nella relazione con il genitore, quali la frequenza scolastica, disadattamento sociale, presenza di sintomatologia manifesta
5. episodi di violenza all'interno del nucleo familiare

##### b) patologie psichiatriche invalidanti

##### c) disabilità

1. condizioni di salute psicofisiche molto compromesse: livello intellettuale molto basso e/o problemi fisici molto gravi, che rendono impossibile una gestione autonoma della propria persona e tali da incidere gravemente sulle autonomie personali, la vita sociale e di relazione.
2. Condizioni di salute non particolarmente compromesse ma con rilevanti difficoltà ad accettare la propria condizione di persona in parte "diversa" che limitano in modo significativo la vita sociale e di relazione. Gli adulti esprimono fatica ad accettare la propria condizione e a riconoscere le proprie capacità e risorse, ma che, se supportati, riescono a vedersi in modo più realistico e a prefigurare cambiamenti nel futuro

##### d) disagio sociale e/o relazionale medio/grave:

1. Genitori che dimostrano difficoltà/resistenze a modificare/adeguare i propri comportamenti in relazione ai cambiamenti evolutivi connessi al ciclo vitale della famiglia.

2. Genitori che esprimono affetto e interesse nei confronti dei figli; ma hanno una capacità relazionale e affettiva semplice, un ascolto intermittente e più centrato sulle dimensioni materiali. Hanno difficoltà economiche e/o lavorative e reti di sostegno scarse o inesistenti. Fanno fatica ad assumere con continuità le responsabilità genitoriali sia sul piano materiale (attenzione alle cure primarie, adeguatezza e continuità nel rapporto con scuola, con il pediatra, ecc.) sia sul piano relazionale, affettivo, educativo. Hanno lacune nella capacità di mantenere i confini, nel contenimento e nella tenuta affettiva .
3. Genitori che esprimono agiti conflittuali intrafamiliari sia tra adulti che nei confronti dei minori

e) separazioni giudiziali

f) genitore/i minorenni

g) situazioni attuali o pregresse di abbandono, allontanamento di minori. Al riguardo, è vincolante promuovere un confronto tra Servizi rispetto a qualsiasi forma di allontanamento di minore dal nucleo familiare di origine.

In riferimento a tutte queste situazioni, in considerazione della molteplicità degli aspetti e della delicatezza dei temi implicati, dell'impatto che gli interventi possono avere sull'assetto familiare e individuale, ma anche dei rischi che una sottovalutazione delle problematiche comporta per la vita dei minori e delle famiglie, è fondamentale assicurare un apporto professionale il più possibile adeguato al livello di complessità e orientato ad una presa in carico integrata precoce e tempestiva anche al fine di ridurre e contenere gli interventi riparativi.

Si ritiene che un approccio multi professionale integrato costituisca il più efficace e appropriato strumento di lettura della situazione:

- per la valutazione di bisogni, rischi, potenzialità,
- per la definizione del progetto di intervento, per l'attuazione degli interventi diretti e indiretti secondo modalità e tempi adeguati alla natura del problema e alle risorse disponibili;
- per il raccordo con le funzioni centralizzate;
- per la produzione della documentazione diretta alle Autorità; dialogo con la Magistratura.

La valutazione multi professionale integrata, familiare, individuale e di contesto deve essere considerata vincolante quando si presume che si debbano mettere in atto allontanamenti, temporanei o definitivi, dalla famiglia di origine, siano essi coatti, consensuali o spontanei e in tutte le situazioni in cui si palesino forme di maltrattamento e/o abuso

Nelle situazioni di allontanamento la valutazione integrata rappresenta un momento fondamentale nel più ampio progetto volto alla promozione del cambiamento. Affinché tale intervento assuma per il minore un significato chiaro occorre accompagnarlo lungo tale percorso, consentendogli la comprensione di quanto è accaduto, offrendogli il sostegno continuativo necessario per aiutarlo a chiarire i suoi dubbi e prepararlo a quelli che saranno gli eventi successivi. Un attento lavoro con la famiglia di origine, coerente con le finalità e con la temporalità del progetto deve creare nuove occasioni di consapevolezza e di riorganizzazione delle relazioni allo scopo di ristabilire condizioni più adeguate al rientro del minore o, assumere al contrario, la decisione di attuare separazioni definitive.

## **Accordo di Programma sulle Politiche e sui Servizi a tutela della Salute Mentale e per la prevenzione, la cura e il contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio correlate.**

### **Premessa**

L'Accordo di Programma sulle politiche e sui servizi a tutela della salute mentale e al contrasto delle altre forme di disagio sociale correlate; e l'Accordo di Programma sulle politiche e sui servizi per la prevenzione, la cura e il contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio correlate, così come approvati nel 2012, furono l'esito di un lavoro molto articolato che, anche su impulso degli orientamenti introdotti con il Piano sociale di Zona, diede una continuità strutturale ad alcune sperimentazioni già praticate con i servizi del territorio e le realtà del privato sociale. Essi furono lo sfondo culturale in cui collocare la quotidianità dei servizi e il senso del loro operare, sostenendone l'intero impianto organizzativo e operativo su basi metodologicamente definite.

Il panorama sociale dei nostri territori, segnati da fenomeni complessi quanto difficili da approcciare con i più tradizionali strumenti del lavoro sociale, e al tempo stesso, ricchi di nuove opportunità e risorse progettuali, umane, economiche, chiamava tutti - servizi e attori diversamente coinvolti - ad una assunzione di rinnovata responsabilità. La condivisione di orientamenti, l'individuazione di alcuni obiettivi strategici, la comune lettura dei bisogni sono stati il presupposto per una costante e continua ricerca (e costruzione) di appropriatezza del Sistema dei servizi, della sua traduzione organizzativa, e nella applicazione di dispositivi efficaci. Non è neppure mancata l'attenzione nei processi di accompagnamento alle equipe di lavoro, sia interne ai servizi (sociali, sociosanitari e sanitari) che nelle interazioni progettuali con operatori di diversa appartenenza; il monitoraggio e la valutazione degli esiti dei diversi percorsi progettuali, delle sperimentazioni condotte; la messa a fuoco delle criticità e di nuovi bisogni.

Ora, a distanza di alcuni anni, e nell'attuale concomitante fase della programmazione sociale e sanitaria (2018 - 2020), si ritiene opportuno ripuntualizzare alcuni assunti a cui incardinare gli impegni del nuovo Accordo di programma 2018- 2020 e, con esso, le scelte di priorità e i correlati sviluppi dei nostri servizi. Inoltre, sotto il profilo legislativo e normativo, inoltre, dovranno trovare applicazione alcune disposizioni che impatteranno sugli attuali assetti e così in particolare oltre alla DGR 1423 del 02/10/2017 che ha introdotto il Piano sociale e sanitario 2017-2019, si richiamano:

- decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12.01.2017 che definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza (LEA del 30 dicembre 1992, n.502, art. 1 comma 7);
- Programma attuativo dipendenze (dgr 2307/2016)
- Delibera di giunta rer n.1184 del 02.08.2017 "Approvazione indirizzi per l'attuazione degli interventi di RDD"
- delibera di giunta 2098 del 20/12/2017 approvazione del piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo 2017-18 e assegnazione risorse alle aziende sanitarie per l'anno 2017.
- DGR n. 2128/2016 "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa;
- Raccomandazioni regione ER per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico;
- Programma regione ER "Giuseppe Leggieri" Integrazione tra cure primarie e salute mentale
- Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti
- Piano regionale per la prevenzione 2015 - 2018 (Dgr 771/2015)
- LEGGE REGIONALE 30 luglio 2015, n. 14 -*Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari*
- Circolare n. 57 del 28 marzo 2018, *l'INPS illustra le estensioni che intervengono sul Reddito di inclusione (REI) per effetto della legge di bilancio: dal 1° luglio 2018 fa diventare il REI uno*

*strumento di contrasto alla povertà a tutti gli effetti universale, basato solo sul soddisfacimento dei requisiti economici.*

A partire da tutto ciò è possibile delineare alcune traiettorie di lavoro comune che i servizi assumono alla base del nuovo accordo di programma, e su cui allestire i futuri progetti, attività e interventi, ribadendo, altresì, la validità e la conseguente irrinunciabilità degli orientamenti sino a d ora condivisi e qui richiamati:

- un sistema di offerta caratterizzato dall'accoglienza, dall'accompagnamento e la presa in cura, in continuità, della persona nel proprio contesto di vita: approccio che promuove l'autonomia, la consapevolezza e la responsabilità attraverso la partecipazione della persona stessa e un processo costante d'interazione con i luoghi di vita;
- la valorizzazione delle diverse professionalità (anche specialistiche) nella capacità di integrarsi progettualmente con l'unitarietà del soggetto/utente;
- la necessità di realizzare l'attivazione della intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) attorno alle politiche sociali e sanitarie;
- l'accesso ai servizi assicurato tramite la capacità di accogliere e orientare, svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei nostri territori, entrando a contatto diretto con i contesti di vita delle persone. Funzione che si deve esprimere in ambito scolastico ed extra scolastico, nei luoghi di lavoro, nei contesti abitativi, nei luoghi di aggregazione;
- l'allestimento e la cura di processi di lavoro integrati, metodologicamente supportati dalla adozione di dispositivi e strumenti per l'analisi, la valutazione, la progettazione, il monitoraggio e la verifica con un approccio multiprofessionale, centrata sulla persona, le sue risorse e le sue possibilità evolutive.
- la governance dell'intero sistema attraverso livelli integrati di accompagnamento, valutazione e monitoraggio e riprogettazione.

### **1. Ambiti d'intervento e collaborazioni**

Seppur con forti analogie metodologiche i due accordi di programma (Salute mentale e dipendenze patologiche) hanno operato in contesti differenti, e non solo in riferimento alle specifiche tipologie di destinatari, ma anche in termini organizzativi, relazionali, progettuali e contrattuali legati alla presenza del privato sociale. E così, in **area dipendenze** essi operano, in contesto prevalentemente sociosanitario, attraverso la gestione contrattuale di servizi finalizzati alla prevenzione selettiva e inclusione sociale, a bassa soglia di accesso, e alla Riduzione del danno sociale e sanitario, attraverso forme di consulenza fra operatori e servizi, e modalità di orientamento e accompagnamento; e nell'ambito degli Accordi di fornitura per trattamento e cura, riabilitazione.

#### **Nello specifico dell'ambito delle Dipendenze:**

- Servizio di gestione della Struttura di **VIA BOCCONI** a RE per le attività educative integrate di bassa soglia del SERT di RE. (Ditte affidatarie: Coop. Agr. Sociale; La Quercia di Canossa RE).
- **Accordi di fornitura:** Enti Ausiliari contraenti degli accordi di fornitura, in particolare qui si richiama il progetto Paradise street, laboratorio atelieristico finalizzato all'inclusione sociale)
- Progetto aziendale per interventi domiciliari di supporto a persone con HIV/Aids e/o grave disagio psicofisico Ditta Affidataria: CORESS
- Convenzione per accoglienza in **Struttura Casa Flora** (CEIS)
- Servizi di Prossimità e accoglienza invernale (ditta affidataria: Associazione Papa Giovanni XXIII)
- Can - Casa di Ercole (ditta affidataria: Associazione Papa Giovanni XXIII)

Per quanto attiene la **Salute mentale** il privato sociale è storicamente presente nella realizzazione di alcuni servizi alcuni quali:

- Servizio per il **SUPPORTO ALL'ABITARE** a favore di persone adulte in carico al SSM (Ditta affidataria: Oscar Romero)

- Servizio per l'Orientamento e il supporto **ALL'INCLUSIONE SOCIALE** rivolto a persone adulte in carico al SSM (Esecutori affidatari dei Servizi: Consorzio Oscar Romero: L'Ovile coop. Solidarietà sociale e Coop. Soc.le La Bottega del Lavoro. Consorzio Quarantacinque: Coop. Soc.le il Bettolino e Lo Stradello Soc. coop. Sociale. Parte del servizio che si intende subappaltare: Hesed Soc. coop. sociale (per il 7,5%).
- Servizi di **ORIENTAMENTO AL LAVORO** e rafforzamento dell'occupabilità dell'utenza psichiatrica grave in carico al SSM. (Ditta affidataria: Consorzio Oscar Romero)
- Adesione alla convenzione stipulata da Intercent-ER - Agenzia Regionale di sviluppo dei mercati telematici - per la realizzazione progettuale, operativa e valutativa dei percorsi di supporto all'Impiego **IPS** (Individual Placement and Support). (Ditta affidataria: Fondazione Enaip Don Magnani)
- **SERVIZI ATELIERISTICI** interdistrettuali per utenti del SSM. Ditta affidataria: ATI Oscar Romero/Fondazione ENAIP Don Magnani.
- Servizi di **Musicoterapia** a favore di minori e adulti del DSMDP
- Ditta Affidataria: ANEMOS SRL

**Il sistema dell'offerta collegato all'adp dip. in questi recenti anni si è così caratterizzato:**

Promozione di stili di vita sani e <i>prevenzione</i>		
Ambito di intervento	Caratteristiche e orientamenti	Interventi progettuali
<p><i>Prevenzione selettiva</i></p> <p><i>Cura e reinserimento sociale</i></p> <p><i>Riduzione dei rischi e dei danni sociali e sanitari</i></p>	<p><i>Accesso diffuso</i></p> <p><i>Orientamento e</i></p> <p><i>Accompagnamento</i></p> <p><i>Consulenze reciproche</i></p> <p><i>Presa in carico integrata</i></p> <p><i>Interazione fra servizi</i></p> <p><i>Comunicazione</i></p>	<p>Centro Prevenzione Sociale (cda, genitorialità, conselling..)</p> <p>Ceis</p> <p>Sert (tanzi e via Bocconi)</p> <p>Can</p> <p>Servizio di Prossimità (operatori di strada)</p> <p>SEI(drop in)</p> <p>Alda Merini (Doppio Assetto/Doppia Diagnosi)</p> <p>Olders e dimissioni ospedaliere difficili.</p>
Lotta al narcotraffico		



## 2. Alcuni spunti operativi futuri e priorità d'intervento

### Ambito dipendenze

- Gli scenari: le nuove dipendenze e il mondo giovanile. Le fragilità che emergono da una prima lettura e analisi del panorama giovanile mettono in evidenza la necessità di rinforzare una funzione educativa trasversale alle diverse realtà che in esso vi operano, che ne alimenti, ne sostenga e rinforzi le competenze anche attraverso nuovi dispositivi (ad esempio una rivisitazione del consultorio, nuove connessioni con gli sportelli nelle scuole, azioni più collegate con le agenzie educative..).
- La Mappa delle Offerte come può riformularsi in relazione ai bisogni emergenti? C'è la necessità di colmare il gap fra bisogni frammentati, complessi, poco prendibili e difficilmente avvicinabili con gli strumenti tradizionali e l'organizzazione dei nostri servizi. E in particolare richiedono priorità d'attenzione:
  - ✗ *la lettura dei fenomeni sociali e le nuove povertà, i consumi e stili di vita e nuove dipendenze: collaborazioni e co-progettazioni con i diversi attori sociali e la comunità;*
  - ✗ *l'ambito penale, citando ad esempio: "Progetto dimittendi", la Salute Mentale in Carcere.*
  - ✗ *connessioni progettuali con alcuni specifici servizi e in particolare: Luoghi di Prevenzione - Centro Alcologico, i Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto*
  - ✗ *il gioco d'azzardo così come definito in SCHEMA DI "PIANO LOCALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO" OBIETTIVI GENERALI (RIF. PIANO REGIONALE DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO 2017/2018 (DGR 2098 del 20/12/2017)*
- Utilizzo strutturale dei dati per una progettazione mirata: è necessario gestire e utilizzare un flusso di dati connessi al funzionamento/andamento dei diversi servizi e interventi (a prescindere dalle agenzie e realtà coinvolte) per monitoraggio, valutazione e miglioramento Servizi (alcuni esempi: funzionamento Uvm, report di attività, connessioni con monitoraggio Accordi di fornitura).

### Ambito salute mentale

Rimane centrale l'obiettivo di riuscire a costruire alleanze progettuali tra organizzazioni differenti che insistono nella comunità per una prima e imprescindibile condizione che è l'ascolto delle pressanti istanze sociali non affrontabili con le tradizionali modalità e i tradizionali approcci; ciò richiede proattività, accompagnamento, consulenza tra servizi e orientamenti motivazionali, lavoro di e con la comunità. In questa logica va riaffermato che il valore irrinunciabile è l'apertura al sistema di comunità e, quindi, il superamento del "ripiegamento" sul sistema di cura.

L'attenzione andrà quindi rivolta all'intervento precoce (non solo acuto o cronico), all'area adolescenti/giovani adulti; sarà utile un confronto più puntuale sulla allocazione e l'utilizzo delle risorse a disposizione del sistema; a quest'ultimo proposito andranno raffinati sia la lettura condivisa dei dati sia la individuazione di dispositivi e strumenti di valutazione, andrà meglio articolata e "mantenuta" la coprogettazione con il Privato sociale.

Le azioni principali da sviluppare divengono pertanto:

- agire la presa in carico integrata il più precocemente possibile
- sviluppare l'ambito delle consulenze reciproche
- sviluppare la coprogettazione con il privato sociale e il volontariato,
- sviluppare il lavoro con la comunità
- facilitare l'accesso ai servizi.

Riattraversando i diversi dispositivi e funzionamenti connessi al sistema dei servizi (pubblici e privati), alla luce di quanto premesso, si individuano alcune conseguenti scelte operative, così in particolare:

- le UvM: andrà sostenuta l'acquisizione di una loro sistematicità, riconoscendone l'efficacia nella valutazione e nella progettualità; in tal senso, ne va curata la manutenzione, e nell'ambito del Budget di Salute ridefinito il senso della UVM in coerenza con quanto individuato anche nelle recenti linee guida regionali;
- il lavoro con le famiglie, richiede di aprire il confronto, oltre a sviluppare un approccio orientato alla comunità anche in ottica preventiva e non solo ripartiva, nella consapevolezza che investire sul lavoro con l'"esterno" comporta un grande sostegno/accompagnamento agli operatori nell'assumere il contesto quale protagonista coprogettante con cui sviluppare interazioni progettuali in dialogo costante;
- la prevenzione: andranno sviluppate modalità di azione anche in collegamento alle Case della Salute. Va assunto il sistema, la prossimità come orientamento (ad oggi solo il consultorio giovani esce per lavorare sulla prevenzione, e con risorse limitate);
- l'utilizzo appropriato dei dati implica la legittimazione del GRI come spazio in cui portare dati "sensibili" a vari livelli;
- il superamento del Servizio troppo medico centrato (anche in virtù della contingenza che vede la difficoltà a reperire psichiatri) comporta una ridefinizione dei ruoli dei vari operatori nell'ottica di riequilibrare e riallocare la funzione riabilitativa;
- l'attenzione alle situazioni meno gravi, ma non per questo meno problematiche (spesso conosciute solo dai Servizi Sociali o dalle agenzie del territorio e dalla comunità), nelle quali il disagio non è solo psichico ma anche sociale e relazionale, interroga sulla opportunità di investire su altre figure professionali oltre che sperimentare e sviluppare modalità di lavoro più centrate sulla comunità e sul protagonismo delle persone destinatarie dei nostri servizi.

### **3. Priorità e dispositivi di accompagnamento dell'intero processo**

Per una efficace traduzione operativa degli indirizzi prioritari sopra individuati, risulta funzionale una ricomposizione per aree tematiche a cui far corrispondere gruppi di lavoro finalizzati, con oggetti di lavoro definiti e circoscritti (così come sotto richiamati). La loro composizione può variare a seconda di specifici contenuti e/o tematiche di approfondimento: se ne individuano alcuni referenti per l'accompagnamento e coordinamento operativo; è da rafforzare e riformulare la presenza e ruolo del privato sociale, dei contesti comunitari e, dove possibile, di utenti e/o familiari, secondo modalità funzionali all'oggetto di lavoro e secondo obiettivi definiti.

La tenuta complessiva e il supporto trasversale sono assicurati dal Gruppo interistituzionale, che mantiene la sua funzione originaria così come definito nel documento generale (accordo quadro per l'integrazione socio-sanitaria). In un processo di dialogo coprogettante con i diversi livelli istituzionali interni ed esterni, assume le priorità d'indirizzo strategico curandone le implementazioni; presidia e accompagna i diversi segmenti progettuali, siano essi più specificatamente correlati all'area dipendenze o all'area della salute mentale; esercita le funzioni di governance, sostiene il dialogo e le interazioni con il privato sociale, le famiglie e la comunità. Rientra nei compiti prioritari di questo gruppo come far sì che si creino forme di interazione/contaminazione/comunicazione, fra le diverse esperienze, sperimentazioni e le innovazioni che il contesto sollecita o esprime, senza blindare l'operatività dei servizi, bensì, aprirla a stimolanti contaminazioni.

Sarà composto da responsabili dei servizi dell'Ausl e dei Comuni/Unioni. L'eventuale presenza del privato sociale è correlata a ben definite finalità programmatiche o progettuali, e secondo criteri di volta in volta valutati.

Coerentemente alla programmazione sociale e sanitaria 2018-2020 e in applicazione con quanto sopra definito, il presente accordo di Programma assume come prioritarie le seguenti Aree di lavoro per le quali si individuano i referenti, la composizione e i principali contenuti quali oggetti di attivazione secondo il mandato del GRI stesso. La composizione è definita dal Gri e dai responsabili dei servizi designando i referenti per i diversi enti/organizzazioni/funzioni.

### Aree di lavoro prioritarie

- **area adolescenti/giovani adulti.** Nuovo ingaggio progettuale in forte connessione con il Tavolo adolescenti, per lo sviluppo applicativo del progetto adolescenza RER e le recenti normative correlate. **Obiettivi prioritari:** assumere l'adolescenza come fase evolutiva e non solo nelle sue manifestazioni problematiche e di criticità sviluppando azioni di sistema volte a sviluppare una cultura dei servizi più consapevole e competente, in grado di dialogare e costruire percorsi con i ragazzi/giovani, le loro famiglie, la comunità e le agenzie coinvolte. Facilitare l'accesso ai giovani con percorsi dedicati, anche di prossimità, con un lavoro sulla famiglia ed una collaborazione con istituzioni e servizi del territorio come scuole, spazi giovani dei consultori, servizio sociale minori, servizi e offerte degli Enti locali e di definire percorsi di cura differenziati per adolescenti e giovani adulti, con particolare attenzione alle aree di integrazione tra servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Emergenza/Urgenza, Servizi minori e Servizi sociali degli Enti Locali. Azioni: definizione delle tipologie destinatari, rivisitazione dei servizi, interazioni con i contesti esterni; ruolo delle famiglie (agenzie educative).
- **Area Riduzione del Danno sociale e Sanitario, Servizi di prossimità e rete a contrasto della marginalità e delle forme di disagio sociale correlate.** Area nuova immigrazione e spazi di interazione con la comunità. Nuovi interventi. Nel corso degli anni l'area della RdD e dei rischi sociali e sanitari ha trovato nel nostro distretto una nuova riconfigurazione arricchendosi di figure di operatori e dispositivi: anche in questo ambito è necessaria una più efficace messa a sistema delle risorse in coerente evoluzione con i nuovi bisogni emergenti nella ricerca costante di dialogo fra la persona, il suo disagio e i contesti comunitari che sempre più spesso esprimono rivendicazioni e soluzioni legalitarie, espulsive. La riduzione del danno non va considerata come singolo servizio o un intervento a livello singolo, come approccio di sistema orientato ad un obiettivo più di salute. Gli strumenti di Riduzione del danno servono nel momento in cui sono finalizzati ad un sistema di prevenzione e tutela della salute. **Obiettivi:** Sviluppare dialogo e interazione con i vari gruppi di operatori per condividere letture psicosociali, riposizionamento degli interventi per evolvere in un obiettivo di salute. Osservare ciò che succede e come il fenomeno si rappresenta nei vari luoghi.
- **UVM. Promozione e monitoraggio delle UVM** salute mentale e dipendenze per poter valutare l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari territoriali e ospedalieri, le forme di collaborazione e corresponsabilizzazione tra pubblico e privato; nonché definire ed affinare gli strumenti contabili-amministrativi, quelli programmatori, le tecniche e i metodi di lavoro impiegati dagli operatori e alle conseguenti azioni formative. Costruzione di un modello Budget di Salute, comprensivo di tutti gli aspetti che gli sono propri, per rispondere in modo complessivo ai bisogni degli utenti che ne saranno i destinatari, anche in base alla valutazione da parte DSM-DP di Reggio Emilia dell'esperienza col Privato Sociale, per un intervento volto al recupero di autonomie nell'area dell'abitare della gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso l'effettuazione di interventi educativi ed abilitativi domiciliari.
- **Doppia Diagnosi/doppio assetto; autori di reato; gioco d'azzardo; e percorsi di cura integrati.** Questi ambiti d'intervento necessitano di una più attenta messa a fuoco dei diversi aspetti progettuali: da qui l'esigenza di costruire una mappa conoscitiva delle problematiche connesse e dei fenomeni sottesi, oltre che dei contesti e delle tipologie di destinatari. La fase esplorativa e la costruzione delle ipotesi è una priorità che ora si assume il GRI stesso.

**ALLEGATO 2**  
**LINEE DI INDIRIZZO PER L'ACCESSO AL PERCORSO**  
**“DIMISSIONE PROTETTA IN CRA “**

**Distretto di Reggio Emilia**

## **Art. 1**

### **Oggetto delle linee di indirizzo**

Le presenti linee di indirizzo disciplinano i criteri e le modalità di ammissione all'ingresso a tempo determinato sui posti di "Dimissione Protetta" convenzionati con l'AUSL, a favore della popolazione anziana residente nel Distretto di Reggio Emilia.

Attualmente i posti sono contrattualizzati con la Cooperativa "La Pineta- CRA " Le Esperidi" del Distretto di Reggio Emilia.

## **Art. 2**

### **Soggetti interessati**

Le presenti linee di indirizzo si applicano ai soggetti con età uguale o superiore a 65° anni, o, se di età inferiore, purché rientranti nelle tipologie previste dall'art. 2 della L.R. 5/1994 e successive modifiche e integrazioni ("adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile").

Tali soggetti devono trovarsi degenti in una struttura sanitaria, essere sottoposti a certificazione della non autosufficienza e valutazione da parte della competente commissione Unità di Valutazione Multidimensionale (UVG/UVM/UVMS).L' esito della valutazione deve certificare l'assenza delle necessarie condizioni per assicurare e garantire una adeguata tutela al domicilio.

## **Art. 3 Destinatari.**

- Anziani senza famigliari diretti ,(figli e coniuge) con condizioni psico-fisiche compromesse in modo lieve o grave che richiedono una assistenza continuativa;
- Anziani che hanno uno o più familiari diretti ,(coniuge e/o figli) non in grado di farsi carico direttamente o indirettamente delle necessità assistenziali, a causa :
  - della grave compromissione delle condizioni psico-fisiche, dell'anziano, con presenza di pluri-patologia con elevato rischio di scompenso;
  - della presenza di problematiche sanitarie da parte del famigliare di riferimento-caregiver;
  - della presenza di gravi conflitti familiari, documentati alla RDC

- dell'elevato carico assistenziale da parte del familiare caregiver, (per esempio assiste già un altro familiare con disabilità o in condizioni di non autosufficienza).

#### **Art. 4 Obiettivo**

L'inserimento su posto di dimissione Protetta in CRA ha lo scopo di garantire la continuità assistenziale in un ambito residenziale protetto, limitato al tempo strettamente necessario alla predisposizione/realizzazione di un progetto più stabile a lungo termine.

#### **Art. 5 Procedura**

Nell'ambito delle situazioni in regime di ricovero in struttura sanitaria, segnalate dal personale sanitario o dal Servizio Sociale Territoriale, viene fatta una valutazione congiunta tra Servizio Sociale Ospedaliero e Servizio Sociale Territoriale per verificare la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 3, dei tempi di degenza e della disponibilità della risorsa.

#### **Art. 6 Valutazione**

Qualora dalla valutazione emerga la necessità di un progetto Dimissione Protetta a favore dell'anziano ricoverato, viene attivata la competente commissione Unità di Valutazione Multidimensionale (UVG/UVM/UVMS) al fine di certificare la condizione di non autosufficienza e di predisporre l'esito progettuale con il coinvolgimento dell'anziano e/o dei familiari/referenti.

La condizione di non autosufficienza è determinata dal punteggio ottenuto nella somministrazione del BINAH ,strumento definito dalla Regione Emilia Romagna per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per anziani.

E' possibile prevedere una valutazione d'ufficio qual'ora le condizioni generali dell'anziano siano stabili rispetto all'ultima valutazione UVG/UVM/UVMS e non siano passati 12 mesi dalla compilazione della BINAH .

I membri della commissione UVM/UVG/UVMS devono esplicitare nel PAI la necessità dell'ingresso dell'anziano su posto di in Dimissione Protetta nonché gli obiettivi e la durata del ricovero.

## **Art. 6.1 Durata del progetto e motivazione**

I ricoveri in Dimissione Protetta prevedono una prospettiva temporale da 30 a max 90 giorni , secondo le seguenti tempistiche e finalità:

- assicurare un percorso di recupero delle autonomie finalizzato al rientro al domicilio dell'anziano; da 30 a 90 giorni max.
- assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni dell'anziano o della rete familiare (ricoveri/ ristrutturazioni domestiche /riprogettazione dell'organizzazione assistenziale al domicilio ecc..) – tempistica prevista: da 30 a 60 giorni.

Sono possibili proroghe motivate del periodo indicato a seguito di modifiche significative esplicitate nel Programma Assistenziale Individualizzato tramite UVMS previa verifica della disponibilità della risorsa

- assicurare la fruibilità dei servizi residenziali della rete per garantire la tutela assistenziale dell'anziano solo o con rete familiare gravemente compromessa che non potrà rientrare a domicilio. E' necessaria la presenza di un progetto di residenzialità definitivo già attivo o con iter procedimentale in corso di definizione, tempistica prevista: max 90 giorni..

Per queste situazioni l'UVM/UVMS/UVG può prevedere nel PAI progetti multipli.

Si evidenzia che di norma la permanenza in dimissione protetta non deve necessariamente coprire il periodo max stabilito nel PAI.

## **Art 7.**

E' prevista una quota di compartecipazione (retta) ridotta a favore degli utenti grazie ad un contributo a carico del FRNA.

## **Normativa di riferimento :**

**L.RER5/94**

**DGR 1206/07**

**ALLEGATO 3**

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA CONTRIBUZIONE ALLE  
FAMIGLIE DISPONIBILI A MANTENERE L'ANZIANO NON  
AUTOSUFFICIENTE NEL PROPRIO CONTESTO DOMICILIARE  
“ASSEGNO DI CURA”**



## **Art. 1 Finalità dell'intervento**

L'assegno di cura rappresenta una delle opportunità della rete dei servizi prevista dalla LR 5/94 e s.m.i, è una delle forme di intervento che è possibile attivare all'interno di un più complessivo piano individualizzato di assistenza. In particolare, costituisce un sostegno al lavoro di cura di familiari e caregiver, che mantengono nel proprio contesto di vita l'anziano in condizioni di non autosufficienza e sono impegnati nell'assicurare parte del piano individualizzato, evitando o posticipando in tal modo il ricovero dello stesso anziano nei servizi socio-sanitari residenziali, favorendo l'assistenza sociosanitaria domiciliare.

L'assegno di cura non si configura come un sussidio economico "a domanda".

L'intervento di contribuzione è erogato sulla base di un progetto che riconosce il lavoro di cura della famiglia/caregiver nei confronti dell'anziano non autosufficiente, per attività socio-assistenziali a rilievo sanitario garantite dalla stessa famiglia, e/o da collaboratori esterni.

Il limite Isee indicato dalla normativa regionale costituisce solo uno degli elementi che è necessario possedere per poter attivare un piano individualizzato di assistenza che comprenda anche l'erogazione di un assegno di cura (DGR2308/2016).

## **Art. 2 Destinatari dell'intervento di contribuzione**

Possono essere destinatari dell'intervento di contribuzione le famiglie che mantengono nel proprio contesto domiciliare l'anziano riconosciuto non autosufficiente dall'unità di valutazione multidimensionale, anche nella sua forma semplificata e che gli garantiscono direttamente, o avvalendosi dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare integrata definito dalla stessa unità di valutazione multidimensionale.

Per anziano si intende la persona di età pari o superiore a 65 anni; in via straordinaria, previa autorizzazione del Responsabile del Servizio Assistenza Anziani, possono essere concessi assegni di cura a beneficio di soggetti non autosufficienti di età inferiore a 65 anni, purchè rientranti nelle tipologie previste dall'art. 2 della L.R. 5/94 ("adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile").

Possono altresì essere destinatari dell'assegno di cura :

- a) le famiglie che accolgono nel proprio ambito un anziano solo (rif. art. 13 L.R. 5/94);

- b) altri soggetti che con l'anziano intrattengono consolidati e verificabili rapporti di "cura", anche se non legati da vincoli familiari;
- c) l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- d) l'amministratore di sostegno.

L'assegno di cura può essere concesso anche ad anziani anagraficamente conviventi e possono essere riconosciuti contratti di assegno di cura anche a più anziani conviventi.

### **Art.3. Condizioni per la contribuzione :**

Per essere beneficiario dell'assegno di cura l'anziano deve:

- essere in condizioni di non autosufficienza, riconosciuta dalla unità di valutazione multidimensionale, anche nella sua forma semplificata, attraverso la somministrazione dello scheda BINAH, come da indicazione regionale.
- possedere Isee non al di sopra di 25.000 euro. Per la determinazione della soglia viene presa a riferimento l'attestazione Isee riferita esclusivamente al nucleo familiare, come identificato dal comma 2 dell'art.6 del DPCM 159/2013. E' possibile, tuttavia, utilizzare il modello Isee per le prestazioni sociali agevolate in ambito socio e sociosanitario (DPCM n.159 del 2013; Delibere di Giunta Regionale n. 249/2015, n. 2146/2015, 875/2016, 2308/2016);
- essere residente nel Comune di Reggio Emilia o in una delle Unioni dei Comuni del Distretto di Reggio Emilia, anche se temporaneamente domiciliato in altro Comune della RER.

Tale condizione non è motivo di esclusione dall'eventuale contributo qualora, previa valutazione del bisogno da parte del Servizio Assistenza Anziani (SAA) del Comune di residenza, il SAA del Distretto ove l'anziano è domiciliato sia in grado di garantire sul piano tecnico quelle collaborazioni previste dalla normativa (valutazione UVM/UVS, predisposizione del programma assistenziale, verifiche domiciliari) che siano garanti dell'assolvimento delle finalità insite nell'assegno di cura stesso.

L'eventuale erogazione dell'assegno sarà comunque a carico del Servizio Assistenza Anziani del Comune di residenza, secondo le proprie modalità regolamentari; l'accesso del cittadino per l'espressione e valutazione dei suoi bisogni avviene presso il Comune di residenza dell'anziano che detiene la complessiva presa in carico.

Analoga collaborazione, alle stesse condizioni, se richiesta, sarà data dal Servizio Assistenza Anziani del Distretto di RE a Servizi Assistenza Anziani dei Distretti in ambito regionale, a fronte di

situazioni in cui l'anziano, domiciliato in un Comune del Distretto di Reggio Emilia, risulti residente in altro Comune della Regione Emilia-Romagna.

## **Art. 4. Procedure operative**

### **4.1 ACCESSO**

L'assegno di cura non è un contributo economico a domanda individuale, ma una delle opportunità della rete dei servizi socio-sanitari integrati previsti dalla LR.5/94 e s.m.i.

Gli operatori che per primi possono individuare o segnalare le condizioni dell'anziano sono coloro i quali conoscono la persona stessa, identificabili prioritariamente nell'Assistente Sociale Responsabile del Caso, nel Medico di Medicina Generale e nell'Infermiere di Comunità.

Le segnalazioni dirette effettuate dall'anziano stesso, dai familiari o da coloro che si propongono come destinatari dell'assegno di cura sono considerate strumento partecipativo alla buona definizione del programma assistenziale personalizzato, ma non vanno a costituire né titolo di preferenza, né di priorità.

### **4.2 PRIORITA'**

Le priorità assunte dalla Zona Sociale di Reggio Emilia, in congruenza con le indicazioni della programmazione zonale indicano "nel progetto di servizio" e quindi in un progetto multidimensionale a sostegno della domiciliarità, lo strumento più coerente alle finalità del contributo erogato.

Il progetto di servizio attiva le risorse territoriali e la co-progettazione con le famiglie e gli altri soggetti, che viene assunta come priorità per l'assegnazione del contributo.

Si definisce come criterio generale di priorità quello del CAMBIAMENTO, ovvero il sostegno ad interventi significativi sulla tenuta domiciliare dell'anziano.

La prospettiva dell'opportunità economica connessa all'assegno di cura ha come criterio generale il cambiamento, ovvero il sostegno e l'implementazione di interventi significativi per la permanenza nell'ambito domestico dell'anziano, con attenzione alle situazioni che manifestano fragilità economica ostativa alla tenuta a domicilio della persona non autosufficiente.

Nello specifico, le priorità si definiscono in base ad un duplice criterio: le caratteristiche dell'anziano non autosufficiente e gli interventi significativi sulla tenuta domiciliare dell'anziano stesso.

#### **4.2.1 CARATTERISTICHE DELL'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE**

Formano criterio di priorità, per l'erogazione dell'assegno di cura, in presenza di difficoltà nel complessivo regime economico del nucleo familiare:

- a) anziano solo e fragile, con problemi di autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e senza solida rete di sostegno; in particolare, in assenza di persone tenute al mantenimento
- b) anziano con problemi di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, inserito in un nucleo familiare fragile.
- c) anziano affetto da demenza con importanti problematiche cognitive e/o comportamentali, anche in assenza di problematiche fisiche di rilievo, che richiede presenza assistenziale continua nell'arco della giornata.
- d) persona con disabilità precedentemente in carico al Servizio Handicap Adulto, con la finalità della continuità assistenziale.

#### **4.2.2 CARATTERISTICHE DEGLI INTERVENTI**

Prioritariamente si andranno a sostenere con l'erogazione dell'assegno di cura, sempre in presenza di difficoltà nel complessivo regime economico del nucleo familiare:

- a) utilizzo di servizi a sostegno della domiciliarità, con oneri a carico della famiglia;

- b) riduzione o totale rinuncia all'attività lavorativa da parte di un componente del nucleo familiare, in assenza di forma di congedo parentale retribuito ( aspettative , congedo L.104 ecc ecc );
- c) acquisto di particolari attrezzature per modifiche ambientali e/o abbattimento barriere architettoniche previa valutazione di idoneità degli interventi stessi da parte della équipe del Centro Adeguamento Ambiente Domestico.

### **4.3 VALUTAZIONE**

L'attivazione dell'assegno di cura richiede una valutazione professionale che comprende l'analisi delle necessità assistenziali dell'anziano , della esistenza e capacità della rete di sostegno parentale, amicale, di vicinato o collegata al volontariato, ad impegnarsi in compiti di cura, direttamente o avvalendosi di terzi.

Il Servizio Assistenza Anziani sulla base dell'analisi del Budget annuale assegnato dal Comitato di Distretto, comunica per il Comune di Reggio Emilia periodicamente a ciascun Polo Sociale Territoriale, il numero di assegni di cura attivabili e i termini di scadenza per l'attivazione.

La valutazione dei possibili nuovi beneficiari dell'assegno di cura e l'identificazione delle priorità è oggetto di confronto e condivisione all'interno di ciascun Polo Sociale.

Per i Comuni delle Unioni Colline Matildiche e Unione Terra Di mezzo , il Servizio Assistenza Anziani comunica il budget annuale disponibile e li aggiorna costantemente sulla disponibilità dei fondi a loro disposizione.

La valutazione multidimensionale, così come la verifica periodica, viene svolta di norma presso il domicilio dell'anziano o presso il Centro Diurno se frequentato quotidianamente.

A supporto della valutazione multidimensionale, oltre alla scheda BINAH possono essere utilizzate altre scale e strumenti di valutazione, purchè condivisi con il Servizio Assistenza Anziani , il Programma Anziani e Fragilità dell'AUSL e Ufficio di Piano del Distretto di Reggio Emilia.

### **4.4 CONTRATTO PER L'ASSISTENZA A CASA DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE**

Sulla base della disponibilità da parte della famiglia e /o di altri soggetti disponibili viene sottoscritto “il contratto” che definisce le attività e gli impegni socio assistenziali da garantire .(vedi allegato B).

Il programma assistenziale viene definito dall' unità di valutazione multidimensionale, anche nella sua forma semplificata, che in relazione alla gravosità degli impegni assistenziali dettagliati nell'allegata tabella “attività socio assistenziali” (vedi nello specifico l'art.7) ne determina il livello dell'assegno di cura.

Il programma assistenziale personalizzato che viene esplicitato nel contratto può prevedere che i referenti del/per l'assegno di cura possano avvalersi, ad integrazione del proprio impegno, dell'aiuto di altri servizi della rete, con oneri a carico della famiglia, secondo i criteri previsti dai regolamenti locali, o di altre risorse private, in relazione alla gravità - gravosità della condizione dell'anziano e della capacità di cura dei referenti stessi.

L'assegno di cura è erogato dalla data della UVM, anche nella sua forma semplificata, salvo per particolari situazioni precedentemente condivise con il SAA.

Copia del contratto è consegnato al destinatario/referente dell'assegno di cura al momento della sottoscrizione.

## **Art.5 RAPPORTI CON LE FAMIGLIE**

Il SAA e l'Assistente Sociale Responsabile del Caso, che si avvalgono allo scopo dell'UVM, anche nella sua forma semplificata, e dei Servizi Sociali delle Unioni dei Comuni, nonché delle reti territoriali attivate, orientano la propria attività in modo da sostenere “l'impegno” assistenziale della famiglia e/o degli altri soggetti di “cura”, programmando iniziative o supporti volti a fornire, tra l'altro:

- supporti tecnico-consulenziali per quanto attiene alle problematiche assistenziali, psicologiche, giuridiche, in particolare a favore dei soggetti colpiti da sindromi demenziali;
- attività informativa sull'accesso ai servizi, sulla disponibilità di ausili e sugli adattamenti del domicilio alle esigenze funzionali dell'anziano;
- attività formative e di aggiornamento, attraverso incontri destinati ai diversi temi riguardanti le problematiche assistenziali dell'età anziana;
- un adeguato sviluppo di opportunità di inserimento temporaneo in tutti i servizi della rete per ricoveri di sollievo.

## **5.1 L'ASSISTENTE SOCIALE RESPONSABILE DEL CASO:**

- è l'unico riferimento per la famiglia e/o per i soggetti destinatari dell'assegno di cura della gestione complessiva dell'anziano non autosufficiente;
- elabora, in sede di valutazione multidimensionale, in accordo con la famiglia, il piano di cura e assistenza personalizzato a sostegno della domiciliarità dell'anziano;
- controlla periodicamente, coordinandosi anche con il Medico di Medicina Generale, l'attuazione del programma personalizzato di assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti e definiti nel contratto;
- propone all'unità di valutazione multidimensionale, anche nella sua forma semplificata, il rinnovo dell'assegno e/o la revisione del progetto, a fronte di significativi cambiamenti nella situazione dell'anziano e/o dei soggetti referenti la cura;
- propone la revoca del contratto, in seguito a verificate inadempienze rispetto al programma personalizzato di assistenza condiviso e/o agli impegni assistenziali assunti da parte della famiglia e/o degli altri soggetti.

## **Art. 6 CONTENUTO E DURATA DEL CONTRATTO**

Il Contratto attivato per la prima volta ha una durata, di norma, pari ad un massimo di 6 mesi, a partire dalla data di sottoscrizione, salvo la definizione di un termine diverso da parte dell'unità di valutazione multidimensionale esplicitato e motivato nel programma assistenziale individualizzato e nel contratto.

Nel contratto sono indicati:

- a. il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- B. le attività assistenziali che la famiglia e/o gli altri soggetti si impegnano ad assicurare;
- c. la durata del contratto;
- d. l'entità del contributo.
- e. le modalità di erogazione;
- f. l'impegno a collaborare con l'Assistente Sociale Responsabile del Caso;
- g. gli altri impegni che il familiare o gli altri soggetti si assumono come responsabili dell'accordo, nello specifico:

- tempestiva comunicazione di ogni variazione che sopravvenga nello svolgimento del programma assistenziale e tempestiva comunicazione dell' eventuale corresponsione dell'indennità di accompagnamento o analoghe;
- tempestiva comunicazione di eventuali significative variazioni dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio sanitario DPCM159/2013);
- tempestiva comunicazione di eventuale fruizione di periodi di ricoveri istituzionali o di inserimento definitivo in CRA , anche privata non convenzionata;
- partecipazione a momenti di sostegno/aggiornamento per i familiari.

Nel contratto viene altresì indicato che, nel caso il piano di assistenza venga assicurato anche mediante il ricorso ad assistenti familiari, il caregiver che si assume la responsabilità dell'accordo si impegna a sottoscrivere regolare contratto di lavoro per l'assistente familiare impiegata e a favorirne la partecipazione a momenti di formazione e aggiornamento, organizzati dal locale sistema dei servizi socio-sanitari e della formazione professionale.

#### **Art. 7 RINNOVO DEL CONTRATTO**

Al termine del periodo del contratto è possibile rivalutare la situazione tenendo conto dei risultati ottenuti, anche in termini di sostegno e benessere del nucleo familiare, aggiornare la valutazione multidimensionale ed eventualmente adeguare il programma assistenziale personalizzato.

La rivalutazione, per l'eventuale rinnovo del contratto dell'assegno di cura, avverrà a cura dell'unità di valutazione multidimensionale semplificata, presso il domicilio di "cura" dell'anziano o al centro diurno, se frequentato quotidianamente; tutto ciò, previa verifica dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio sanitario DPCM159/2013), che deve essere in corso di validità al momento del rinnovo dell'assegno e non superare i limiti previsti dalla normativa regionale vigente.

Tempi diversi di verifica o di rivalutazione possono comunque essere sempre previsti in relazione agli intenti progettuali che l'Assistente Sociale Responsabile del Caso voglia immettere ex novo o verificare in itinere.



Se alla verifica il progetto in essere o eventualmente aggiornato ha ancora a validità e tenuta, si procede al rinnovo dell'assegno di cura per garantire la continuità assistenziale ; compatibilmente con le risorse di budget disponibili.

Il Servizio Assistenza Anziani garantisce la corretta informazione ai cittadini, in forma scritta, per quanto riguarda le determinazioni sia in merito al rinnovo o non rinnovo dell'assegno di cura, sia rispetto a quelle che sono le finalità proprie e le regole che sottendono alla concessione dell'assegno.

#### **Art. 8 ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO –CRITERI DI VALUTAZIONE**

L'entità del contributo economico è in relazione alla gravosità della condizione di non autosufficienza dell'anziano, rapportata alle sue necessità assistenziali ed all' intensità delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario che la famiglia e/o gli altri soggetti si impegnano a garantire.

Il contributo giornaliero, in relazione all' intensità assistenziale, così come di seguito dettagliata, è fissato in

- **LIVELLO A** : Euro 22,00 (deliberazione GR 122/2007) giornalieri per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di elevata assistenza diretta in alternativa al ricovero in struttura residenziale. Di norma tale livello viene assegnato per programmi assistenziali individuali con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello elevate, indicate nell'allegato A, o per programmi assistenziali individuali con impegni di cura rivolti a soggetti dementi, con gravi disturbi comportamentali e /o cognitivi, con necessità di assistenza continua;
- **LIVELLO B** Euro 17,00 (deliberazione GR 122/2007) giornalieri per programmi assistenziali rivolti ad anziani che necessitano di una presenza continua nell'arco della giornata e di assistenza diretta di livello alto. Di norma tale livello viene assegnato per i programmi assistenziali individuali che non si trovino nella condizione precedente, con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali tra quelle di livello moderato, indicate nell'allegato A.
- **LIVELLO C** Euro 13,00 (deliberazione GR 122/2007) giornalieri per programmi assistenziali individuali che non si trovino nelle condizioni precedenti, con impegni di cura del familiare con una prevalenza di attività assistenziali di livello lieve, indicate nell'allegato A.

Dal primo aprile 2007 (delibera di giunta RER 122/07) non si possono concedere assegni di livello C a soggetti che percepiscono l'indennità di accompagnamento

Per la determinazione della proposta di entità del contributo ci si attiene ai criteri sopra definiti, tenendo conto in particolare:

- della frequenza delle attività assistenziali;
- del relativo impegno temporale e della sua distribuzione nell'arco della giornata;
- dell'incidenza degli impegni di cura derivanti da condizioni sanitarie complesse.

### **8.1 CONTRIBUTO PER TITOLARI DI ALTRE INDENNITA'**

Se l'anziano non autosufficiente è titolare di indennità di accompagnamento o indennità analoga, erogata dall'INPS, dall'INAIL o da altri enti, il contributo economico alla famiglia, dalla data di concessione della stessa, è ridotto rispettivamente a :

- Euro 7,75 per il livello A
- Euro 5,17 per il livello B

Per analogia, uguale trattamento si applicherà per indennità percepite dall'anziano che abbiano un importo mensile superiore all'ammontare dell'indennità di accompagnamento vigente (es: pensione per ciechi...).

L'assegno di cura viene ridotto dalla data di concessione dell'indennità di accompagnamento. -  
L'Ufficio delle attività per la non autosufficienza distrettuale attiverà le procedure per gli eventuali recuperi, in termini comunque concordati con lo stesso cittadino e con modalità che tengano conto degli eventuali problemi dallo stesso rappresentati o delle condizioni del nucleo familiare.

Dal primo aprile 2007 (delibera di giunta RER 122/07) non si possono concedere assegni di livello C a soggetti che percepiscono l'indennità di accompagnamento; pertanto, l'assegno di cura di livello C verrà interrotto dalla data di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o analoghe e verranno avviate le procedure per il recupero di eventuali somme.

### **Art. 9 CONTRIBUTO SPERIMENTALE AGGIUNTIVO "ASSISTENTE FAMIGLIARE".**

La deliberazione di GR 1206/2007 ha previsto di introdurre, in via sperimentale per i beneficiari dell'Assegno di Cura, il contributo assistente familiare purchè in possesso dei seguenti requisiti:

- a) presenza per il lavoro di cura, di assistenti familiari con regolare contratto di lavoro, per almeno 20 ore settimanali , stipulato direttamente con l'assistente familiare stessa o con

soggetti terzi e l'effettiva contribuzione previdenziale nei confronti dell'assistente familiare.

- b) condizione economico reddituale, valutata in base all'ISEE, inferiore o uguale a 20.000 euro. Qui occorre precisare che per la determinazione della soglia viene presa a riferimento l'attestazione Isee riferita esclusivamente al nucleo familiare, come identificato dal comma 2 dell'art. 6 del DPCM 159/2013. E' possibile, tuttavia, utilizzare il modello Isee per le prestazioni sociali agevolate in ambito socio e sociosanitario (DPCM n.159 del 2013; Delibere di Giunta Regionale n. 249/2015, n. 2146/2015, 875/2016, 2308/2016);

La concessione del contributo economico "assistente familiare" è pari a 160 € mensili e non è rapportato al livello di intensità assistenziale. L'Ufficio delle attività per la non autosufficienza distrettuale verifica per tutti i nuovi contratti e periodicamente per quelli già in essere la sussistenza dei requisiti ed in loro assenza procede con la revoca del contributo e con l'eventuale recupero delle somme percepite indebitamente.

#### **Art.10 DISPONIBILITA' DI BUDGET E LIQUIDAZIONE**

La concessione dell'assegno di cura è subordinata alle disponibilità di budget, determinate dalla programmazione distrettuale del Fondo per la non autosufficienza.

Gli assegni di cui sopra sono erogati dall'Azienda USL, dietro istruttoria guidata dall'Ufficio delle attività per la non autosufficienza distrettuale, e liquidati, di norma, a bimestre posticipato, previa verifiche correlate alla sussistenza del diritto al contributo.

#### **Art. 11 SOSPENSIONE / REVOCA DELL 'ASSEGNO DI CURA**

La sospensione del contributo sarà effettuata da parte dell'Ufficio delle attività per la non autosufficienza distrettuale per i periodi di ricoveri temporanei su posto accreditato e contrattualizzato, dichiarati da parte del Responsabile del Caso, al di fuori e/o in contrasto con il programma assistenziale concordato e previsto per l'anziano.

Sono condizioni di revoca dell'assegno da parte dell'Ufficio delle attività per la non autosufficienza distrettuale:

- gravi inadempienze rispetto al programma personalizzato di assistenza condiviso e/o agli impegni assistenziali assunti da parte della famiglia e altri soggetti, segnalati da Rdc e /o UVM – UVMS;
- ricovero in Casa Residenza Anziani sia con contratto privato che convenzionato
- impossibilità del mantenimento dell'impegno segnalata dal destinatario o dal caregiver per condizioni "soggettive" (es. decesso del referente);
- rinuncia da parte del destinatario stesso;
- mutamento sostanziale delle condizioni economiche di accesso, da revisione ISEE.

L'assegno di cura anziani non è compatibile ed è alternativo ad altri assegni di cura (disabilità gravi, HCM, ecce cc ) erogati dal sistema dei servizi sociali e sanitari a sostegno della domiciliarità. In caso di requisiti compatibili con più di una tipologia di assegno di cura si assume il criterio di erogazione dell'assegno più favorevole all'anziano/caregiver percettore.

#### **Art. 12 DIRITTO DEL CITTADINO AD ESSERE INFORMATO**

Lo Sportello Sociale Territoriale competente e l'Ufficio delle attività per la non autosufficienza distrettuale forniscono adeguata informazione relativamente agli assegni di cura ai cittadini residenti nella Zona Sociale di Reggio Emilia, in ottemperanza alle direttive regionali.

#### **NORME FINALI E TRANSITORIE**

Per tutto quanto non espressamente previsto in queste Linee di indirizzo si fa riferimento alla relative delibere regionali e nazionali in materia.

Si rimanda all'art. 3 della deliberazione di G.R. 1377/1999 per la definizione dei compiti dei soggetti istituzionali coinvolti (AUSL e Comuni del Distretto). Si evidenzia, in particolare, che il Comitato di Distretto e il Direttore di Distretto della Zona Sociale di Reggio Emilia definiscono annualmente il budget di riferimento per gli assegni di cura, nell'ambito della pianificazione zonale e del Fondo per la non autosufficienza.

Le persone straniere sono equiparate ai fini di questo Regolamento ai cittadini italiani, secondo i dettami dell'art. 4 della L.R. 2/2003, con il vincolo che il termine di scadenza dell'assegno deve fare riferimento e non potrà andare oltre la scadenza del permesso o carta di soggiorno.

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

L.R. 5/94

Deliberazione G.R. 1377/1999

Deliberazione G.R. 2686/2004

Deliberazione G.R. 378/2006

Deliberazione G.R. 122/2007

Determina regionale 4637/2007

Deliberazione G.R. 2/2008

Determina regionale n. 468/2009

Deliberazione G.R. n. 159/2009

Deliberazione G.R. n. 1702/2009

Determinazione regionale n. 1614/2010

Determinazione regionale n. 490/2011

Deliberazione G.R. n. 249/2015

Deliberazione G.R. N. 2308/2016

### **ALLEGATI:**

*A Tabella attività socio-assistenziali*

*B Programma Assistenziale personalizzato/Contratto per l'assistenza a casa della persona non autosufficiente*

**ALLEGATO A****TABELLA ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI**

<b>LIVELLO ELEVATO</b>	SI	NO	Gestione dei disturbi comportamentali caratterizzati da aggressività o pericolo per sé o per altri e dell'alterazione del ritmo sonno-veglia per soggetti dementi
	SI	NO	Somministrazione degli alimenti solidi e/o liquidi ad anziani con difficoltà di deglutizione/assunzione e alimentazione artificiale
	SI	NO	Effettuazione delle attività di igiene personale quotidiana
	SI	NO	Mobilizzazione e prevenzione della sindrome da immobilizzazione
<b>LIVELLO ALTO</b>	SI	NO	Gestione di disturbi comportamentali e/o cognitivi in soggetti dementi
	SI	NO	Aiuto nell'alimentazione e/o idratazione
	SI	NO	Aiuto nella mobilizzazione, deambulazione ed uso corretto degli ausili protesici
	SI	NO	Aiuto nell'assolvimento delle attività di igiene personale quotidiana
	SI	NO	Effettuazione delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona (bagno/doccia)
	SI	NO	Effettuazione dell'attività di vestizione
	SI	NO	Assistenza globale per incontinenza
	SI	NO	Sostegno nel mantenimento delle relazioni personali interne ed esterne al nucleo familiare e promozione del benessere complessivo dell'anziano, con particolare attenzione alla costante cura dell'ambiente di vita (luminosità, areazione, temperatura, riduzione disturbi per la percezione dell'anziano) ed al mantenimento di modalità comunicative (verbali e non verbali).
<b>LIVELLO MEDIO</b>	SI	NO	Attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita dell'anziano
	SI	NO	Aiuto nella vestizione, scelta e cura dell'abbigliamento
	SI	NO	Aiuto nell'espletamento delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona (bagno/doccia)

SI	NO	Supervisione e sorveglianza dell'anziano, anche avvalendosi di idonee strumentazioni telematiche
SI	NO	Preparazione dei pasti, controllo dell'assunzione di alimenti e liquidi
SI	NO	Supervisione durante le attività di igiene quotidiana
SI	NO	Supervisione e sorveglianza delle posture e/o della deambulazione con o senza ausili
SI	NO	Aiuto nella gestione della incontinenza e/o dell'uso dei servizi igienici
SI	NO	Aiuto nell'espletamento di attività significative per l'anziano in rapporto con l'esterno e di stimolo per il mantenimento delle relazioni sociali
SI	NO	Attività di riattivazione/stimolazione per il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche dell'anziano

**ALLEGATO B Programma assistenziale personalizzato**

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA – 1 copia SAA, 1 copia AS, 1 copia familiare

UFFICIO DELLE ATTIVITA' PER LA NON AUTOSUFFICIENZA DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (art. 21 L.R. 5/94)**

**Programma assistenziale personalizzato relativo al**

Sig. \_\_\_\_\_ NATO a \_\_\_\_\_

RESIDENTE a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titolare di assegno di accompagnamento o altra indennità analoga  sì  no

Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile del Caso A.S. \_\_\_\_\_

Valutazione effettuata il \_\_\_\_\_ Presso:  domicilio  altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Punteggio scheda BINA \_\_\_\_\_ Descrizione problematiche di maggiore rilievo, emerse a livello: \_\_\_\_\_

sanitario \_\_\_\_\_

psico-fisico \_\_\_\_\_

socio-relazionale \_\_\_\_\_

**OBIETTIVI DA PERSEGUIRE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prestazioni che l' U.V.G./U.V.M. ritiene necessario garantire a domicilio in accordo con il medico di base:**

- assistenza di medicina generale
- assistenza programmata domiciliare
- assistenza domiciliare integrata



- assistenza infermieristica

---

- assistenza riabilitativa e di recupero funzionale

---

**Attività socio-assistenziali:**

- gestione dei disturbi comportamentali caratterizzati da aggressività o pericolo per sé o per altri e dell'alterazione del ritmo sonno-veglia per soggetti dementi;
- somministrazione degli alimenti solidi e/o liquidi ad anziani con difficoltà di deglutizione/assunzione e alimentazione artificiale;
- effettuazione delle attività di igiene personale quotidiana;
- mobilitazione e prevenzione della sindrome da immobilizzazione;
- gestione di disturbi comportamentali e/o cognitivi in soggetti dementi;
- aiuto nell'alimentazione e/o idratazione;
- aiuto nella mobilitazione, deambulazione ed uso corretto degli ausili protesici;
- aiuto nell'assolvimento delle attività di igiene personale quotidiana;
- effettuazione delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona (bagno/doccia);
- effettuazione dell'attività di vestizione;
- assistenza globale per incontinenza;
- sostegno nel mantenimento delle relazioni personali interne ed esterne al nucleo familiare e promozione del benessere complessivo dell'anziano, con particolare attenzione alla costante cura dell'ambiente di vita (luminosità, areazione, temperatura, riduzione disturbi per la percezione dell'anziano) ed al mantenimento di modalità comunicative (verbali e non verbali);
- attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita dell'anziano;
- aiuto nella vestizione, scelta e cura dell'abbigliamento;
- aiuto nell'espletamento delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona (bagno/doccia);
- supervisione e sorveglianza dell'anziano, anche avvalendosi di idonee strumentazioni telematiche;
- preparazione dei pasti, controllo dell'assunzione di alimenti e liquidi;
- supervisione durante le attività di igiene quotidiana;
- supervisione e sorveglianza delle posture e/o della deambulazione con o senza ausili;
- aiuto nella gestione della incontinenza e/o dell'uso dei servizi igienici;
- aiuto nell'espletamento di attività significative per l'anziano in rapporto con l'esterno e di stimolo per il mantenimento delle relazioni sociali;
- attività di riattivazione/stimolazione per il mantenimento delle residue capacità psichiche dell'anziano.
- Fornitura di ausili e presidi \_\_\_\_\_  Servizio di telesoccorso – teleassistenza
- Altro \_\_\_\_\_ erogazione del contributo di Livello \_\_\_\_\_

Destinatario dell'assegno di cura Sig. \_\_\_\_\_

**CONTRATTO PER L'ASSISTENZA A CASA DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE  
ASSEGNO DI CURA**

**Io** \_\_\_\_\_ **sottoscritto/a**

nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**MI IMPEGNO**

**Per me stesso**

**A** \_\_\_\_\_ **favore** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_ **Sig./a**

Al programma assistenziale personalizzato elaborato dall'UVM di cui alla pagina precedente

**Faccio presente che:**

- il piano di assistenza viene assicurato mediante anche il ricorso a

servizi \_\_\_\_\_ territoriali \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ rete:

assistenti familiari

risorse private

altre risorse

**Mi impegno altresì** a dare tempestiva comunicazione all'Assistente Sociale Responsabile del Caso:

- dell'eventuale riconoscimento dell'indennità d'accompagnamento se non già avvenuto;
- di eventuali significative variazioni del reddito familiare di riferimento (ISEE);
- di ogni variazione che sopravvenga nello svolgimento del programma assistenziale ivi compresa l'eventuale fruizione di periodi di ricoveri istituzionali;
- a collaborare con l'Assistente Sociale Responsabile del Caso per gli adempimenti previsti dalle Delibere della Giunta Regionale n. 1377/99 e n. 2686/04 in relazione sia alle verifiche periodiche domiciliari, che al controllo dell'esecuzione del piano assistenziale;
- a partecipare ai momenti di sostegno/aggiornamento per i familiari



#### **ALLEGATO 4**

**CRITERI PER LA CONTRIBUZIONE AI NUCLEI FAMILIARI CHE SOSTENGONO NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA PERSONE IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE E PERSONE IN SITUAZIONE DI GRAVISSIMO HANDICAP ACQUISITO (ASSEGNO DI CURA E SOSTEGNO, CONTRIBUTO ASSISTENTI FAMILIARI, ASSEGNO DI CURA GRAD, CONTRIBUTI RESIDENZIALITA' EMANCIPATA - AUTOGESTITA).**

Il Comune di Reggio Emilia e le Unioni Terra di Mezzo e Colline Matildiche, di concerto con Azienda USL Distretto di RE - a norma della Direttiva Regionale 1122 del 01/07/2002 “Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e sostegno)”, della Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 509/2007 (Fondo regionale per la non autosufficienza), della Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n. 1206/07 sostengono i nuclei familiari che mantengono nel proprio contesto di vita persone in situazione di handicap grave anche attraverso l'erogazione di contributi economici (*assegno di cura e sostegno e contributo per assistenti familiari*) per le attività socio-assistenziali garantite dalla famiglia stessa o dai *care-givers* secondo le modalità e le procedure di seguito richiamate ed entro i limiti degli stanziamenti vincolati ed appositamente destinati (assegno di cura e sostegno).

In applicazione alle Delibere di Giunta Regionale n. 2068/2004 “Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta – prime indicazioni”, e n. 840/2008 “ Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04” ed alle successive modifiche, integrazioni e adeguamenti ( DGR 1848/2012, DGR 256/2014 , DGR 1732/2014) le Amministrazioni Comunali/Unioni del Distretto di Reggio Emilia e l'Azienda USL Distretto di Reggio Emilia sostengono i nuclei familiari di persone in situazione di gravissima disabilità acquisita attraverso l'erogazione di contributi economici (assegni di cura GRAD) per le attività socio-assistenziali garantite dalla famiglia stessa o dai *care-givers* secondo le modalità e le procedure di seguito richiamate ed entro i limiti degli stanziamenti vincolati ed appositamente destinati (assegno di cura GRAD).

Nell'ambito della DGR 733/2017 e della L. 112/2016 e del Decreto Attuativo 23 novembre 2016, le Amministrazioni Comunali del Distretto di Reggio Emilia e l'Azienda USL Distretto di Reggio Emilia regolamentano altresì i contributi destinati alla residenzialità emancipata- autogestita nell'ambito dei Progetti sul “Dopo di Noi” (contributi residenzialità emancipata autogestita).

## **1. FINALITA'**

Le politiche socio-sanitarie realizzano ed assumono l'orientamento al sostegno per la non autosufficienza come opportunità per promuovere un approccio innovativo centrato sui bisogni e sull'autonomia delle persone, sia persone non autosufficienti che i loro *care givers*.

Finalità dell'intervento è quella di sostenere la domiciliarità potenziando le opportunità di permanenza nel proprio contesto di vita dei cittadini disabili in situazione di gravità e di gravissima disabilità acquisita che necessitano di assistenza permanente, continuativa e globale nella sfera individuale e in quella di relazione.

Esso consiste nel riconoscere un contributo economico a sostegno del lavoro di cura e assistenza svolto dalle famiglie o da altri *care givers* per il mantenimento a domicilio, così come previsto dal relativo progetto personalizzato, concordato con il disabile e/o la sua famiglia, al fine anche, soprattutto in età adulta, di evitare o posticipare il più a lungo possibile il ricorso ai servizi residenziali.

Tale progetto è predisposto dai servizi socio-sanitari sulla base di una valutazione globale del bisogno.

Il suddetto contributo, alternativo al ricovero in strutture residenziali, integra e non sostituisce l'accesso alle altre opportunità della rete dei servizi disponibili sul territorio così come individuati nel Piano di Zona.

La priorità dichiarata è l'ampliamento, l'articolazione e la qualificazione degli interventi che sostengono le famiglie e il mantenimento a domicilio del disabile grave o gravissimo, in larga misura non autosufficiente. La definizione di non autosufficienza che questo regolamento assume attiene ad un realizzarsi dinamico ed evolutivo della stessa, in cui l'assegno di cura e sostegno per persone in situazione di handicap grave o gravissimo si inserisce come un sostegno alle autonomie possibili.

La residenzialità emancipata autogestita è il risultato di un percorso di accompagnamento verso l'autonomia, di sviluppo di competenze e di uscita "completa" dal nucleo familiare di origine, a favore dell'inclusione sociale (si intende un progetto a carattere definitivo che arriva alla fine anche dei progetti temporanei "di palestra reperibili nella rete dei servizi"). L'utente è protagonista di questo percorso e deve essere sostenuto nella presa delle decisioni, adottando anche strategie volte a facilitarne la comprensione

Tale residenzialità si realizza in appartamenti per gruppi da 2 a massimo 5 disabili. Gli appartamenti possono essere le abitazioni di origine, o essere messi a disposizione dalla famiglia di uno degli utenti, e/o da Associazioni di Familiari, e/o essere da esse reperiti sul libero mercato. Si includono e anzi si auspicano soluzioni residenziali di co-housing (ovvero insediamenti abitativi composti da abitazioni private corredate da spazi destinati all'uso comune e alla condivisione tra i residenti) sia autogestite che gestite da un Ente Gestore scelto dalle famiglie.

## **2. DESTINATARI**

### **a) assegni di cura e sostegno e contributo assistenti familiari, assegni di cura GRAD.**

I progetti personalizzati finalizzati al mantenimento al domicilio si rivolgono preferenzialmente a:

- adulti disabili in situazione di handicap grave ai sensi della Legge 104/92;
- cittadini adulti, con gravissima disabilità acquisita che, pur non essendo in grado di svolgere le attività quotidiane sono comunque capaci di autodeterminarsi e di costruire il proprio progetto di vita; Trattasi di persone che necessitano di assistenza continua nelle 24 h con un punteggio della scala di valutazione SVAMA => a 82 (salvo diverse applicazioni stabilite a livello aziendale). Le disabilità acquisite gravissime si intendono conseguenti a patologie/deficit derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico degenerative) dalle quali deriva una grave dipendenza fino a situazioni di totale non autosufficienza e/o minima coscienza (per le precisazioni sulle patologie identificate si rimanda alla normativa specifica);
- cittadini minori di 18 anni in situazione di totale non autosufficienza e necessità di supporti vitali ausili per la funzione respiratoria (tracheostomia con necessità di aspirazione o presenza di ventilatore o necessità di aspirazione bronchiale)

- famiglie o care giver al cui interno vi sia un componente, in situazione di handicap grave o gravissimo certificato, ai sensi della legge 104/92, che presenti una forte compromissione delle funzioni cognitive e totale dipendenza psicofisica, le quali si facciano carico direttamente o avvalendosi anche della collaborazione di persone non appartenenti al nucleo familiare, di assicurare gli interventi necessari al mantenimento della persona disabile stessa nel proprio domicilio, in adesione al programma assistenziale personalizzato definito e concordato con i servizi socio-sanitari. Tale ruolo può essere svolto anche dall'Amministratore di sostegno/tutore: si intende che il ruolo dei familiari venga svolto in collaborazione con l'Ads, quando sia nominato in presenza dei familiari, o assumerà questo ruolo a maggior ragione in sostituzione della famiglia

Per gli assegni di cura e sostegno, si ritiene prioritario il sostegno rivolto a:

- nuclei con persone con grave disabilità il cui progetto assistenziale individualizzato non può essere realizzato all'interno dell'attuale rete dei servizi;
- nuclei con all'interno due portatori di handicap con almeno il 100% di invalidità;
- persone o nuclei con assenza di rete primaria o con rete primaria non in grado, per età o motivazioni sanitarie, socio-relazionali ed economiche, di farsi carico dell'assistenza;
- nuclei in cui almeno un componente debba riorganizzare i propri impegni lavorativi o rinunciare al lavoro per garantire il sostegno domiciliare, riducendo il reddito familiare in maniera significativa;
- nuclei che collettivamente, in accordo con i servizi socio-sanitari, si organizzano affinché il *care-giver* possa farsi carico di più sostegni alla domiciliarità.

Per essere destinataria del contributo economico la famiglia (e/o gli altri soggetti di cui in precedenza) deve essere in rapporto di effettiva convivenza con il disabile o garantire una presenza a casa del disabile in relazione alle sue necessità, previste nel programma assistenziale personalizzato.

Per gli assegni di cura e sostegno per handicap grave, valgono i limiti ISEE di cui al successivo punto 7.

Per gli assegni di cura per gravissimi disabili acquisiti (GRAD), come determinato dalla DGR 2308/2016, non sono più previsti i limiti ISEE come specificato nel successivo punto 7.

## **b) Contributi per la residenzialità emancipata autogestita –Budget di progetto**

Per l'erogazione di tali contributi non è richiesta la convivenza con il nucleo familiare ma al contrario una progettualità autogestita. Il limite ISEE, calcolato a norma di legge, è lo stesso fissato dal successivo punto 7. I contributi per la residenzialità autogestita sono personali, quindi erogati ad ogni singolo utente disabile, ma come parte di un complessivo budget di progetto definito per la soluzione abitativa adottata, atto a sostenere le necessità abitative, assistenziali e di vita degli utenti disabili. Il budget di progetto è uno strumento di analisi che è formato dalle risorse personali dell'utente disabile, dalle risorse della famiglia di origine o di associazioni di familiari e da fondi e/o servizi pubblici di qualsiasi natura (sanitari, sociali, socio-sanitari e fondi dedicati). Il budget di progetto tiene conto del complessivo progetto di vita del disabile e quindi anche di percorsi socio-

occupazionali, di inserimento in centri socio riabilitativi diurni o in laboratori protetti, del servizio di trasporto, delle opportunità di tempo libero ecc

Destinatari di detti contributi sono le persone disabili in cluster d'età 18-64 anni con ulteriore priorità per cluster d'età 25-45 anni, con livelli di abilità funzionali (sia dal punto di vista assistenziale che comportamentale) e di competenza nelle attività della vita quotidiana che evidenzino capacità relazionali e sociali tali da renderli compatibili con la tipologia di residenzialità emancipata.

### **3. PROCEDURE**

L'Unità di valutazione Handicap (UVH), quale strumento operativo dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, forma la porta d'accesso per l'utilizzo dei servizi e interventi finanziati con i Fondi Nazionali e Regionali per la Non Autosufficienza e con i Fondi dedicati. Nel caso di utenti con gravissimo handicap sopraggiunto, l'Unità di valutazione deputata (UVM) comprende sempre anche la presenza dell'infermiere ed è integrata, nel caso di bisogno anche da altri professionisti sanitari (fisiatra, neurologo ecc..) per facilitare la predisposizione del progetto personalizzato

#### **a) Assegno di cura e sostegno e contributo assistenti familiari e assegno di cura GRAD**

Il Servizio Sociale del Comune di residenza attiva l'Unità di Valutazione Handicap o l'Unità di Valutazione Multiprofessionale che valuta le condizioni di bisogno del disabile e sulla base della valutazione globale, elabora il progetto personalizzato condiviso con il diretto interessato e la famiglia.

L'UVH è composta da: Utente, Famiglia, Assistente Sociale responsabile del caso, Educatore professionale, Medico del Servizio Handicap Adulto, MMG ed è integrata dai soggetti erogatori di Servizi che a diverso titolo partecipano al Sistema Curante. L'UVM è composta anche dall'Infermiere e da eventuali altri professionisti sanitari.

Nel caso in cui il progetto personalizzato preveda un programma da realizzarsi a domicilio dell'utente l'UVH/UVM verifica:

- la possibilità di assicurare il programma personalizzato nel contesto abitativo del disabile;
- l'eventuale disponibilità della famiglia e/o dei soggetti indicati al precedente punto 2 ad assicurare le attività socio-assistenziali previste nel programma assistenziale personalizzato.

Per ogni progetto, il Servizio Sociale del Comune di residenza adotta le procedure che garantiscono la verifica preventiva dei requisiti per la concessione dell'assegno di cura/sostegno e dell'eventuale contributo assistenti familiari (limiti reddito, ecc.) rispetto alla proposta di contratto da parte dell'UVH/UVM o dello stesso responsabile del caso.

L'UVH/UVM verifica la compatibilità tra proposta e stanziamenti dei Fondi per la Non Autosufficienza definiti dalla programmazione annuale.

Successivamente l'UVH/UVM o il responsabile del caso propongono il contributo economico alla famiglia.

La disponibilità della famiglia o di altri care-givers viene sancita mediante un "contratto" o accordo che definisce gli impegni assistenziali a carico della famiglia/care-givers.



## **b) Progetti di residenzialità emancipata autogestita – budget di progetto**

Nel caso di valutazione di residenzialità emancipate, l'Uvh, descritta al punto precedente, può essere integrata da un Rappresentante della Fondazione Durante e Dopo di noi e da tutti i gruppi di utenti e familiari direttamente coinvolti nel nuovo progetto di vita.

L'istruttoria iniziale sulla condizione economica/reddituale di ogni singola famiglia, è effettuata dall'Assistente Sociale responsabile del caso, prima dell'UVH dedicata alla costruzione del budget di progetto, che consentirà la valutazione globale delle risorse da mettere in campo. I budget così costruiti dovranno avere un orizzonte almeno biennale e dovranno essere sottoposti a verifiche periodiche e programmate da parte dell'UVH. Il progetto complessivo, sostenuto dal budget di progetto, verrà sancito da un "contratto" o accordo firmato tra i vari componenti interessati con gli impegni reciproci assunti. L'UVH individua un referente, nell'ambito dei progetti di accompagnamento all'autonomia, che si occuperà della verifica progettuale e delle proposte di eventuali cambiamenti/aggiustamenti del progetto individuato.

## **4. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE**

### **a) assegni di cura e sostegno e contributo per assistenti familiari e assegni di cura GRAD**

I Servizi socio-sanitari preposti orientano la propria attività al fine di valorizzare e sostenere la condivisione progettuale con la famiglia e/o con i soggetti indicati al precedente punto 2.

La famiglia, secondo tale orientamento, è depositaria di saperi e di risorse e contribuisce alla costruzione progettuale.

Il progetto personalizzato può prevedere che la famiglia, ad integrazione del proprio impegno, possa avvalersi anche dell'aiuto dei servizi non residenziali della rete, in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza del disabile e delle capacità di cura della famiglia stessa.

In tal caso il contratto evidenzia tale condizione.

Gli oneri, qualora previsti, per questi servizi saranno a carico della famiglia secondo i criteri previsti dalla normativa locale per la partecipazione al costo dei servizi.

Il responsabile del caso è il costante riferimento per la famiglia nella gestione complessiva del disabile in situazione di handicap grave o gravissimo e, nell'ambito delle sue funzioni:

- controlla l'attuazione del programma personalizzato di assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti dalla famiglia
- svolge le verifiche periodiche definite nell'ambito del programma assistenziale
- riferisce all'UVH/UVM, che in caso di gravi inadempienze da parte della famiglia/*care-givers* rispetto agli impegni assunti, possono proporre la revoca del contributo.

### **b) contributo per residenzialità emancipata autogestita – budget di progetto**

Per i progetti sulla residenzialità emancipata - autogestita il ruolo dell'utente quando possibile e quello dei familiari è cruciale nella tenuta del progetto stesso. L'utente deve essere sostenuto nell'assunzione delle decisioni, adottando anche strategie volte a facilitarne la comprensione. Nel nucleo di residenzialità autogestita le famiglie nel loro insieme sono garanti del contratto stipulato

in sede di UVH e, con gli utenti disabili, sono interlocutori privilegiati del referente per le verifiche progettuali successive.

In caso di grave conflitto tra le famiglie, il Servizio si riserva l'interruzione del contributo.

## **5. CONTENUTO E DURATA DEI CONTRATTI**

### **a) assegni di cura e sostegno – contributo per assistenti familiari**

Il contratto può avere una durata massima di 12 mesi, rinnovabili dopo verifica. Viene sospesa l'erogazione qualora il disabile sia ricoverato presso una struttura sanitaria o di cura a carattere residenziale. Gli assegni di cura GRAD hanno scadenza, di norma, al 31/12.

Nel contratto, redatto secondo la modulistica allegata, debbono essere indicati:

- il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 2 si impegnano ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità, gli strumenti ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo ;

L'assegno di cura/sostegno mensile e l'eventuale contributo assistenti familiari e l'assegno di cura GRAD è concesso dalla data di valutazione e dalla data di sottoscrizione del contratto ed è erogato posticipatamente ogni mese.

Il responsabile del caso procede, di norma semestralmente o a seconda della valenza progettuale, alle verifiche sull'andamento del percorso producendo relativa relazione.

### **b) contributi per la residenzialità emancipata autogestita – budget di progetto**

Il contratto può avere una durata massima di 12 mesi prorogabili di un altro anno fino a 24 mesi. Uno degli obiettivi del progetto è che il gruppo di residenti si renda il più possibile autonomo dal punto di vista economico/finanziario. In caso un utente necessiti di ricovero a carattere definitivo in una struttura residenziale, viene sospesa l'erogazione del contributo.

Nel contratto, redatto secondo la modulistica predisposta, debbono essere indicati:

- il progetto personalizzato e di gruppo e gli obiettivi da perseguire;
- le attività e gli impegni che le famiglie e/o i soggetti indicati al precedente punto 2 si impegnano ad assicurare anche in caso di eventuali emergenze (sostituzione assistente familiare, ricoveri ospedalieri ecc...);
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità, gli strumenti ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo di ogni singolo utente e della famiglia e le modalità organizzative utilizzate per la gestione dell'abitazione;
- la ricostruzione sintetica del budget di progetto che supporta l'intero progetto ed ha determinato la quantificazione dei contributi economici concessi.

Il contributo è concesso dalla data di avvio del progetto ed è erogato nel mese corrente.  
Il responsabile del caso procede, alla verifica secondo la valenza progettuale del singolo producendo relativa relazione che evidenzia anche l'andamento complessivo del progetto di residenzialità emancipata.

### **Rinnovo assegni di cura, contributo assistenti familiari e contributo per la residenzialità emancipata autogestita – Budget di progetto**

L'eventuale rinnovo del contratto può essere disposto esclusivamente previa valutazione dei risultati ottenuti e aggiornamento della valutazione globale, con riprogettazione personalizzata da parte dell'UVH/UVM e, nel caso della residenzialità emancipata delle verifiche sui progetti del gruppo. L'eventuale rinnovo dipende anche dalle valutazioni sulla disponibilità economica complessiva degli stanziamenti relativi ai servizi per la non autosufficienza e dei Fondi dedicati.

## **6. ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO DELL' ASSEGNO DI CURA/SOSTEGNO, DELL'ASSEGNO DI CURA GRAD E DEL CONTRIBUTO PER LA RESIDENZIALITA' EMANCIPATA – BUDGET DI PROGETTO**

### **a) assegni di cura e sostegno e contributo per assistenti familiari**

L'entità del contributo economico (assegno di cura/sostegno e assegno di cura GRAD) viene fissato con appositi provvedimenti dalla Regione Emilia-Romagna ed è in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza e non autonomia della persona disabile, alle sue necessità assistenziali ed alle attività socio-assistenziali che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 2) si impegnano a garantire.

Il contributo giornaliero è attualmente fissato in:

- € 15,49 (Livello A)
- € 10,33 (Livello B)
- Contributo assistenti familiari Euro 160,00 mensili
- € 23,00 (per gravissimi disabili acquisiti)
- € 45,00 (per gravissimi disabili acquisiti con bisogni di assistenza particolarmente elevati nell'arco delle 24 h)

ed è eventualmente aggiornato sulla base di direttive regionali specifiche.

In caso di inserimento in servizi residenziali accreditati a carattere definitivo o per lungo periodo, il beneficio economico viene sospeso o revocato.

### **Criteri generali:**

- **Livello A - € 15,49** per progetti rivolti a soggetti con alto livello di gravità fisica/comportamentale e basso livello di autonomie personali, senza possibilità di evoluzione, con dipendenze assistenziali che necessitano di una presenza continuativa nell'arco della

giornata e di elevata assistenza diretta, che hanno insufficiente supporto da parte di contesti familiari e sociali.

Progetti che non trovano completa risposta all'interno dell'attuale rete dei servizi per sostenere la domiciliarità del disabile

- **Livello B - € 10,33** per progetti rivolti a soggetti con alto livello di gravità, scarsità di autonomie personali e potenzialità evolutive. Hanno un contesto di riferimento che può essere attivato e usufruiscono di altri servizi della rete.

Progetti rivolti a soggetti che presentano media gravità, buon livello di autonomie personali con problematiche di tipo comportamentale ma con possibilità di evoluzione/contenimento. I contesti familiari possono essere problematici e mancare delle figure significative di riferimento. Il contatto con il contesto sociale è generalmente insufficiente.

**Livello € 23,00** persone affette da gravissime disabilità acquisite o in stato vegetativo e/o di minima coscienza assistite a domicilio, in situazioni di dipendenza totale, non in grado di collaborare all'assistenza personale e che necessitano di assistenza completa nell'arco delle 24 h.

**Livello € 45,00** persone affette da gravissime disabilità acquisite o in stato vegetativo e/o di minima coscienza assistite a domicilio, in situazioni di dipendenza totale, non in grado di collaborare all'assistenza personale e che necessitano di livelli particolarmente elevati di assistenza nell'arco delle 24 h (come definito nella Determinazione Regione Emilia Romagna n 15894/12).

## **b) contributi per la residenzialità emancipata autogestita – budget di progetto**

Prevedono la predisposizione di un budget di progetto che analizzi complessivamente le potenzialità economiche dei nuclei coinvolti. Il contributo mensile per la residenzialità emancipata può essere fino ad un massimo di 600 euro (nell'entità del contributo è ricompreso l'assegno di cura eventualmente percepito) per persona. L'entità del contributo è a complemento delle risorse personali del disabile (invalidità civile, indennità accompagnamento, reversibilità, lasciti, assegno di cura ecc...) e delle risorse familiari o di associazioni di familiari messe a disposizione ed è finalizzata alle spese per remunerare assistenti familiari regolarmente assunte e/o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi e le spese relative all'alloggio. Nessun contributo, visto il budget di progetto, può essere costruito a copertura di più del 50% delle spese relative a queste voci di costo.

## **7. LIMITI DI REDDITO**

L'accesso alla fruizione dell'assegno di cura e sostegno, al contributo per assistenti familiari e ai contributi per la residenzialità emancipata autogestita è subordinato alla verifica della condizione economica del soggetto beneficiario e, nel caso dei progetti di residenzialità emancipata, di tutti i


soggetti coinvolti. Tale verifica è effettuata sulla base delle modalità e dei limiti di reddito stabiliti dalla Regione Emilia-Romagna e di seguito riportate:

- l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) è il parametro per l'accertamento della condizione economica;
- per l'accesso all'assegno di cura e di sostegno e al contributo per la residenzialità emancipata, l'ISEE del soggetto beneficiario, calcolato secondo quanto previsto dal DPCM 159/13 e confermate dalle DGR 249/15, 2146/15 e 875/16 e s.m.i., non dovrà essere superiore a € 34.000/anno.
- per l'accesso al contributo per assistenti familiari l'ISEE del soggetto beneficiario, calcolato secondo quanto previsto non potrà essere superiore a Euro 15.000/anno, .

Per usufruire dell'assegno di cura GRAD ed eventualmente del contributo per assistenti familiari per gravissimi disabili acquisiti si applicano le disposizioni regionali di applicazione delle modalità di attuazione del nuovo Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) stabilite con DGR 2308/2016" Determinazioni in materia di soglie ISEE per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate in ambito sociale e sociosanitario dal 01/01/2017" che, tra l'altro:

- modificano le deliberazioni regionali DGR 2068/04 e DGR 256/14 eliminando dal 01/01/2017 la previsione del criterio di un Isee al di sotto di una determinata soglia (definita in 55.000 dalla DGR 256/2014) per l'erogazione dell'assegno di cura esclusivamente per le gravissime disabilità acquisite;
- riconoscono l'alto impegno assistenziale nel mantenere ed assistere a domicilio persone con disabilità gravissima acquisita e valorizzano la volontà di sostenere comunque il mantenimento a domicilio;

I livelli di erogazione e i limiti di reddito del nucleo familiare si intendono automaticamente aggiornati sulla scorta di future eventuali direttive regionali.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>	Pagina 1 di 4
	Attivazione assistenza sanitaria di base a domicilio secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)  <b>FASE SPERIMENTALE</b>	<b>Rev</b> <b>del</b>

## ALLEGATO 5

### INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ
5. RIFERIMENTI
6. ALLEGATI

### INTRODUZIONE


Nell'ambito del percorso di dimissione protetta, **possono accedere** al servizio a totale carico FRNA :

- pazienti ricoverati di norma non seguite dal SST (che non erano già in carico ai servizi sociosanitari con progetti di cure domiciliari: non rientrano perciò i casi già in carico, per i quali è prevista una riattivazione nel post-ricovero ospedaliero);
- pazienti per i quali è necessaria la presa in carico da parte del **Servizio Infermieristico Domiciliare** (ADI), prevedendo almeno 1 accesso settimanale. Occorre specificare che, in caso di dimissione da parte del Servizio (miglioramento delle condizioni del paziente, cessazione del bisogno...), si dovrà interrompere anche il servizio tutelare a totale carico FRNA \_
- persone che rientrano nei **parametri di non autosufficienza**, di qualsiasi età, "con patologie in atto o esiti delle stesse".

La condizione di non autosufficienza , che deve essere certificata dall' équipe valutativa minima composta da Infermiere del PUA e Assistente Sociale del SSO, deve rispondere a parametri definiti dalle scale di valutazione individuate. I livelli sono:

- Per pazienti anziani: **Bina Home**, maggiore di 230;valore -> item 2 (prestazioni sanitarie)non inferiore a 70; valore item 7 (mobilità) non inferiore a 80; valore item 8(attività vita quotidiana) non inferiore a 70.
- per pazienti affetti da patologia oncologica : Indice di **Karnofsky** minore o uguale a 40
- per disabili adulti (età inferiore a 65 anni): **SVAMA** , maggiore o uguale a 40

L'intervento autorizzato secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) si sostanzia in un intervento di Assistenza domiciliare totalmente gratuito (quindi con retta totale a carico del FRNA e nessun onere a carico di Comune/FCR e utente) per un massimo di 15 ore frontali e per un periodo non eccedente i 30 giorni dal momento dell'attivazione del servizio.

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>	Pagina 2 di 4
	Attivazione assistenza sanitaria di base a domicilio secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)  <b>FASE SPERIMENTALE</b>	<b>Rev</b> <b>del</b>

## **SCOPO**

La presente IO ha lo scopo di illustrare il percorso per l'attivazione del servizio socio-assistenziale domiciliare secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)

## **CAMPO DI APPLICAZIONE**

La presente IO si applica agli utenti dimessi dal presidio SMN residenti nel Distretto di RE

## **TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI**

IO : Istruzione Operativa

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

BINAH: Breve Indice Non Autosufficienza Home

PUASS: Punto Unico di Accesso Socio Sanitario (inteso come PUA inf.co e Servizio Sociale Ospedaliero)

AUSL: Azienda Unità Sanitaria Locale

SAA: Servizio Assistenza Anziani

HA: Handicap Adulto

SVAMA:

PAI: Piano Assistenza Individuale

AS: Assistente Sociale

EG: Ente Gestore

SAD: Servizio Assistenza Domiciliare


SID: Servizio Infermieristico Domiciliare

SSO: Servizio Sociale Ospedaliero

SST: Servizio Sociale Territoriale

## **DESCRIZIONE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ**

Percorso per anziani e disabili residenti a Reggio Emilia:


 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>	Pagina 3di 4
	Attivazione assistenza sanitaria di base a domicilio secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)  <b>FASE SPERIMENTALE</b>	<b>Rev del</b>

Attività	Responsabilità
Compilazione BINAH, sulla base della valutazione complessiva e della presenza dei prerequisiti se anziano (>65aa) o SVAMA se disabile	PUA-SSO
Attivazione tramite e-mail del tutoring domiciliare e segnala allo sportello sociale il nominativo della persona	SSO
Invio alla Responsabile del SAA ( presso Villino Svizzero - AUSL) della BINAH se anziano o se disabile della SVAMA al coordinatore del servizio HA	Segreteria SSO (PUA in sua assenza)
Visita presso ospedale o domicilio per definizione PAI	Tutoring
Attivazione EG	Tutoring
Monitoraggio con visita domiciliare dopo circa 15gg	Tutoring
Invio modulo di attivazione del pacchetto con la quantificazione definita rendicontata in modo separato	EG

Percorso per anziani e disabili residenti Unioni Terre Matildiche e Unione Terre di Mezzo:

Attività	Responsabilità
Compilazione BINAH, sulla base della valutazione complessiva e della presenza dei prerequisiti se anziano (>65aa) o SVAMA se disabile	PUA-SSO
Segnalazione per attivazione tramite e-mail dello sportello sociale	Segreteria SSO (PUA in sua assenza)
Visita a domicilio per definizione PAI entro 24/48 ore	AS del SST
Invio alla Responsabile del SAA ( presso Villino Svizzero - AUSL) della BINAH se anziano o se disabile della SVAMA al coordinatore del servizio HA	AS del SST



 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> <b>EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>	Pagina 4 di 4
	Attivazione assistenza sanitaria di base a domicilio secondo quanto previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017)  <b>FASE SPERIMENTALE</b>	<b>Rev del</b>

Attivazione EG	AS del SST
Monitoraggio con visita domiciliare dopo circa 15gg	AS del SST
Invio modulo di attivazione del pacchetto con la quantificazione definita rendicontata in modo separato	EG

Percorso per pazienti oncologici residenti a Reggio Emilia - Unioni Terre Matildiche - Unione Terre di Mezzo:

Attività	Responsabilità
Compilazione indice Karnofsky, sulla base della valutazione complessiva e della presenza dei prerequisiti	PUA
Attivazione tramite e-mail dell'E.G. e segnalazione allo sportello sociale	PUA
Invio alla Responsabile del SAA ( presso Villino Svizzero - AUSL) della scheda di Karnofsky	PUA
Visita domiciliare per definizione del PAI	Operatori SAD ed infermieri SID
Invio modulo di attivazione del pacchetto con la quantificazione definita rendicontata in modo separato	EG

**RIFERIMENTI:**

DPCM 12 gennaio 2017

**ALLEGATI:**

Modulo di attivazione

**ALLEGATO 6**  
**PROTOCOLLO A SOSTEGNO DELLA TRANSIZIONE DI UTENTI IN CARICO ALLA NPI**  
**ALL'AMBITO DISABILI ADULTI**

**Distretto di Reggio Emilia**

## **Premessa**

Il presente documento si inserisce in linea di continuità con l'articolato quadro di accordi che il sistema dei servizi (sociale, sanitario e sociosanitario) ha via via definito a supporto della programmazione e progettazione sociosanitaria dell'ambito disabili, nel contesto distrettuale di Reggio Emilia. Le disposizioni normative connesse ai Piani di Zona, i programmi attuativi, gli accordi di programma e alcune innovative esperienze progettuali realizzate in questi anni hanno creato le premesse culturali di riferimento per la definizione di prassi operative che andassero nella direzione di sostenere, in un continuum progettuale, percorsi più rispondenti al mutevole evolvere dei bisogni sociali e personali espressi dai singoli, dalle loro famiglie e dai diversi contesti comunitari in essi coinvolti.

Lo sforzo costante dei servizi, in dialogo con famiglie, organizzazioni del privato sociale, soggetti gestori dei servizi e agenzie educative e formative, si è tradotto anche in scelte operative e procedurali che dessero corpo ad orientamenti, identificanti e caratterizzanti un modello di presa in carico (nelle dimensioni più proprie della cura e dell'assistenza) teso all'accompagnamento e al sostegno della persona nei suoi contesti di vita, in una prospettiva socio-educativa emancipativa e inclusiva.

Le recenti sperimentazioni e innovazioni introdotte in alcuni ambiti, ad esempio attraverso una nuova modalità di osservazione scolastica, l'applicazione del dispositivo UvHm, l'articolazione dei progetti di inclusione/inserimento lavorativo, alcuni contesti socio-occupazionali, l'introduzione di nuove figure professionali quali i tecnici della riabilitazione psichiatrica e terapisti occupazionali, ... hanno offerto stimolanti spunti e apprendimenti che necessitano di una valorizzazione oltre che di una messa a sistema in modo strutturato. Il presente protocollo, esito di un lavoro congiunto di attraversamento riflessivo dell'attività in corso e delle relative pratiche operative, è finalizzato a supportare il processo di integrazione, di coordinamento e gestione delle funzioni sociali e sanitarie fra i diversi attori istituzionali coinvolti nella presa in carico delle persone disabili nella delicata fase della transizione dell'età evolutiva a quella adulta. E così in particolare: Azienda UsI con i Servizi di Npia, il servizio Disabili adulti, l'Uvh, l'Uvm, i servizi sociali dei Comuni del Distretto di Reggio Emilia.

## **Orientamenti**

Di seguito si richiamano alcuni elementi ritenuti oggi irrinunciabili nel processo di lavoro (di accompagnamento e di presa in carico) per l'intero sistema.

*Autonomia, competenze e valorizzazione delle capacità.* Con l'esperienza, ciascuno ha constatato come sia, talvolta, faticoso riuscire a innestare il proprio contributo (professionale, culturale, umano) nell'attuare un progetto di vita che abbia una sua logica complessiva, che assuma e mantenga l'obiettivo dell'autonomia possibile lungo tutto l'arco della vita, attento e mutevole al diversificarsi delle esigenze, nelle fasi dell'infanzia e dell'adolescenza, dei vari periodi dell'età adulta. In tal senso, è necessario andare oltre le dicotomie di ruolo e di senso, per individuare obiettivi comuni, co-costruiti fra i diversi attori a partire da un diverso protagonismo della persona disabile stessa e dei suoi contesti di vita, ricercando alleanze professionali in grado di connettere e interagire fra di loro in modo diverso: strutture sanitarie, istituzioni, servizi del territorio, scuola, famiglia, rete parentale e amicale, imprese e associazionismo.

*Risorse.* È essenziale poter connettere la parola risorse ad altri due termini: continuità e permeabilità. L'attenzione alla continuità deve anche saper orientare lo sguardo degli attori coinvolti sin dall'inizio del percorso pre-scolastico per creare sinergie e connessioni col dopo,

immaginare come trasmettere le informazioni e le acquisizioni maturate sul/col singolo e la sua famiglia, poiché anche se nulla è prevedibile, è comunque utile un ragionamento preventivo (cercare dispositivi organizzativi e progettuali per la costruzione di ipotesi) e degli sbocchi reali per evitare di vanificare sforzi, risorse ed impegni. In questo senso, ad esempio, “durante e dopo di noi” diviene un criterio che orienta tutte le realtà progettuali per ragionare sin dall’inizio delle superiori per il “dopo la scuola”, o sul rapporto tra la scuola e il mondo del lavoro, nei confronti delle prospettive per quella determinata persona, in relazione alle sue aspettative e a quelle della sua famiglia, ai reali percorsi socio-occupazionali e di inclusione sociale.

Un prerequisito per individuare percorsi che possano consentire di operare in questa prospettiva è la permeabilità tra servizi, sguardi, progetti: occorre, non solo, che i servizi si parlino tra di loro, ma che le informazioni e i progetti siano permeabili, quindi che ci sia una reale co-progettazione, che coinvolga tutti i soggetti; che i confini siano sfuocati non netti in modo da consentire l’accompagnamento, la contaminazione positiva, e così facendo facilitare, nel tempo, l’inclusione sociale. Occorre potenziare e facilitare la comunicazione tra Servizi rendendo i progetti permeabili da contaminazioni positive che favoriscano l’inter-azione di una rete di agenti in grado di accompagnare la persona disabile alla migliore inclusione sociale possibile e alla realizzazione dei propri obiettivi di vita.

*Monitoraggio/circolarità/verifica.* Per presidiare il miglior utilizzo delle risorse in termini di permeabilità e continuità, mantenendo l’obiettivo dell’autonomia possibile, è dirimente contemplare il monitoraggio e la verifica dei progetti, con regolarità, per presidiare insieme, servizi e famiglie, un orientamento del progetto di vita che abbia una sua logica nel complesso (ad es. alcune esperienze di alternanza scuola /lavoro o di inserimento lavorativo), e anche, in alcuni casi, per ripensare le risorse e re-distribuirle su progetti di più lunga durata.

*Relazione.* Questi diversi aspetti richiedono un’attenzione e un accompagnamento relazionale costanti, a più livelli, e con i vari interlocutori; gli operatori investiti di tali competenze comprendono quanto gli aspetti e le dinamiche umane e relazionali assumono una valenza strategicamente rilevante. Ad esempio la scelta di inserire un ragazzo disabile in una classe o in un’altra non è solo una questione di norme e di diritti, ma attiene ai diversi aspetti tra i quali la capacità di presentare alla famiglia oltre che all’intera classe, illustrando e accompagnandone le implicazioni, il valore educativo per i compagni, le opportunità in termini sociali e via di questo passo.

*Sviluppare contesti abilitanti.* Se il contesto è abilitante, la disabilità si riduce o diventa meno disabilitante. Pertanto, è necessario uno sforzo costante e mirato di tutto il Sistema (famiglie, Servizi, Scuola, reti amicali...) per favorire lo sviluppo di contesti abilitanti e rendere tali i contesti di vita delle persone. Questo non solo nell’ottica di una “società buona” che sa includere, ma anche di una “società vincente” che sa valorizzare la differenza come risorsa e opportunità creativa ed esperienziale per tutti. In tal senso, è fondamentale il ruolo della scuola, delle agenzie formative, dei contesti sportivi e delle associazioni giovanili, ... nel promuovere e nell’agire senso di comunità tra i giovani attraverso la corresponsabilità, privilegiando lo spirito di squadra rispetto al risultato di performance, per poter gettare le basi di una società di adulti che sanno far leva sull’interdipendenza indispensabile per garantire l’autonomia di ciascuno, quell’autonomia che non significa “da soli”.

## **Obiettivi strategici**

L'intero sistema dei servizi anche attraverso questo protocollo riconosce questi orientamenti traducendoli in obiettivi strategici fondanti la propria azione:

- il protocollo non è la semplice normativa dei passaggi delle persone con disabilità dai Servizi 0 – 18 a quelli degli Adulti, ma il riconoscimento della fascia 16 – 22 anni come periodo di transizione particolarmente significativo e critico nel percorso verso la conquista della condizione adulta di ciascuna persona, che si compie attraverso il completamento dei percorsi scolastico – formativi e le successive scelte progettuali siano esse connesse all'inserimento lavorativo, o alla fruizione di altre opportunità diurne, semiresidenziali e/o di socializzazione;
- famiglia, utente, servizi e scuola concorrono ad accompagnarsi e sostenersi a vicenda nella comprensione e nel riconoscimento di obiettivi e bisogni della persona disabile e nella costruzione di progetti di vita, aderenti alle realtà contestuali e contingenti, con lo sguardo aperto a possibili evoluzioni e nuove possibilità di autonomia ed espressione dell'individuo aiutandosi reciprocamente a mantenere adesione alla realtà, cercando, al contempo, di rimanere aperti all'evoluzione per incentivare e cogliere ogni possibilità di autonomia ed espressione dell'individuo: è essenziale il costante e attivo coinvolgimento della famiglia in tutte le scelte operative adottate per corrispondere ai bisogni, alle risorse e ai desideri delle persone disabili;
- costruire insieme il progetto degli interventi socio-educativi, assistenziali e sanitari appropriati, a partire dai 16 anni significa, per gli operatori e i relativi servizi, assumere questa delicata fase della vita dell'adolescente disabile assicurandone la continuità progettuale, senza strappi istituzionali, in cui l'efficace modalità organizzativa e operativa si traduce in obiettivi e risorse condivisi e nella individuazione di una rete territoriale progettualmente orientata;
- stringere ed intensificare una progettualità congiunta socio-educativo-assistenziale, a livello istituzionale, innanzitutto, perciò individuando quei dispositivi e quelle modalità di lavoro che possano permettere, in fase programmatoria e progettuale, di realizzare concretamente gli indirizzi sopra citati, mantenendo un orientamento comune di sforzi e risorse.

### **Destinatari**

Il presente accordo individua, quali destinatari prioritari della progettazione congiunta e condivisa, tutti i giovani in carico ai servizi di Npia che al compimento del 16 anno di età presentino elementi di particolare compromissione clinica e/o sociale da richiedere una transizione al servizio Disabili adulti per una relativa presa in carico. Tale valutazione si sostanzia attraverso criteri diagnostici definiti. Talvolta potrà accadere che la famiglia non abbia ancora maturato la decisione di aderire a tale processo transizionale e non condivida le valutazioni dei referenti clinici: il servizio valuterà come supportare la famiglia anche in questo delicato momento, riservando un successivo reinserimento nell'anno seguente.

In questa strategia di accompagnamento, particolare cura e attenzione dovrà essere posta verso le famiglie stesse, ricercando per/con esse azioni singole e/o gruppali che le sostengano nella analisi e valutazione delle opportunità del territorio, nella rilettura delle diverse esperienze, progettuali e di vita, che i loro figli vivono anche in modo autonomo e spontaneo, in una costante ricerca di dialogo con le potenzialità emancipative del proprio figlio, per individuare con gli operatori dei servizi e della scuola e delle altre agenzie del territorio, traiettorie progettuali comuni e mirate.

Altrettanta cura e attenzione dovrà essere garantita nell'accompagnare il contesto scolastico ricercando la collaborazione con Officina Educativa, attraverso un supporto congiunto ai singoli Istituti Comprensivi e alle realtà scolastiche e gruppi classe, mediante azioni di consulenza e formazione.

#### *Destinatari indiretti*

In questa prospettiva tutti i servizi della rete dell'offerta, la scuola e il contesto informale svolgono un ruolo determinante nei confronti delle famiglie, come pure degli adolescenti, nella costruzione delle rappresentazioni, degli immaginari sociali e nelle aspettative. È fondamentale promuovere e sostenere una strategia di coinvolgimento/accompagnamento per renderli consapevolmente e responsabilmente partecipi, e al tempo stesso, rafforzare il ruolo di regia progettuale del servizio sociosanitario.

#### **Organismo di collaborazione**

È opportuno costituire un piccolo gruppo di operatori (espressione dei servizi di NPI e H adulto) con eventuali immissioni di altre figure di professionisti individuati all'uopo, con una dedicata funzione di presidio e lo sviluppo dell'iter progettuale nel periodo della transizione. Presidiano le connessioni con Uvh e Uvhm, scuola e realtà formali e informali a garanzia e tutela della strategia complessiva. In particolare avranno cura di allestire il coinvolgimento nel processo di informazione, e condivisione programmatica e progettuale con lo staff dei poli sociali del distretto e delle altre agenzie coinvolte nei percorsi.

Questo gruppo imposterà la propria attività progettuale a partire dagli esiti dei diversi percorsi in atto nell'ambito dei servizi di NPI e Disabili Adulti, oltre che nei contesti formativi e di socializzazione del territorio allo scopo di garantire la continuità terapeutica e, al contempo, sviluppare e connettere nuove opportunità in relazione ai contesti di vita e alle prospettive future. Per questo, all'approssimarsi della **conclusione del percorso formativo** si dovranno mettere a punto programmi socio educativi riabilitativi capaci di accompagnare l'emancipazione del ragazzo, in dialogo costruttivo con la famiglia.

In particolare si attribuiscono a tale organismo le competenze relative a:

- presa in carico,
- definizione del percorso (fasi attuative) del progetto socio/educativo/riabilitativo concordato con la famiglia del disabile,
- individuazione del Referente del caso
- definizione delle modalità di collaborazione dei servizi coinvolti nel progetto socio-assistenziale riabilitativo (eventualmente specificandone i tempi di attuazione).

#### **Modalità di collaborazione**

Entro il mese di Marzo di ogni anno, i referenti clinici della Npia compilano le schede di pre-passaggio relative agli utenti in traiettoria di transizione al servizio H adulto. Tali schede prevedono, oltre ad informazioni anagrafiche e classificazioni diagnostiche, prime indicazioni relative al tipo di transizione prevista: passaggio H adulto, passaggio H adulto con coinvolgimento del CSM, segnalazione come Traccia. Con la definizione Traccia si indicano le situazioni al momento non presentano la necessità dell'attivazione del servizio H adulto.

Le schede vengono consegnate agli operatori dell'equipe di transizione che le accorpano in un unico fascicolo e le trasmettono al servizio H adulto. Avvenuta la consegna delle schede, l'equipe di transizione convoca un incontro con RdS della Npia, del S.H.Adulto e dei poli del S.Sociale. Tale incontro di confronto è volto a favorire la programmazione di rete partendo dall'analisi delle

informazioni ottenute dalle schede di pre-passaggio. Il dialogo tra i Servizi contribuisce a ridurre il rischio di dimenticanze di sistema e a facilitare la circolarità delle informazioni utili alla futura progettazione specie per le situazioni più complesse.

Durante il sedicesimo o diciassettesimo anno di età, il referente clinico della NPIA aggiorna la documentazione clinica relativa all'utente in passaggio e ne riassume i contenuti salienti nella relazione clinica di passaggio che consegna alla Segreteria della Npia affinché venga protocollata. La Segreteria invia tale relazione clinica protocollata al referente del Comune presso Fcr che in base alla residenza del minore, richiede la presa in carico presso il polo sociale di competenza. Il referente Fcr indica via mail il nominativo dell'A.S. individuata come referente del caso, comunicandolo via mail agli operatori dell'equipe di transizione.

L'equipe di transizione ha il compito in questa fase di convocare gli incontri di presentazione tra le famiglie degli utenti e i servizi adulti. A tale incontro vengono convocati dagli operatori dell'equipe di transizione le seguenti figure: referente clinico NPIA, operatore H adulto membro dell'equipe di transizione, A.S. referente, insegnanti di sostegno e altre figure coinvolte o auspicabilmente coinvolgibili nel progetto di vita dell'utente. La convocazione della famiglia a tale incontro è compito del referente clinico Npia.

L'incontro di presentazione, non consta unicamente in uno scambio di informazioni, bensì costituisce il punto di partenza di un percorso di osservazione/progettazione e attuazione volto a far incontrare bisogni e aspettative dell'utente e del nucleo familiare con risposte sostenibili da parte della rete dei servizi.

Nel tempo che intercorre tra questa presentazione e il compimento dei 18 è compito dell'equipe di transizione mantenere attiva la comunicazione tra le agenzie educative coinvolte avvalendosi di incontri con la scuola, il servizio sociale, l'utente e i familiari (ad esempio per la somministrazione di eventuali strumenti clinici ritenuti utili in base alle caratteristiche dell'utente).

Tra i dispositivi attivabili in questa fase risulta di particolare rilievo il progetto di Osservazione Scolastica. Tale progetto si articola attraverso incontri individuali e di gruppo tra utente e operatori di formazione educativa, riabilitativa e occupazionale. Esso permette di approfondire la conoscenza delle competenze sociali relazionali e funzionali dell'utente e risulta utile per restituire all'utente stesso e ai suoi familiari indicazioni preliminari relative all'orientamento professionale.

In presenza di utenti la cui compromissione funzionale inficia la possibilità di sperimentare progetti a orientamento lavorativo o socio-occupazionale è opportuno in questa fase valutare quali risorse educative e assistenziali in seno alla rete dei Servizi, possano incarnare consone risposte ai bisogni dell'utente e della sua famiglia. Una volta individuati possibili percorsi di presa in carico strutturati, è necessario progettare e avviare i relativi percorsi di conoscenza e inserimento (ad esempio: alternanza scuola-centro diurno).

E' compito dell'A.S. fissare con anticipo la data dell'UVH di transizione da prevedersi a ridosso del compimento del diciottesimo anno d'età e la comunica alle persone convocate.

L'UVH ufficializza formalmente la presa in carico da parte del S. H adulto e la dimissione da parte dell'NPIA.

In linea con gli accordi di programma, gli operatori della Npia offrono consulenza relativa al percorso educativo scolastico fino al compimento del diciannovesimo anno d'età dell'utente.

### **Strumenti e modulistica.**

La dotazione documentale di base relativa al processo di transizione prevede i seguenti strumenti (tra parentesi l'operatore incaricato di produrre il documento e curarne la condivisione):

- scheda di pre-passaggio (referente clinico)
- relazione clinica di passaggio (referente clinico)
- intervista Vineland 2 (equipe di transizione)
- Verbale incontro di presentazione dei Servizi Adulti alla Famiglia (uno tra gli operatori presenti)
- Verbali incontri a scuola (uno tra gli operatori presenti)
- Verbale UVH di passaggio (operatore H adulti)

E' opportuno prevedere l'integrazione di questa dotazione di base con ulteriori strumenti specifici di osservazione, di progettazione e di condivisione di informazioni preferibilmente standardizzati o di comprovata utilità ad uso degli operatori dell'equipe di transizione o dei collaboratori coinvolti (es.: insegnanti, altri entri educativi...).

Tale materiale - che potrebbe arricchirsi anche di nuovi strumenti che venissero via via sperimentati - è fondamentale che concorra a sostenere una valutazione approfondita, dialogante con i diversi contesti fruiti dal ragazzo, al fine di osservare, leggere e cogliere tutti gli aspetti utili ad orientare la progettazione in una prospettiva evolutiva/abilitativa.

### **Realtà coinvolte**

Oltre all'imprescindibile funzione svolta dai servizi sociali territoriali e da altri professionisti dei servizi nell'assicurare la messa in rete delle diverse risorse territoriali attive e presenti nella quotidianità dei ragazzi e dei loro contesti di vita, è opportuno promuovere una cultura operativa diffusa, a garanzia della continuità progettuale. Questi ultimi anni si sono arricchiti della partecipazione attiva di vari interlocutori (Agenzie scolastiche, formative, contesti per l'inclusione socio-occupazionale, professionisti per l'integrazione lavorativa) che hanno promosso percorsi e progetti innovativi sul versante dell'osservazione, della valutazione delle competenze e della sperimentazione in contesti scolastici ed extrascolastici. Prioritaria è la cura nel diffondere e coltivare una modalità progettuale interattiva, che coinvolga tutti gli attori per:

- supportare un reale protagonismo della persona disabile,
- favorire la messa in rete delle opportunità e delle risorse formali e informali,
- evitare la frammentazione degli interventi socio/educativi e abilitativi oltre che riabilitativi,
- assumere le criticità come nuove opportunità di lavoro congiunto,
- curare la relazione con la famiglia in un reciproco e negoziale percorso di conoscenza e approfondimento progettuale.



### **Governo del sistema (accompagnamento monitoraggio e valutazione)**

Il presente accordo prevede la revisione annuale ad opera del Gruppo di lavoro multiprofessionale, composto dai responsabili dei servizi coinvolti (Comuni, FCR, Ausl) oltre che dal Comune di RE Servizio Programmazione Welfare e da FCR, con l'obiettivo di monitorarne l'effettiva applicazione, l'attualità e l'aderenza alle prassi in atto, punti di forza e criticità anche attraverso l'individuazione di esiti sensibili assistenziali, e di indicatori di processo a supporto di una valutazione condivisa. (Es.: numero transizioni concluse, numero drop-out, strumenti di rilevazione grado soddisfazione utente e famiglia).

Obiettivo di questo livello di governo del sistema è anche quello di implementare e normalizzare processi di lavoro congiunti con Officina Educativa rispetto al versante scolastico.

A distanza di 6 mesi dall'avvio della nuovo protocollo si effettuerà una prima verifica a cui seguiranno momenti dedicati e definiti. Durante il normale svolgimento operativo sono identificabili figure/dispositivi a cui con tempestività segnalare le disfunzioni e le possibili attivazioni.

in questo contesto assumono un ruolo particolare gli ambiti della informazione e della comunicazione, della formazione e delle consulenze reciproche non solo fra operatori dei servizi ma anche operatori della scuola (laddove possibile) del privato sociale e famigliari. L'esperienza di questi anni ci ha mostrato una vivacità e molteplicità di iniziative e sperimentazioni: attivazioni spontanee dei famigliari, servizi in cambiamento, nuovi profili professionali, tavoli di partecipazione progettuale. rientra nei compiti prioritari di questo gruppo come far sì che si creino forme di interazione/contaminazione/comunicazione, senza per questo blindare l'operatività dei servizi né lasciarla in balia di spontanee sollecitazioni

### **Allegati:**

- Vademecum schematico di prassi per H Adulto simile a quello per la NPIA

**PASSAGGIO NPia -SERVIZI ADULTI**

**15/16 anni**  
 Il Referente Clinico (Npi, Psi) dopo aver aggiornato la documentazione clinica, valuta se sia necessario il passaggio ai Servizi Adulti e informa la famiglia rispetto alle possibilità future descrivendo la rete di Servizi.

**Traccia:** il nominativo viene comunicato al S.H adulto e il Referente Clinico si riserva di valutare se procedere o meno con il passaggio durante l'anno successivo

A inizio Gennaio, viene richiesta la compilazione della scheda di **Prepassaggio** entro il mese di Febbraio per tutti gli utenti con certificazione che compiranno 16 anni nell'arco dell'anno corrente. L'Operatore Referente (Asti) raccoglie le schede e le invia al Servizio H.Adulti

**Diagnosi Psichiatrica = Passaggio al CSM:** il Referente clinico NPia informa via mail il responsabile del CSM di competenza che assegnerà un referente per il proprio Servizio. Il Referente Npia fornisce alla famiglia i recapiti del CSM.

**Doppia diagnosi = doppio passaggio.** Viene coinvolto il responsabile del CSM negli incontri di passaggio previsti

**16/17 anni**  
**Passaggio H Adulto:** secondo la distribuzione sottostante, l'Operatore referente richiede al Referente clinico la relazione di passaggio. La relazione viene inviata alla Segreteria Npia che la protocolla e la invia a FCR per assegnazione dell'Assistente Sociale dei S.Adulti.

SCUOLE	
1	Canossa, Secchi, Filippo Re, Bus, Iti, Ipsia
2	Medie, Motti, Zanelli, Montecchio, S. Ilario
3	Scaruffi, Tricolore, Chierici, Enaip, Galvani Iodi, Correggio, Moro

Per gli alunni certificati per i quali si prevede il passaggio si concordano con i coordinatori dei prof di sostegno due incontri scuola-servizi per anno scolastico. I verbali relativi all'utente vengono inseriti in Cartella Clinica.

Ricevuta la comunicazione da parte di Fcr dell'assegnazione dell'Assistente Sociale. L'Operatore Referente concorda con Npia, Assistente Sociale, operatori S.Adulti, **l'incontro di presentazione della rete alla famiglia.**  
**NB.:** il Referente Clinico (npi/psi) convoca la famiglia.

l'Operatore referente compila la Vineland insieme ai genitori o agli insegnanti (previa autorizzazione dei genitori). Comunica il risultato al Referente Clinico dell'utente.

**17/18 anni**

L'Assistente Sociale convoca l'**UVH di passaggio**. Per il Servizio di Npia, partecipa di norma il Referente Clinico. Qualora si ritenga necessaria la partecipazione dell'Operatore referente che ha curato le fasi precedenti, il Referente Clinico lo convoca e ne verifica la disponibilità.

**NB:** I Referenti Clinici e gli Operatori Npia restano a disposizione per consulenze ai colleghi dei S.Adulti, fino al compimento del 19esimo anno di età dell'utente. La Npia è referente per la firma del PEI fino alla fine della quinta superiore, **eccetto per i casi di particolare anzianità dell'utente, per i quali si valuterà di volta in volta.**



COMUNE DI  
REGGIO NELL'EMILIA

I.D. n. **108**

in data **12/06/2018**

## Estratto del Verbale di Seduta

DELLA GIUNTA COMUNALE DI REGGIO EMILIA

L'anno **duemiladiciotto** addì **12 - dodici** - del mese **giugno** alle ore **09:50** nella sede municipale, ritualmente convocata, si è riunita la Giunta Comunale, per la trattazione del seguente oggetto:

**TRASPORTO PUBBLICO LOCALE. ATTUAZIONE PER IL 2018 DELL' "ACCORDO REGIONALE TARIFFE AGEVOLATE DI ABBONAMENTO ANNUALE DI TRASPORTO PUBBLICO LOCALE A FAVORE DI CATEGORIE SOCIALI ANNI 2016-2018 (DGR 1982/2015): MODIFICA DELL'ACCORDO LOCALE TRA DISTRETTO DI REGGIO EMILIA/ORGANIZZAZIONI SINDACALI/SETA/AGENZIA PER LA MOBILITA' PER L'ESTENSIONE DELLE AGEVOLAZIONI (DGC N. 62 DEL 27/04/2017 E DGC N. 3 DEL 11/01/2018).**

Alla discussione dell'oggetto sopraindicato, sono presenti:

VECCHI Luca	Sindaco	SI
SASSI Matteo	Vice Sindaco	SI
CURIONI Raffaella	Assessore	SI
FORACCHIA Serena	Assessore	SI
MARAMOTTI Natalia	Assessore	NO
MARCHI Daniele	Assessore	SI
MONTANARI Valeria	Assessore	NO
PRATISSOLI Alex	Assessore	SI
TUTINO Mirko	Assessore	SI

Presiede: **VECCHI Luca**

Assiste il Segretario Generale: **CARBONARA Dr. Roberto Maria**

**LA GIUNTA COMUNALE**

Visti e richiamati:

- la L.R. 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”;
- la L.R. n. 30 del 2/10/1998 “Disciplina del trasporto pubblico regionale e locale” e successive modifiche e integrazioni, che orienta l’attività della Regione nel settore al metodo della programmazione e della partecipazione per il conseguimento di una serie di finalità, fra le quali assicurare ai cittadini la migliore accessibilità e la fruibilità del territorio regionale;
- l’art. 39 della sopra citata Legge Regionale riguardante condizioni e criteri per la definizione del sistema tariffario del Trasporto Pubblico Locale della Regione Emilia-Romagna;
- la deliberazione di Giunta Regionale n.1982 del 30/11/2015 “Accordo regionale tariffe agevolate di abbonamento annuale di trasporto a favore di categorie sociali. Anni 2016 – 2018. Determinazioni tariffe anno 2016” che introduce notevoli elementi di novità rispetto agli anni precedenti;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 2266 del 28/12/2015 “Modifica DGR 1982 del 30/11/2015. Proroga decorrenza tariffe anno 2016” e successiva deliberazione n. 40 del 18/1/2016;
- la deliberazione di Giunta Regionale n.187 del 15/2/2016 “Fondo Sociale Mobilità: attuazione DGR 1982/2015 e riparto risorse” relativa a riparto ed assegnazione delle risorse del fondo regionale mobilità destinate a finanziare contributi per agevolare la fruizione del trasporto pubblico locale da parte di persone in condizioni di fragilità sociale;
- la deliberazione di Giunta Comunale n. 48 del 8/3/2016 “Trasporto pubblico locale: recepimento 'Accordo regionale per la definizione di tariffe agevolate di abbonamento annuale di trasporto pubblico locale a favore di categorie sociali anni 2016-2018. Determinazione tariffe anno 2016' e approvazione di uno schema di accordo locale tra Distretto di Reggio Emilia/Organizzazioni sindacali/SETA/Agenzia per la mobilità” (sottoscritto tra le parti e acquisito al PG 21370 in data 29/3/2016);
- la deliberazione di Giunta Comunale n. 275 del 29/12/2016 “Proroga per il 2017 dell'Accordo locale 2016 approvato tra Distretto di Reggio Emilia/Organizzazioni sindacali/SETA/Agenzia per la Mobilità per la definizione di tariffe agevolate di abbonamento annuale di trasporto pubblico locale a favore di categorie sociali anni 2016-2018”;
- la deliberazione di Giunta Comunale n. 62 del 27/04/2017 “Trasporto Pubblico Locale: attuazione per il 2017 dell’ “Accordo regionale tariffe agevolate di abbonamento annuale di trasporto pubblico locale a favore di categorie sociali anni 2016-2018 (DGR 1982/2015): conferma per l’anno 2017 delle tariffe 2016 e approvazione di un nuovo

schema di accordo locale tra Distretto di Reggio Emilia/Organizzazioni sindacali/SETA/Agenzia per la Mobilità per l'estensione delle categorie oggetto di agevolazione" che, nel recepire le indicazioni regionali per il 2017 (maggiore attenzione e maggiore impegno per identificare nuovi target, garantire la semplificazione e la "normalizzazione" della fruizione della agevolazione concessa, garantire il più possibile uniformità all'interno dei medesimi bacini aziendali...), estende in via sperimentale le categorie dei beneficiari alle famiglie con 3 figli in condizioni di svantaggio e ai percettori di misure di contrasto alla povertà (sostegno attivo all'inclusione-SIA, reddito di solidarietà-RES, altre misure di contrasto alla povertà previste per legge);

- la comunicazione della Regione Emilia-Romagna in data 7/12/2017, acquisita con PEC n. PG 2017/129571 del 7/12/2017, in merito all'adeguamento delle tariffe agevolate "mi muovo insieme" 2018 (in linea con il tasso di inflazione programmata con arrotondamento all'euro con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno di riferimento così come previsto dalla DGR 1982/2015) con decorrenza 1 gennaio 2018;
- la delibera GC n. 3 del 11/01/2018 con la quale, sulla base delle tariffe regionali definite per il 2018 e dei dati disponibili di monitoraggio della spesa per l'integrazione tariffaria in argomento relativi al 2017, è stata approvata la proroga a tutto il 2018 dei contenuti dell'accordo locale approvato nel 2017 (DGC 62/2017) e le nuove agevolazioni per il 2018;

Richiamato il quadro tariffario conseguente all'accordo e attualmente vigente per le tipologie di abbonamento agevolato, **in vigore dal 15 gennaio 2018**:

	<b>fascia ISEE</b>	<b>Abbonamento urbano</b>	<b>Abbonamento extraurbano plurizonale</b>	<b>Abbonamento cumulativo plurizonale</b>
<b>famiglie numerose 4 o più figli</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	€ 148,00
	8.000-18.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>anziani (uomini e donne &gt; 65 anni)</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	€ 148,00
	8.000-15.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
	>15.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>disabili</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	€ 148,00
	>8.000 ISEE non necessario	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
<b>rifugiati/vittime di tratta</b>		€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
<b>famiglie numerose 3</b>	0-18.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 148,00

<b>figli</b>				
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>Percettori di misure di contrasto alla povertà (SIA, RES, L. 14/15 ecc)</b>	0 - limiti previsti dalle rispettive normative	€ 148,00	€ 148,00	€ 148,00
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione

Considerato che:

- così come previsto in occasione della proroga approvata con la sopracitata deliberazione GC n. 3 del 11/01/2018, è stato effettuato un primo monitoraggio dell'accordo locale per il 2018 con le parti sindacali e, sulla base di quanto emerso anche in analogia ad altri ambiti, è stato proposto di ampliare le seguenti agevolazioni in essere:
  - **per le famiglie con 3 figli ed ISEE fino a € 8.000,00, inserendo una ulteriore tariffa agevolata di € 81,00 per gli abbonamenti urbano, extraurbano e cumulativo e, per quanto riguarda la fascia ISEE 8.001,00 – 18.000,00, per coerenza con famiglie con 4 e più figli, aumentando da 148,00 a 218,00 il cumulativo;**
  - **riducendo da 148,00 a 81,00 la tariffa dell'abbonamento cumulativo della fascia ISEE 0-8.000,00 degli abbonamenti delle altre categorie (anziani, disabili, famiglie con 4 o più figli) in analogia alle famiglie con 3 figli della medesima fascia 0-8.000,00,**
- per quanto riguarda il Fondo Regionale per la Mobilità 2018, il riparto comunicato dalla Regione Emilia-Romagna prevede un'assegnazione al Comune di Reggio Emilia, in qualità di Comune capofila del distretto, di € 52.642,00; le risorse a disposizione per il 2018 sono pertanto di circa € 77.000,00 comprese le quote residue 2017, a fronte di una spesa 2017 di circa € 53.000,00 e una a stima massima prudenziale per l'aumento delle agevolazioni in argomento di circa € 15.000,00;
- conseguentemente, sulla base delle risorse disponibili per il 2018, si ipotizza la compatibilità della spesa rispetto all'ampliamento delle agevolazioni proposte, seppure su dati di stima presunti delle possibili famiglie interessate;
- si valuterà, sulla base dei successivi monitoraggi della spesa in base ai dati forniti da SETA, l'eventualità di integrare le risorse con una quota di cofinanziamento locale nel rispetto delle esigenze di compatibilità complessiva del bilancio comunale e, per la prosecuzione nel 2019 di tali agevolazioni, si dovranno prevedere eventuali integrazioni per rendere adeguati gli stanziamenti di bilancio;

Si ritiene conseguentemente di approvare l'estensione degli ulteriori livelli di agevolazione così come proposto dalle organizzazioni sindacali e condiviso con i sottoscrittori

dell'Accordo, per gli abbonamenti "Mi Muovo Insieme" a decorrere dal **1 luglio 2018**, come segue:

	<b>fascia ISEE</b>	<b>Abbonamento urbano</b>	<b>Abbonamento extraurbano plurizonale</b>	<b>Abbonamento cumulativo plurizonale</b>
<b>famiglie numerose 4 o più figli</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	<b>€ 81,00</b>
	8.001-18.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>anziani</b> (uomini e donne > 65 anni)	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	<b>€ 81,00</b>
	8.001-15.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
	>15.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>disabili</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	<b>€ 81,00</b>
	>8.000 ISEE non necessario	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
rifugiati/vittime di tratta		€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
<b>famiglie numerose 3 figli</b>	<b>0-8.000</b>	<b>€ 81,00</b>	<b>€ 81,00</b>	<b>€ 81,00</b>
	8.001-18.000	€ 148,00	€ 148,00	<b>€ 218,00</b>
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
Percettori di misure di contrasto alla povertà (SIA, RES L.R. 14/15 REI Dlgs 147/2017 ecc)	0 - limiti previsti dalle rispettive normative	€ 148,00	€ 148,00	€ 148,00
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione

Di dare atto che:

- per le categorie a cui sono stati estesi, a livello locale, i benefici, tra cui le famiglie con 3 figli in condizioni di svantaggio, non rientrando tra i soggetti beneficiari di cui alla delibera regionale n. 1982/2015, le tariffe di riferimento applicate dall'azienda di

trasporto per il calcolo dell'integrazione tariffaria posta a carico degli enti sono le tariffe ordinarie zonali o eventuali tariffe promozionali applicate dall'azienda di trasporto;

- con successivi provvedimenti della Dirigente del Servizio Servizi Sociali-Intercultura si provvederà a dare attuazione a quanto previsto e, in particolare, ad assumere l'impegno di spesa e le necessarie operazioni contabili a copertura degli oneri per agevolazioni tariffarie;
- la categoria di agevolazione sarà oggetto di autocertificazione da parte dell'utente mentre la certificazione ISEE in corso di validità dovrà essere materialmente prodotta ed allegata alla richiesta di abbonamento agevolato;

Ritenuto conseguentemente di prenotare ora l'impegno di spesa per la quota del Fondo sociale mobilità 2018 di € 52.642,00, dando atto che è già impegnata la quota residua 2017 e che si provvederà successivamente con atti della Dirigente agli impegni di spesa necessari;

Visto il parere di regolarità tecnica espresso sulla presente proposta di provvedimento ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs. 267/2000, dalla Dirigente del Servizio "Servizi Sociali-Intercultura";

Visto il parere di regolarità contabile, espresso dalla Dirigente responsabile del Servizio Finanziario, ai sensi dell'art. 49 del D.lgs 267/2000;

Con voti unanimi palesemente espressi

### **DELIBERA**

1. di approvare, per le motivazioni esplicitate in narrativa, a modifica dell'accordo locale per le agevolazioni di Trasporto Pubblico Locale a favore di categorie sociali tra Comune di Reggio Emilia per il Distretto di Reggio Emilia, le Organizzazioni sindacali, l'Azienda SETA e l'Agenzia per la Mobilità (approvato con DGC n. 62 del 27/04/2017 e prorogato con GC n. 3 del 11/01/2018) l'estensione degli ulteriori livelli di agevolazione per gli abbonamenti "Mi Muovo Insieme" a decorrere dal **1 luglio 2018**, come segue:

- **per le famiglie con 3 figli ed ISEE fino a € 8.000,00, inserendo una ulteriore tariffa agevolata di € 81,00 per gli abbonamenti urbano, extraurbano e cumulativo e, per quanto riguarda la fascia ISEE 8.001,00 – 18.000,00, per coerenza con famiglie con 4 e più figli, aumentando da 148,00 a 218,00 il cumulativo;**
- **riducendo da 148,00 a 81,00 la tariffa dell'abbonamento cumulativo della fascia ISEE 0-8.000,00 degli abbonamenti delle altre categorie (anziani, disabili, famiglie con 4 o più figli) in analogia alle famiglie con 3 figli della medesima fascia 0-8.000,00;**

2. di dare atto che, per le categorie a cui sono stati estesi, a livello locale, i benefici, tra cui le famiglie con 3 figli in condizioni di svantaggio, non rientrando tra i soggetti beneficiari di cui alla delibera regionale n. 1982/2015, le tariffe di riferimento applicate dall'azienda di trasporto per il calcolo dell'integrazione tariffaria posta a carico degli enti sono le tariffe ordinarie zonali o eventuali tariffe promozionali applicate dall'azienda di trasporto;



3. di accertare la quota di Fondo Regionale per la Mobilità 2018 di **Euro 52.642,00**, assegnata al Comune di Reggio Emilia in qualità di Comune capofila del distretto, riferendola al Titolo 2, Piano finanziario 2.01.01.02.001 del Bilancio 2018, capitolo 3881 del PEG 2018, prodotto 2018\_PD\_8724, centro di costo 0221;
4. di prenotare la spesa prevista derivante dalla presente deliberazione in **Euro 52.642,00**, imputandola al Titolo 1, Missione 10, Programma 02, Piano finanziario 1.02.03.15.003 del Bilancio 2018, capitolo 32235/4 del PEG 2018, prodotto 2018\_PD\_8724, centro di costo 0221;
5. di confermare che la categoria di agevolazione sarà oggetto di autocertificazione da parte dell'utente mentre la certificazione ISEE in corso di validità dovrà essere materialmente prodotta ed allegata alla richiesta di abbonamento agevolato;
6. di stabilire che le suddette ulteriori agevolazioni, evase in ordine cronologico di richiesta, troveranno copertura sino alla concorrenza delle risorse stanziare a tale scopo;
7. di dare atto che le risorse regionali del Fondo sociale per la mobilità assegnate a livello distrettuale per le agevolazioni in argomento verranno gestite dal Comune di Reggio Emilia per tutto il Distretto rimanendo in capo ad ogni singolo Comune la spesa per eventuali ulteriori agevolazioni;
8. di dare atto che il quadro tariffario per il rilascio di abbonamenti annuali "Mi Muovo Insieme" per tutte le tipologie di abbonamento agevolato risulta, per effetto di tale modifica **a decorrere dal 1 luglio 2018**, così complessivamente determinato:

	fascia ISEE	Abbonamento urbano	Abbonamento extraurbano plurizonale	Abbonamento cumulativo plurizonale
<b>famiglie numerose 4 o più figli</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	<b>€ 81,00</b>
	8.001-18.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>anziani</b> (uomini e donne > 65 anni)	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	<b>€ 81,00</b>
	8.001-15.000	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
	>15.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
<b>disabili</b>	0-8.000	€ 81,00	€ 81,00	<b>€ 81,00</b>
	>8.000 ISEE non necessario	€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00
rifugiati/vittime di tratta		€ 148,00	€ 148,00	€ 218,00

<b>famiglie numerose 3 figli</b>	<b>0-8.000</b>	<b>€ 81,00</b>	<b>€ 81,00</b>	<b>€ 81,00</b>
	8.001-18.000	€ 148,00	€ 148,00	<b>€ 218,00</b>
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione
Percettori di misure di contrasto alla povertà (SIA, RES L.R. 14/15 REI Digs 147/2017 ecc)	0 - limiti previsti dalle rispettive normative	€ 148,00	€ 148,00	€ 148,00
	>18.000	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione	non aventi diritto ad agevolazione

9. di trasmettere copia del presente provvedimento ai competenti uffici regionali, all'Azienda di Trasporto e ad Agenzia Locale per la Mobilità, ai Comuni del Distretto entro il termine di 30 giorni dal suo perfezionamento.

Inoltre

### **LA GIUNTA COMUNALE**

Ritenuto che ricorrano particolari motivi di urgenza, per la necessità di modificare le tariffe agevolate da applicare dal 1 luglio 2018;

Visto l'art. 134, comma 4<sup>a</sup> del D.lgs. 267/00;

Con voti unanimi palesemente espressi

### **DELIBERA**

Di dichiarare immediatamente eseguibile il presente provvedimento

Letto, approvato e sottoscritto.

**IL PRESIDENTE**

**VECCHI Luca**

**VECCHI LUCA**  
2018.06.18 11:35:14

CN=VECCHI LUCA  
C=IT  
O=COMUNE DI REGGIO NELL'EMILIA  
2.5.4.5=IT:VCCLCU72P21H223

RSA/1024 bits



**IL SEGRETARIO GENERALE**

**CARBONARA Dr. Roberto Maria**

**CARBONARA ROBERTO MARIA**  
2018.06.14 13:02:15

CN=CARBONARA ROBERTO MARIA  
C=IT  
O=COMUNE DI REGGIO NELL'EMILIA  
2.5.4.5=IT:CRBRRT70P10A662K

RSA/1024 bits



## Allegato 2

### PIANO INTEGRATO TERRITORIALE

(L.R.14/2015)

**Ambito distrettuale di:** \_\_REGGIO EMILIA\_\_

**Periodo di riferimento:** 2018-2020

#### Obiettivi

In attuazione della DGR 73/2018 e in base alle caratteristiche del territorio, alle esperienze in atto e ad altri programmi-progetti previsti o in corso di attuazione, indicare gli obiettivi che si intendono perseguire nel triennio di riferimento.

La significativa trasformazione sociale, economica e culturale in atto nei nostri territori sta radicalmente modificando gli assetti strategico-operativi dei nostri Servizi: le sperimentazioni sin qui realizzate come pure le diverse misure allestite con risorse nazionali e regionali (quali ad esempio: SIA, Res, REI, legge 14/15...) trovano naturale sbocco progettuale nella messa a sistema di dispositivi in grado di coniugare al meglio l'accompagnamento svolto dal sistema assistenziale sociosanitario con gli strumenti di politica attiva del lavoro. In tal senso si assumono come prioritari i seguenti obiettivi:

- garantire un ventaglio di opportunità e di misure di politica attiva del lavoro finalizzate ad accompagnare, in un'ottica integrata, le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- sviluppare percorsi progettuali che aumentino il grado di occupabilità di queste persone per un loro possibile inserimento nel mercato del lavoro, lavorando sugli aspetti di capacitazione e promozione delle competenze;
- valorizzare le pratiche di lavoro integrate fra i vari professionisti (operatori sociali, delle Pal, del sistema della formazione..) per una più efficace messa a sistema delle diverse misure.

#### Priorità di intervento

Indicare le linee di sviluppo ritenute prioritarie. Possono riguardare: le modalità di raccordo con il Programma Socio-sanitario di zona, la valorizzazione delle reti presenti nel territorio (volontariato, associazionismo, ...), le modalità di organizzazione dei servizi, ecc..

Privilegiare un approccio fortemente centrato sull'utente: osservazione, conoscenza e intervento sinergici da parte dei servizi territoriali in cui la dimensione di marginalità sia oggetto di contrasto mediante una profonda relazione con il singolo e il suo ambiente di vita. Questo è l'asse strategico alla base della formulazione del piano e della dotazione strumentale che si intende proporre all'interno dello stesso. Si assume come prioritario quindi:

- promozione di interventi che consentano flessibilità di progettazione e gestione delle misure in relazione a bisogni nuovi che l'utenza vulnerabile porta;
- utilizzo di dispositivi in grado di fornire agli utenti opportunità dirette di contatto e inserimento sul mercato del lavoro locale;
- sviluppo di pratiche di interazione progettualmente orientate con le reti informali, la comunità locale e il privato sociale, sperimentando modalità di lavoro innovative;
- connessione nell'affiancamento nelle pratiche di ricerca attiva (rimane uno degli aspetti di maggior criticità).

<b>Risorse disponibili</b>			
Indicare, nella tabella sottostante, quali risorse si intende destinare a supporto dell'attuazione della L.R.14/2015 nel triennio di riferimento. Indicare l'importo previsto per ogni anno. Nel caso di indisponibilità dell'informazione al momento della redazione del Programma, indicare quali fonti di finanziamento rientrano tra quelle previste.			
Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
<b>FSE - FONDO SOCIALE EUROPEO</b>	1.035.916,00	x	x
<b>FRD - FONDO REGIONALE DISABILI</b>	x	x	x
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	103.591,6	x	x

<b>Risorse disponibili</b>			
Indicare, nella tabella sottostante, quali risorse si intende destinare a supporto dell'attuazione della L.R.14/2015 nel triennio di riferimento. Indicare l'importo previsto per ogni anno. Nel caso di indisponibilità dell'informazione al momento della redazione del Programma, indicare quali fonti di finanziamento rientrano tra quelle previste.			
Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
<b>FONDO SOCIALE LOCALE</b>			
<b>FONDO SANITARIO REGIONALE</b>	30.000	X	X
<b>TOTALE RISORSE DESTINATE</b>			

<b>Interventi previsti</b>	
Indicare, all'interno dell'elenco sottostante, rispetto al triennio oggetto di programmazione, le tipologie di intervento che si intendono attivare, il livello di rilevanza che queste presentano e le relative motivazioni.	
Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018- 2020
<b>FORMAZIONE</b> Rientrano in questo ambito tutti gli interventi con caratteristiche prettamente formative, nei quali è assegnata rilevanza significativa alla dimensione del gruppo in apprendimento (tutti i percorsi hanno lo stage)	Pur accordando rilievo prevalente allo strumento "tirocinio", non si esclude l'attivazione di tutto il ventaglio di misure di politica attiva disponibili. Per quanto concerne la Formazione riferita al Sistema Regionale delle Qualifiche, si individuano come aree professionali privilegiate quelle legate ai servizi di pulizia, magazzinaggio, igiene ambientale (spazzamento, cura del verde, ecc.), ristorazione, assemblaggio meccanico.
<b>TIROCINI</b> Riguarda tutte le tipologie di tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione.	Le esperienze pregresse, in particolare derivanti dalle attività dei Nuclei territoriali, confermano il tirocinio come misura prioritaria e congruente con la tipologia di persone da coinvolgere. Da qui l'attribuzione di oltre il 50% del budget previsto alle varie misure inerenti lo strumento tirocinio: promozione, indennità, formazione per la sicurezza.
<b>SUPPORTO AL LAVORO</b> Rientrano in questo ambito tutti gli	Si mantiene un elevato numero di ore da destinare all'orientamento specialistico, supporto flessibile e

<p>interventi finalizzati a favorire l'ingresso al lavoro delle persone e la permanenza in attività delle persone. Si articola in interventi di diversa natura quali l'orientamento, l'accompagnamento all'inserimento lavorativo e il sostegno alle persone nei contesti di allocazione, la formalizzazione e certificazione delle competenze. In questo ambito potranno essere inserite, nel corso del triennio, nuovi interventi previsti dalla legge regionale 14/15 quali ad esempio la concessione di microcredito, il supporto allo start up di impresa, ecc.</p>	<p>trasversale a tutte le misure previste dal PIT. Riferiamo a quest'ambito anche gli interventi di Formazione permanente ed in particolare: formazione alla sicurezza; formazione alla ricerca attiva da realizzarsi per piccoli gruppi e con modalità di orientamento prettamente laboratoriali. In considerazione del target di riferimento, nei tirocini formativi è possibile prevedere un potenziamento del tutoraggio ovvero "attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi". Restano invece limitate le risorse dedicate all'accompagnamento al lavoro, visto da un lato il target (con particolare riferimento a utenza Sert e CSM), dall'altro il suo essere strumento "a risultato".</p>
--	---

<p><b>Interventi previsti</b> Indicare, all'interno dell'elenco sottostante, rispetto al triennio oggetto di programmazione, le tipologie di intervento che si intendono attivare, il livello di rilevanza che queste presentano e le relative motivazioni.</p>	
<p><b>Tipologia di intervento e relative caratteristiche</b></p>	<p><b>2018- 2020</b></p>
<p><b>SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE</b></p> <p>Comprende i servizi e le attività professionali erogate dal servizio sociale ai fini dell'inserimento sociale della persona e del nucleo e le attività di sostegno, promozione e accompagnamento svolte dal Terzo Settore in accordo con i servizi sociali. Sono ricompresi, a titolo esemplificativo: interventi di sostegno alla genitorialità, sostegno socio educativo, corsi di lingua italiana e mediazione culturale, servizi di assistenza domiciliare, prossimità e auto-aiuto, interventi conciliativi, accoglienza abitativa temporanea.</p>	<p>Nell'ambito del contrasto alla povertà/marginalità/fragilità, in una prospettiva di supporto all'attivazione, la dimensione della occupabilità e della riduzione dello svantaggio individuale giocano un ruolo assai rilevante pur in un contesto segnato dalla multidimensionalità dei bisogni e delle relative risposte. In questo senso sia le attività di analisi multidimensionale delle cause della povertà sia quelle finalizzate alla determinazione della logica d'intervento possono essere dunque descritte come un complesso processo iterativo di momenti interconnessi e articolati su vari livelli, alcuni dei quali prettamente ascrivibili alle competenze dei servizi socio-assistenziali, altri riconducibili al settore specifico dell'orientamento e delle politiche attive del lavoro. Alcuni elementi qualitativi trasversali (quali ad esempio: la forte prevalenza di nuclei monogenitoriali, la significativa presenza di persone straniere, ostacoli nell'apprendimento linguistico nonostante il lungo permanere nei nostri territori...) necessitano così di pratiche di lavoro che, sull'asse socioeducativo, promuovano e sostengano la genitorialità, la conciliazione tempi di lavoro/tempi di vita, la condizione abitativa e detendano – ove possibile – tensioni sociali/familiari compromesse e a forte rischio conflittualità.</p>
<p><b>TRASFERIMENTI IN DENARO</b></p> <p>Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni</p>	<p>Sono qui ricompresi in attivazioni sinergiche le molteplici tipologie di contributi così come mappati nel Piano di zona sociale e sanitario.</p>

<p><b>Ulteriori note a supporto della programmazione</b> Indicare aspetti di natura operativa, organizzativa e procedurale che a livello di singolo distretto possono facilitare l'attuazione del presente Piano Integrato Territoriale.</p>
--

<b>Referenti per l'attuazione del Piano integrato territoriale</b>			
Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	ArLavoro -Re	Dirigente	Barbara Celati
Sociale	COMUNE DI REGGIO EMILIA	DIRIGENTE SERVIZIO SISTEMA DI WELFARE	Dr.ssa Lorenza Benedetti
Sanitario	AUSL	Dir. AREA RE Dsm-Dp	Dott. Enrico Semrov

## Allegato 2

### PIANO INTEGRATO TERRITORIALE

(L.R.14/2015)

**Ambito distrettuale di:** \_\_REGGIO EMILIA\_\_

**Periodo di riferimento:** 2018-2020

#### Obiettivi

In attuazione della DGR 73/2018 e in base alle caratteristiche del territorio, alle esperienze in atto e ad altri programmi-progetti previsti o in corso di attuazione, indicare gli obiettivi che si intendono perseguire nel triennio di riferimento.

La significativa trasformazione sociale, economica e culturale in atto nei nostri territori sta radicalmente modificando gli assetti strategico-operativi dei nostri Servizi: le sperimentazioni sin qui realizzate come pure le diverse misure allestite con risorse nazionali e regionali (quali ad esempio: SIA, Res, REI, legge 14/15...) trovano naturale sbocco progettuale nella messa a sistema di dispositivi in grado di coniugare al meglio l'accompagnamento svolto dal sistema assistenziale sociosanitario con gli strumenti di politica attiva del lavoro. In tal senso si assumono come prioritari i seguenti obiettivi:

- garantire un ventaglio di opportunità e di misure di politica attiva del lavoro finalizzate ad accompagnare, in un'ottica integrata, le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- sviluppare percorsi progettuali che aumentino il grado di occupabilità di queste persone per un loro possibile inserimento nel mercato del lavoro, lavorando sugli aspetti di capacitazione e promozione delle competenze;
- valorizzare le pratiche di lavoro integrate fra i vari professionisti (operatori sociali, delle Pal, del sistema della formazione..) per una più efficace messa a sistema delle diverse misure.

#### Priorità di intervento

Indicare le linee di sviluppo ritenute prioritarie. Possono riguardare: le modalità di raccordo con il Programma Socio-sanitario di zona, la valorizzazione delle reti presenti nel territorio (volontariato, associazionismo, ...), le modalità di organizzazione dei servizi, ecc..

Privilegiare un approccio fortemente centrato sull'utente: osservazione, conoscenza e intervento sinergici da parte dei servizi territoriali in cui la dimensione di marginalità sia oggetto di contrasto mediante una profonda relazione con il singolo e il suo ambiente di vita. Questo è l'asse strategico alla base della formulazione del piano e della dotazione strumentale che si intende proporre all'interno dello stesso. Si assume come prioritario quindi:

- promozione di interventi che consentano flessibilità di progettazione e gestione delle misure in relazione a bisogni nuovi che l'utenza vulnerabile porta;
- utilizzo di dispositivi in grado di fornire agli utenti opportunità dirette di contatto e inserimento sul mercato del lavoro locale;
- sviluppo di pratiche di interazione progettualmente orientate con le reti informali, la comunità locale e il privato sociale, sperimentando modalità di lavoro innovative;
- connessione nell'affiancamento nelle pratiche di ricerca attiva (rimane uno degli aspetti di maggior criticità).



<b>Risorse disponibili</b>			
Indicare, nella tabella sottostante, quali risorse si intende destinare a supporto dell'attuazione della L.R.14/2015 nel triennio di riferimento. Indicare l'importo previsto per ogni anno. Nel caso di indisponibilità dell'informazione al momento della redazione del Programma, indicare quali fonti di finanziamento rientrano tra quelle previste.			
Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
<b>FSE - FONDO SOCIALE EUROPEO</b>	1.035.916,00	x	x
<b>FRD - FONDO REGIONALE DISABILI</b>	x	x	x
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	103.591,6	x	x

<b>Risorse disponibili</b>			
Indicare, nella tabella sottostante, quali risorse si intende destinare a supporto dell'attuazione della L.R.14/2015 nel triennio di riferimento. Indicare l'importo previsto per ogni anno. Nel caso di indisponibilità dell'informazione al momento della redazione del Programma, indicare quali fonti di finanziamento rientrano tra quelle previste.			
Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018	2019	2020
<b>FONDO SOCIALE LOCALE</b>			
<b>FONDO SANITARIO REGIONALE</b>	30.000	X	X
<b>TOTALE RISORSE DESTINATE</b>			

<b>Interventi previsti</b>	
Indicare, all'interno dell'elenco sottostante, rispetto al triennio oggetto di programmazione, le tipologie di intervento che si intendono attivare, il livello di rilevanza che queste presentano e le relative motivazioni.	
Tipologia di intervento e relative caratteristiche	2018- 2020
<b>FORMAZIONE</b> Rientrano in questo ambito tutti gli interventi con caratteristiche prettamente formative, nei quali è assegnata rilevanza significativa alla dimensione del gruppo in apprendimento (tutti i percorsi hanno lo stage)	Pur accordando rilievo prevalente allo strumento "tirocinio", non si esclude l'attivazione di tutto il ventaglio di misure di politica attiva disponibili. Per quanto concerne la Formazione riferita al Sistema Regionale delle Qualifiche, si individuano come aree professionali privilegiate quelle legate ai servizi di pulizia, magazzinaggio, igiene ambientale (spazzamento, cura del verde, ecc.), ristorazione, assemblaggio meccanico.
<b>TIROCINI</b> Riguarda tutte le tipologie di tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione.	Le esperienze pregresse, in particolare derivanti dalle attività dei Nuclei territoriali, confermano il tirocinio come misura prioritaria e congruente con la tipologia di persone da coinvolgere. Da qui l'attribuzione di oltre il 50% del budget previsto alle varie misure inerenti lo strumento tirocinio: promozione, indennità, formazione per la sicurezza.
<b>SUPPORTO AL LAVORO</b> Rientrano in questo ambito tutti gli	Si mantiene un elevato numero di ore da destinare all'orientamento specialistico, supporto flessibile e

<p>interventi finalizzati a favorire l'ingresso al lavoro delle persone e la permanenza in attività delle persone. Si articola in interventi di diversa natura quali l'orientamento, l'accompagnamento all'inserimento lavorativo e il sostegno alle persone nei contesti di allocazione, la formalizzazione e certificazione delle competenze. In questo ambito potranno essere inserite, nel corso del triennio, nuovi interventi previsti dalla legge regionale 14/15 quali ad esempio la concessione di microcredito, il supporto allo start up di impresa, ecc.</p>	<p>trasversale a tutte le misure previste dal PIT. Riferiamo a quest'ambito anche gli interventi di Formazione permanente ed in particolare: formazione alla sicurezza; formazione alla ricerca attiva da realizzarsi per piccoli gruppi e con modalità di orientamento prettamente laboratoriali. In considerazione del target di riferimento, nei tirocini formativi è possibile prevedere un potenziamento del tutoraggio ovvero "attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi". Restano invece limitate le risorse dedicate all'accompagnamento al lavoro, visto da un lato il target (con particolare riferimento a utenza Sert e CSM), dall'altro il suo essere strumento "a risultato".</p>
--	---

<p><b>Interventi previsti</b> Indicare, all'interno dell'elenco sottostante, rispetto al triennio oggetto di programmazione, le tipologie di intervento che si intendono attivare, il livello di rilevanza che queste presentano e le relative motivazioni.</p>	
<p><b>Tipologia di intervento e relative caratteristiche</b></p>	<p><b>2018- 2020</b></p>
<p><b>SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE</b></p> <p>Comprende i servizi e le attività professionali erogate dal servizio sociale ai fini dell'inserimento sociale della persona e del nucleo e le attività di sostegno, promozione e accompagnamento svolte dal Terzo Settore in accordo con i servizi sociali. Sono ricompresi, a titolo esemplificativo: interventi di sostegno alla genitorialità, sostegno socio educativo, corsi di lingua italiana e mediazione culturale, servizi di assistenza domiciliare, prossimità e auto-aiuto, interventi conciliativi, accoglienza abitativa temporanea.</p>	<p>Nell'ambito del contrasto alla povertà/marginalità/fragilità, in una prospettiva di supporto all'attivazione, la dimensione della occupabilità e della riduzione dello svantaggio individuale giocano un ruolo assai rilevante pur in un contesto segnato dalla multidimensionalità dei bisogni e delle relative risposte. In questo senso sia le attività di analisi multidimensionale delle cause della povertà sia quelle finalizzate alla determinazione della logica d'intervento possono essere dunque descritte come un complesso processo iterativo di momenti interconnessi e articolati su vari livelli, alcuni dei quali prettamente ascrivibili alle competenze dei servizi socio-assistenziali, altri riconducibili al settore specifico dell'orientamento e delle politiche attive del lavoro. Alcuni elementi qualitativi trasversali (quali ad esempio: la forte prevalenza di nuclei monogenitoriali, la significativa presenza di persone straniere, ostacoli nell'apprendimento linguistico nonostante il lungo permanere nei nostri territori...) necessitano così di pratiche di lavoro che, sull'asse socioeducativo, promuovano e sostengano la genitorialità, la conciliazione tempi di lavoro/tempi di vita, la condizione abitativa e detendano – ove possibile – tensioni sociali/familiari compromesse e a forte rischio conflittualità.</p>
<p><b>TRASFERIMENTI IN DENARO</b></p> <p>Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni</p>	<p>Sono qui ricompresi in attivazioni sinergiche le molteplici tipologie di contributi così come mappati nel Piano di zona sociale e sanitario.</p>

<p><b>Ulteriori note a supporto della programmazione</b> Indicare aspetti di natura operativa, organizzativa e procedurale che a livello di singolo distretto possono facilitare l'attuazione del presente Piano Integrato Territoriale.</p>
--

<b>Referenti per l'attuazione del Piano integrato territoriale</b>			
Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	ArLavoro -Re	Dirigente	Barbara Celati
Sociale	COMUNE DI REGGIO EMILIA	DIRIGENTE SERVIZIO SISTEMA DI WELFARE	Dr.ssa Lorenza Benedetti
Sanitario	AUSL	Dir. AREA RE Dsm-Dp	Dott. Enrico Semrov



Il CLEPA di Reggio Emilia si è riunito il 16 ottobre 2018.

Presenti:

per UDEPE: Schiaffelli Maria Paola, Sandrolini Antonia;

per gli Istituti penali: Albano Anna, Pasceri Maria;

per il Comune di Reggio Emilia: Sassi Matteo, Corradini Germana, Gianferrari Lucia.

In tale sede viene approvata la programmazione 2018.

In area penale interna la programmazione procede in un'ottica di continuità con gli anni precedenti. Verrà modificata, da parte del Comune di Reggio Emilia, la procedura di affidamento dei diversi servizi e questo probabilmente potrebbe determinare alcuni brevi momenti di sospensione degli stessi.

In particolare vengono riconfermate le seguenti attività: sportello informativo, mediazione linguistico culturale a chiamata, attività motoria, laboratori artistici (musica e teatro).

Per quanto concerne l'esecuzione penale esterna viene concordato di mantenere parte delle risorse destinate al sostegno al reddito per le persone in carico all'Udepe.

Viene inoltre approvata l'ipotesi progettuale di promuovere l'inserimento di persone in esecuzione penale esterna in percorsi di volontariato e lavori di pubblica utilità all'interno di diverse associazioni del territorio.

Viene inoltre ribadita l'importanza dei tavoli tecnici (tavolo formazione ed equipe dimittendi) che si trovano periodicamente e che vedono il coinvolgimento degli operatori delle differenti Istituzioni lavorare in stretta sinergia con soggetti del privato sociale, volontariato, enti di formazione, in un'ottica di reinserimento socio sociale delle persone in esecuzione penale.