

Allegato B

***PIANO DI ZONA DELLA SALUTE E DEL
BENESSERE SOCIALE DEL DISTRETTO
DEL FRIGNANO***

2018 – 2020



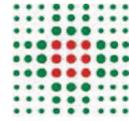
Gloria M.



Piano di zona triennale, comprensivo di:

1. Fotografia del territorio
2. Scelte strategiche e priorità
3. Schede intervento e lista indicatori da monitorare
4. Lista indicatori a compilazione distrettuale
5. Sezione dedicata al tema povertà
6. Processo per la realizzazione del Piano
7. Valutazione e monitoraggio
8. Preventivo di spesa 2018

Si ringrazia quanti hanno partecipato alla definizione della sezione n.2 “Scelte strategiche e priorità di intervento”.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

1. FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

Il Frignano : fotografia del territorio, cambiamenti lo stato di salute e nuovi scenari socio demografici ed economici

Nel corso dell'anno 2017 l'Unione dei Comuni del Frignano ha commissionato un incarico a "Poleis" Soc. Coop. di Ferrara l'elaborazione di uno Studio di fattibilità per individuare linee strategiche per orientare lo sviluppo futuro dell'Unione dei Comuni del Frignano.

La fotografia del territorio – dati socio demografici ed economici - è stata estratta dal documento elaborata da Poleis Soc. Coop., in allegato – Allegato A – si riportano set di indicatori di dettaglio – estrapolati dal Sistema Regionale – Set indicatori – elaborati a supporto dei territori distrettuali per l'elaborazione del Piano di Zona della Salute e del benessere sociale.

Per un ulteriore approfondimento si rimanda al sito della Regione Emilia Romagna
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/reporter-indicatori/piani-di-zona>

1.1 Popolazione residente e andamento storico

Con i suoi 689,53 km quadrati di superficie l'Unione del Frignano si colloca **al terzo posto per ampiezza territoriale fra le 44 Unioni di Comuni dell'Emilia-Romagna**, superata solo dalla Romagna Forlivese e dall'Appennino Reggiano. La vastità dell'estensione dell'ente, che comprende dieci Comuni, si abbina ad una popolazione di 40.662 abitanti al 1 gennaio 2017, portando ad una densità abitativa pari a 59 abitanti per kmq, un dato di gran lunga inferiore a quello regionale (198 ab/kmq) e provinciale (261 ab/kmq).

Dettaglio comunale Unione del Frignano - Dati Istat, 2017

	Superficie (kmq)	Abitanti	% sul totale	Densità (ab/kmq)
Fanano	89,91	2.975	7%	33,1
Fiumalbo	39,14	1.249	3%	31,9
Lama Mocogno	63,91	2.715	7%	42,5
Montecreto	31,22	930	2%	29,8
Pavullo nel Frignano	143,73	17.400	43%	121,1
Pievepelago	76,54	2.271	6%	29,7
Polinago	53,74	1.645	4%	30,6
Riolunato	44,91	703	2%	15,7
Serramazzone	93,96	8.288	20%	88,2
Sestola	52,47	2.486	6%	47,4

Confini amministrativi dei Comuni dell'Unione del Frignano



A livello di Unione un ruolo preponderante viene svolto dal Comune di Pavullo nel Frignano, che da solo rappresenta più del 40% della popolazione residente nel distretto, seguito da Serramazzone (20%), Fanano e Lama Mocogno (7%). Si segnala la presenza di due Comuni al di sotto dei 1.000 abitanti, Montecreto e Riolunato, mentre nel complesso tutti i Comuni tranne i due maggiori si situano al di sotto dei 3.000 abitanti. Il comune di Pavullo si denota anche come il più esteso territorialmente, così come Serramazzone che sfiora i 100 kmq, con gli altri Comuni in presenza di territori comunque assai estesi tenuto conto della popolazione più esigua. Questo dato si riflette su una densità abitativa bassa in tutti i Comuni, tranne i due maggiori, che presentano pur sempre un livello inferiore alle medie provinciali e regionali.

A ciò si aggiunga che la distribuzione della popolazione sul territorio appare sensibilmente rarefatta: a livello di Unione il 53% dei residenti vive al di fuori dei capoluoghi di Comune, cioè in frazioni, altre località o in case sparse in ambiti rurali. Questo dato è particolarmente elevato per Polinago (66%), Montecreto (64%), Serramazzone (61%) e Lama Mocogno (60%), mentre leggermente più concentrati attorno al capoluogo appaiono essere Fumalbo (con il 59% dei residenti nel paese), Riolunato (55%) e Pavullo (52%). Questo aspetto, unito come si vedrà in seguito all'elevato grado di anzianità della popolazione, pone forti sfide relativamente all'accesso dei cittadini ai servizi, specialmente in caso di carenza di trasporto pubblico locale.

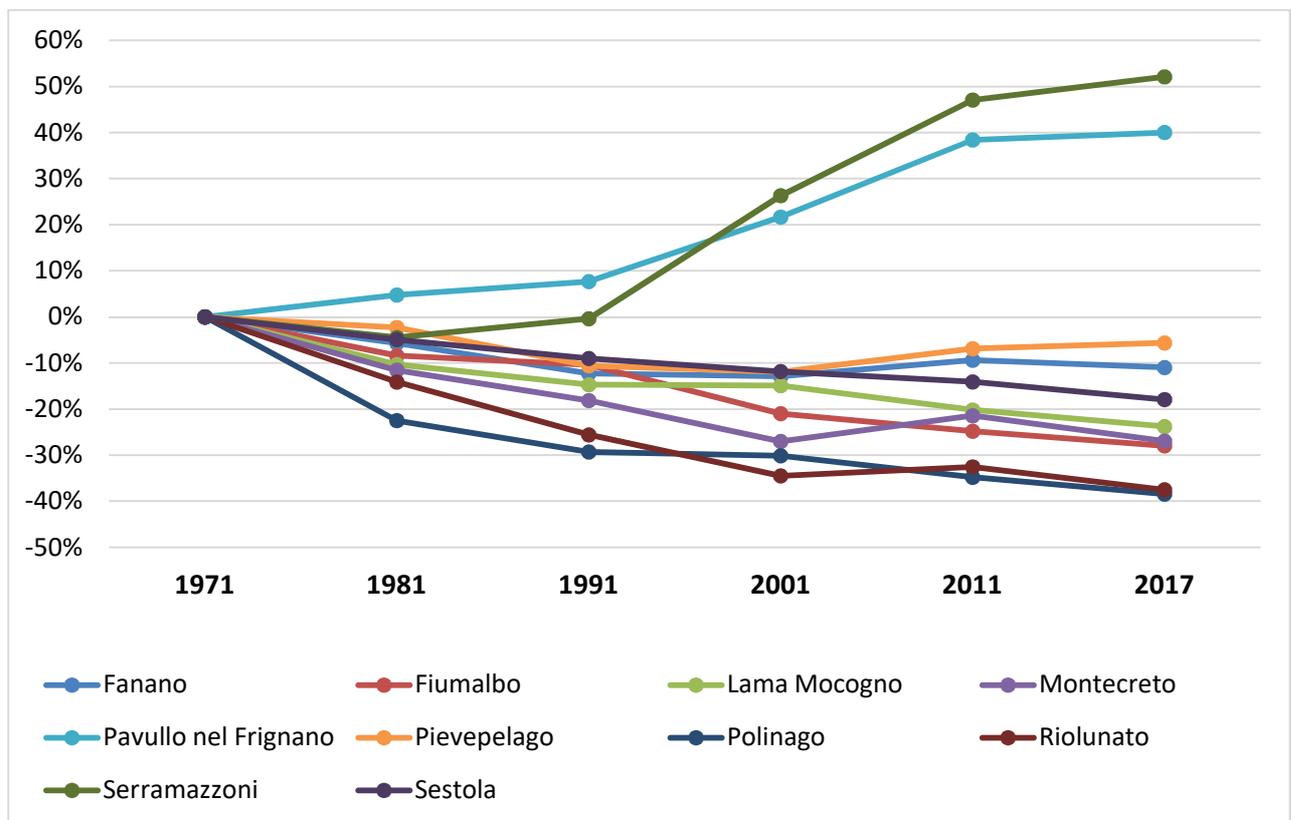
Volendo prendere quindi in considerazione l'evoluzione dell'insediamento sul territorio della popolazione, a livello complessivo il Frignano ha visto, dopo una diminuzione fra 1971 e 1981, un aumento marcato dei residenti negli ultimi decenni (aumento del 10% nel lungo periodo 1971-2011), in particolare con un saldo positivo di oltre 5.000 unità fra il 1991 e il 2017. L'andamento si presenta però eterogeneo quando si vanno ad esaminare singolarmente i dieci Comuni.

Andamento storico della popolazione residente

	1971	1981	1991	2001	2011	2017
Fanano	3.342	3.152	2.932	2.910	3.028	2.975
Fiumalbo	1.734	1.588	1.554	1.370	1.304	1.249
Lama Mocogno	3.563	3.195	3.039	3.032	2.844	2.715
Montecreto	1.273	1.126	1.042	929	1.000	930
Pavullo nel F.	12.426	13.017	13.379	15.119	17.198	17.400
Pievepelago	2.407	2.352	2.152	2.120	2.241	2.271
Polinago	2.672	2.071	1.889	1.867	1.742	1.645
Riolunato	1.125	966	837	737	759	703
Serramazzone	5.449	5.205	5.428	6.883	8.014	8.288
Sestola	3.029	2.880	2.756	2.670	2.602	2.486
Frignano	37.020	35.552	35.008	37.637	40.732	40.662

Dati Istat, 2017

Andamento storico della popolazione residente (fatto 100 gli abitanti 1971) – Elab. Poleis su dati Istat, 2017



A fronte di un dato complessivo che vede un aumento del 10% della popolazione nel lungo periodo (1971-2011), tale crescita è da imputare solamente ai Comuni di **Pavullo (+38% di residenti)** e

Serramazzone (+47%), che hanno visto la propria popolazione crescere in maniera molto marcata, anche al di sopra del dato registrato in molte città medie e grandi dell'Emilia-Romagna. Assai diversa la situazione nei Comuni del Cimone, ed in particolare a **Riolunato e Fiumalbo, ma anche a Polinago, che vedono una diminuzione compresa fra un quarto ed un terzo dei residenti nel 1971**. Spostandosi sul breve periodo fra il 2011 e il 2017, nel complesso il territorio del Frignano presenta una popolazione sostanzialmente stabile (-70 unità), ma anche in questo caso si ripresentano differenze territoriali fra Pavullo, Serramazzone e Pievepelago (che aumentano leggermente) e gli altri Comuni (che vedono calare i residenti in una percentuale compresa fra il -2% e il -7%).

Variatione percentuale della popolazione nel lungo e nel breve periodo

	Dinamica di lungo periodo	Dinamica di breve periodo
Fanano	-9%	-2%
Fiumalbo	-25%	-4%
Lama Mocogno	-20%	-5%
Montecreto	-21%	-7%
Pavullo nel F.	38%	1%
Pievepelago	-7%	1%
Polinago	-35%	-6%
Riolunato	-33%	-7%
Serramazzone	47%	3%
Sestola	-14%	-4%

Dati Istat, 2017

Un altro dato interessante per interpretare l'andamento della popolazione residente è quello relativo al saldo naturale (differenza le nascite ed i decessi nel territorio comunale) ed il saldo migratorio (differenza fra gli iscritti da altri Paesi o Comuni e i cancellati dall'anagrafe). Il primo aspetto da sottolineare è che **tutti i Comuni del Frignano compreso il centro più popoloso presentano nel periodo fra il 2002 ed il 2016 un saldo netto naturale negativo, con la sola eccezione di Serramazzone che vede un dato positivo di 146 unità**. Allo stesso tempo il saldo migratorio negli ultimi 15 anni si presenta positivo per tutti i Comuni, anche se con diverse intensità (Pavullo attrae più di 2.600 nuovi residenti, Serramazzone 1.500, Pievepelago oltre 400). Complessivamente, a fronte di una perdita "naturale" di residenti di 2.184 unità, il Frignano ha visto quasi 6.000 nuovi residenti insediarsi. Si evidenzia quindi **a livello comunale una capacità attrattiva differenziata per i vari Comuni, con possibili influenze positive esercitate dalla vicinanza con Modena e gli altri centri della provincia**, e dalla presenza di imprese manifatturiere rilevanti. Nel dettaglio i Comuni di Pavullo e di Serramazzone esercitano un peso gravitazionale molto rilevante nei confronti di altri Comuni italiani: i flussi migratori in entrata si compongono rispettivamente per l'83% e il 74% di nuovi residenti provenienti da altri Comuni, una quota largamente maggioritaria rispetto a quanti provengono direttamente dall'estero (17% e 26%). Pavullo e Serra nel periodo fra 2002 e 2016 hanno assorbito

quindi in prevalenza residenti di altri Comuni del Frignano e del resto del Paese, siano essi di cittadinanza italiana, sia stranieri che momentaneamente risiedevano in altri centri urbani.

Saldo naturale e saldo migratorio 2002-2016

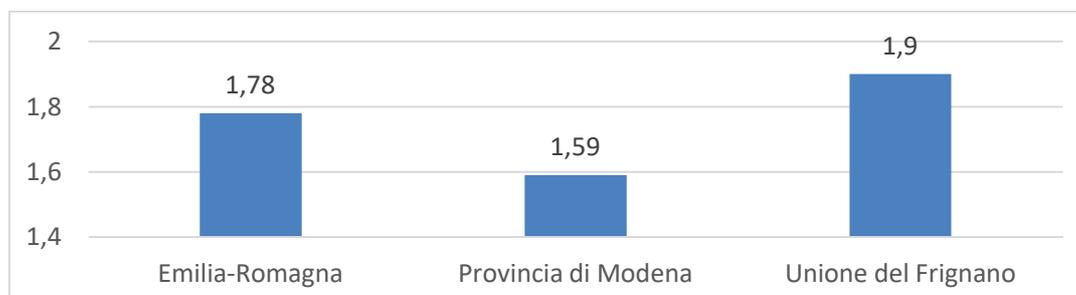
	Saldo naturale 2002 - 2016	Saldo migratorio 2002 - 2016
Fanano	-381	514
Fiumalbo	-193	86
Lama Mocogno	-440	158
Montecreto	-136	143
Pavullo nel F.	-158	2.688
Pievepelago	-226	411
Polinago	-285	83
Riolunato	-122	105
Serramazzoni	146	1.507
Sestola	-389	239
Frignano	-2.184	5.934

Elaborazioni Poleis su dati Istat, 2017

Classi di età e istruzione

Una fondamentale caratteristica demografica del Frignano, condivisa con le altre zone montane dell'Emilia-Romagna e più in generale dell'Italia, è la maggiore anzianità della popolazione residente. **L'indice di vecchiaia**, che viene misurato come rapporto tra la popolazione anziana (più di 65 anni) e la popolazione in età infantile (meno di 14 anni), permette di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio. La variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane e valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani. **Globalmente inteso il territorio dell'Unione del Frignano presenta un indice superiore alla media regionale e alla media provinciale**, tuttavia è importante sottolineare anche in questo caso che i Comuni di Serramazzoni (indice di vecchiaia pari a 1,47) e di Pavullo nel Frignano (1,50) presentino un valore inferiore a quello dell'Unione, e più basso anche del dato regionale e provinciale.

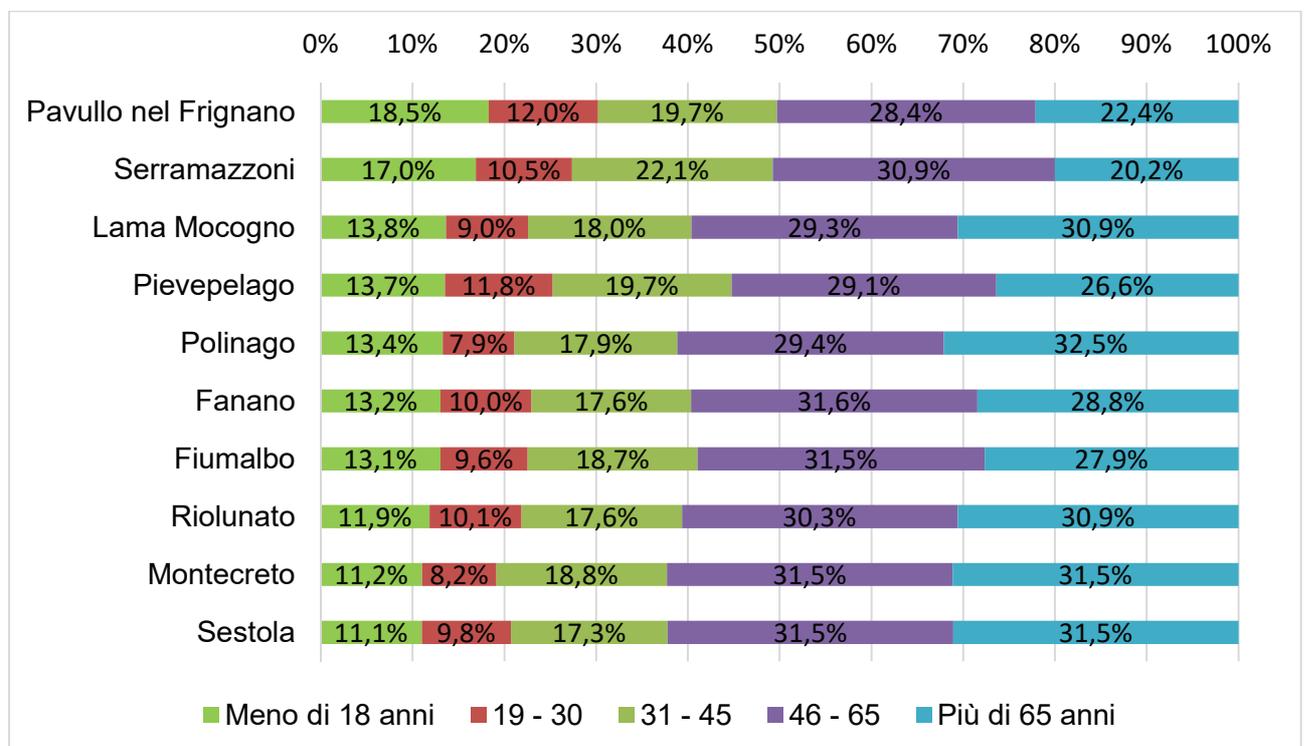
Indice di vecchiaia



Elaborazioni Poleis su dati Istat, 2017

Questo aspetto è frutto di una diversa composizione della popolazione per classi di età all'interno dell'Unione, con i **due Comuni maggiori che presentano una percentuale di minorenni superiore al 15%, mentre tale valore tende al 10% per le realtà della montagna**, ed in particolare per Riolunato, Montecreto e Sestola. Di converso, la quota di anziani presenti è meno elevata nella parte bassa del Frignano (pur comunque con dati superiori al 20% dei residenti), mentre si aggirano attorno al 30% per gli altri Comuni. In particolare la percentuale di grandi anziani, cioè dei residenti con più di 75 anni, supera nettamente il 15% a Fiumalbo (20,7%), Riolunato (18,7%), Lama Mocogno (18,8%) e Sestola (16,7%).

Popolazione per classi di età, dettaglio comunale



Dati Istat, 2017

L'articolazione della popolazione residente nelle varie fasce di età ha in impatto sulle prospettive demografiche di ciascun Comune, e sul dato complessivo del Frignano. Si sono presi in considerazione due scenari principali: da una parte una proiezione al 2027 calcolata sulla base delle variazioni di breve periodo fra il 2011 e il 2017 registrate in ciascun Comune, che come si è avuto modo di vedere presentano un andamento negativo per quasi tutte le realtà; dall'altra si è preso in considerazione uno scenario più ottimistico, basato su tre ipotesi (tasso di natalità stabile, sopravvivenza di due terzi dei grandi anziani a 10 anni, saldo migratorio pari al 15 per mille, a fronte

di un dato di breve periodo compreso fra il 5 e il 10 per mille negli ultimi 5 anni). In sostanza nel secondo caso si è ipotizzato che non cali il numero dei nati, che una buona parte della popolazione over 75 sia ancora presente fra 10 anni e che vi sia una robusta ripresa dell'immigrazione dopo gli ultimi anni di stagnazione. In primo luogo si può affermare **come sul complessivo territorio dell'Unione del Frignano non siano riscontrabili grandi variazioni** in nessuno dei due scenari, dal momento in cui la proiezione standard vede una perdita di 100 residenti (-0%), mentre lo scenario più favorevole vede un aumento di 300 unità (+1%).

Proiezioni demografiche, dettaglio comunale

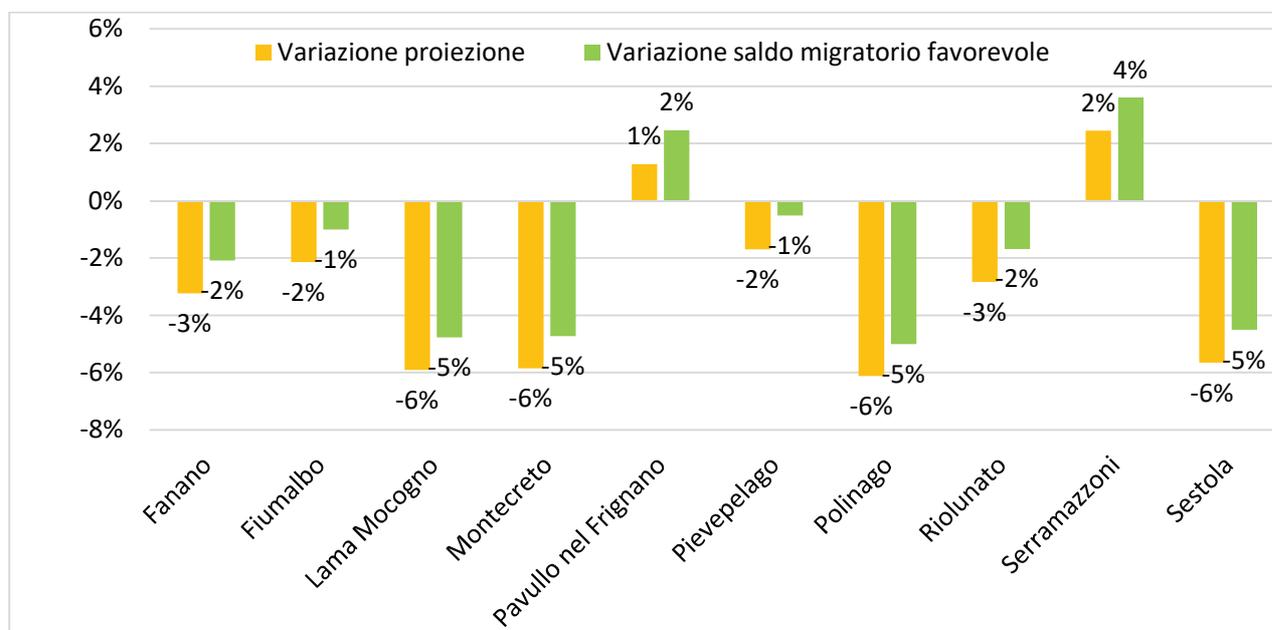
	Residenti 2017	Proiezione 2027	Variazione	Proiezione saldo migratorio favorevole	Variazione saldo migratorio favorevole
Fanano	2.975	2.899	- 3%	2.913	- 2%
Fiumalbo	1.249	1.170	- 6%	1.236	- 1%
Lama Mocogno	2.715	2.531	- 7%	2.585	- 5%
Montecreto	930	830	- 11%	886	- 5%
Pavullo nel F.	17.400	17.689	+ 2%	17.829	+ 2%
Pievepelago	2.271	2.314	+ 2%	2.259	- 1%
Polinago	1.645	1.506	- 8%	1.563	- 5%
Riolunato	703	623	- 11%	691	- 2%
Serramazzoni	8.288	8.679	+ 5%	8.587	+ 4%
Sestola	2.486	2.320	- 7%	2.374	- 5%
Frignano	40.662	40.562	0%	40.924	+ 1%

Elaborazioni Poleis su dati Istat, 2017

Diversa è la situazione quando si prendono in considerazione i vari Comuni. Sia lo scenario standard sia quello più ottimistico, anche se in intensità meno forte, mostrano **un forte rischio di diminuzione della popolazione per Lama Mocogno, Montecreto, Riolunato, Polinago e Sestola, con diminuzioni superiori al 7% nell'arco di dieci anni**. Situazioni di lieve calo della popolazione si dovrebbero registrare anche a Fanano, Riolunato, Fiumalbo e Pievepelago, con diminuzioni fra il 3 e il 6%. Infine, sempre sulla base della maggiore presenza di popolazione giovane ed anche di una maggiore attrattività verso i flussi di immigrazione, **i Comuni di Pavullo e di Serramazzoni presentano invece percentuali positive, quindi di lieve aumento dei residenti**. In definitiva, la prospettiva che ad oggi appare più probabile è quella di un progressivo aumento delle differenze nell'andamento socio-demografico dei dieci Comuni, specialmente nel caso in cui si verificano condizioni di scenario differenti (es. Pavullo e Serramazzoni con saldo migratorio favorevole, mentre in alta montagna vi è una stagnazione negli arrivi). Infine, secondo entrambi gli scenari è destinato ad **umentare assai notevolmente il numero dei grandi anziani residenti nel Frignano, con un balzo in avanti che si può stimare in più di 500 unità nell'arco di 10 anni**: dai 5.500 over 75 attualmente presenti ai circa 6.000 del 2027 (erano 5.100 nel 2007). Questo aspetto chiama in campo delle riflessioni sulla disponibilità

di strutture rivolte alla terza età e alla disponibilità di professionalità locali nel campo dell'assistenza domestica.

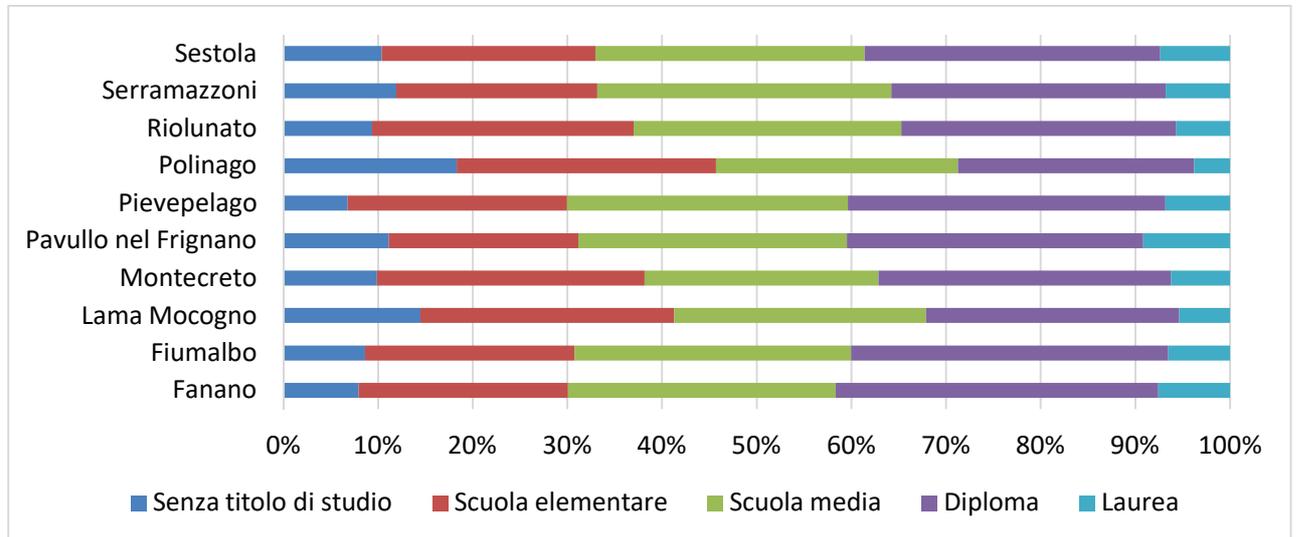
Variazioni della popolazione residente, scenario standard e saldo migratorio favorevole



Elaborazioni Poleis su dati Istat, 2017

Un'altra diretta conseguenza dell'età media elevata si verifica sui titoli di studio in possesso della popolazione residente. Non deve quindi stupire che i Comuni di Polinago, Lama Mocogno e Montecreto presentino una percentuale di popolazione sprovvista di titoli di studio od in possesso solamente della licenza elementare pari a circa il 40%, mentre il numero dei laureati sfiora il 10% a Pavullo nel Frignano, con un dato che si presenta pur sempre inferiore ai maggiori centri della provincia di Modena, segnalando una difficoltà anche per il capoluogo dell'Unione nell'attrarre lavoratori dalla formazione avanzata. **Va sottolineato quindi che in tutti i Comuni meno della metà della popolazione possiede il diploma di scuola superiore**, dato che pone un interrogativo sulla capacità degli operatori economici del territorio di relazionarsi con un possibile flusso turistico proveniente dall'estero, vista la probabile scarsa conoscenza della lingua inglese fra i residenti.

Titolo di studio dei residenti, dettaglio comunale



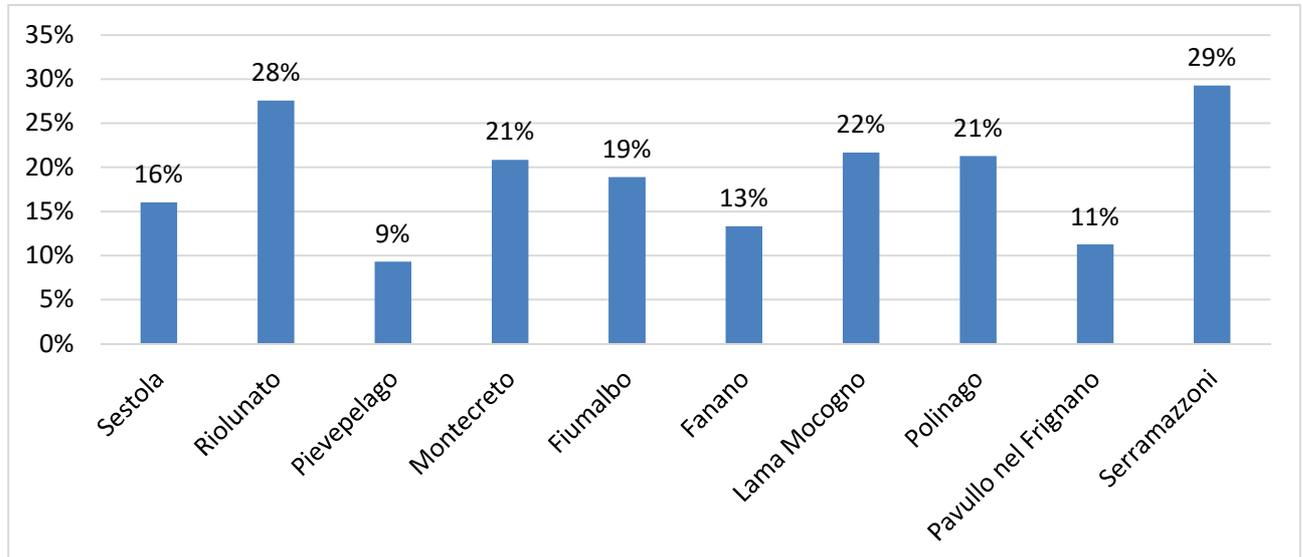
Dati Istat, 2011

Pendolarismo

Le dinamiche territoriali trovano una buona rappresentazione nei flussi di pendolarismo, cioè nel numero di abitanti che si spostano al di fuori del Comune di residenza per motivi di studio o di lavoro. In primo luogo si può vedere come il dato si presenti particolarmente elevato per due realtà territoriali assai distinte: Serramazzone (29%) e Riolunato (28%). Come si avrà modo di vedere in seguito, ciò è dovuto a forti relazioni di lavoro con i Comuni vicini, con Serramazzone più vicino ai centri medi e grandi del modenese di Maranello, Sassuolo e Formigine, mentre Riolunato gravita più su Pievepelago. Ad un livello intermedio troviamo invece Lama Mocogno, Polinago, Montecreto e Fiumalbo, che presentano circa un quinto della popolazione residente che varca i confini naturali quotidianamente. Più contenuto risulta invece il dato relativo a Sestola e Fanano (rispettivamente 16 e 13%), ma anche per Pavullo (11%) e Pievepelago (9%).

Emerge complessivamente **una situazione abbastanza eterogenea**, strettamente collegata alle relazioni che intercorrono con i territori vicini.

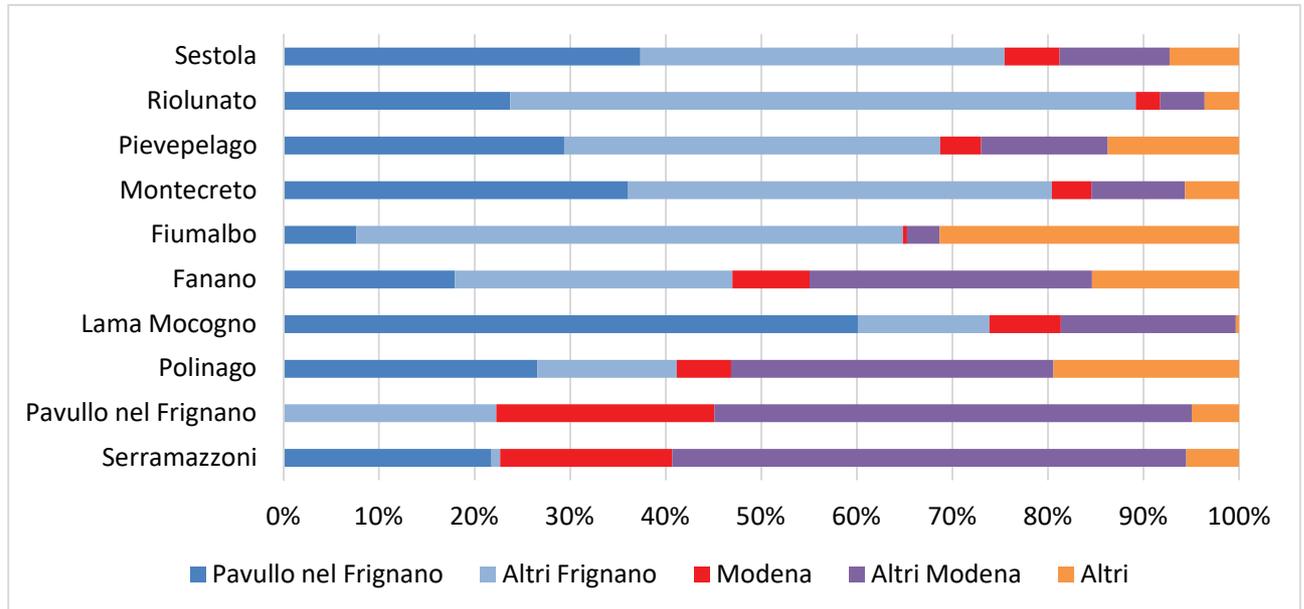
Tasso di pendolarismo, dettaglio comunale



Dati Istat, 2011

Tali relazioni si manifestano più nettamente prendendo in considerazione i flussi di pendolarismo in uscita. I dati per ciascun Comune sono mostrati avendo come destinazioni Pavullo (per pesare il suo ruolo di baricentro dell'Unione), gli altri Comuni del Frignano sommati assieme, la città di Modena, altri Comuni della provincia di Modena ed infine tutte le altre località non ricomprese nelle categorie precedenti. Il primo dato che si evince dai flussi di pendolarismo è **il ruolo molto forte giocato dal Frignano come meta attrattiva degli spostamenti per sei Comuni su dieci: Sestola, Riolunato, Pievepelago, Montecreto, Fiumalbo e Lama Mocogno**. Per questi centri il Frignano assorbe fra il 70 e il 90% dei pendolari, indicando una forte stanzialità sul territorio distrettuale. Un ruolo molto rilevante è giocato da Pavullo, che da solo riceve fra il 20 e il 40% dei pendolari di questi comuni, con una vetta altissima toccata a Lama Mocogno (sei residenti su dieci vi si recano quotidianamente per studio o lavoro) ed un dato più contenuto invece per Fiumalbo, che si rivolge invece di più a Pievepelago ed ai Comuni toscani del distretto dell'Abetone. **Pievepelago svolge anche un forte ruolo attrattivo su Riolunato, così come Sestola lo svolge su Montecreto**. In questi comuni il peso di Modena e delle altre destinazioni resta più contenuto.

Flussi di pendolarismo in uscita, dettaglio comunale



Dati Istat, 2011

Leggermente differente risulta la situazione per **Fanano, che si colloca ad un livello intermedio**, data una partizione abbastanza equilibrata dei propri pendolari fra Pavullo, altri Comuni del Frignano (principalmente Sestola), altri Comuni del modenese (Vignola e Terre di Castelli) e altri Comuni del bolognese. Venendo invece ai tre Comuni dell'Unione che vedono i propri pendolari gravitare maggiormente al di fuori del Frignano, **Polinago vede un peso importante rappresentato da altri Comuni della provincia di Modena**, appartenenti al Distretto Ceramico, oppure da altri Comuni del reggiano. I **pendolari di Pavullo rimangono solo per il 20% nel Frignano**, mentre una quota superiore si dirige direttamente su Modena o in altri centri della provincia. Simile discorso per **Serramazzone che, accanto ad un ruolo non marginale giocato da Pavullo, vede la maggioranza dei pendolari dirigersi verso il modenese**. Del tutto residua la percentuale di pendolari che vanno a dirigersi verso gli altri otto Comuni del Frignano, ad indicare una proiezione di Serramazzone quasi completamente esterna all'Unione.

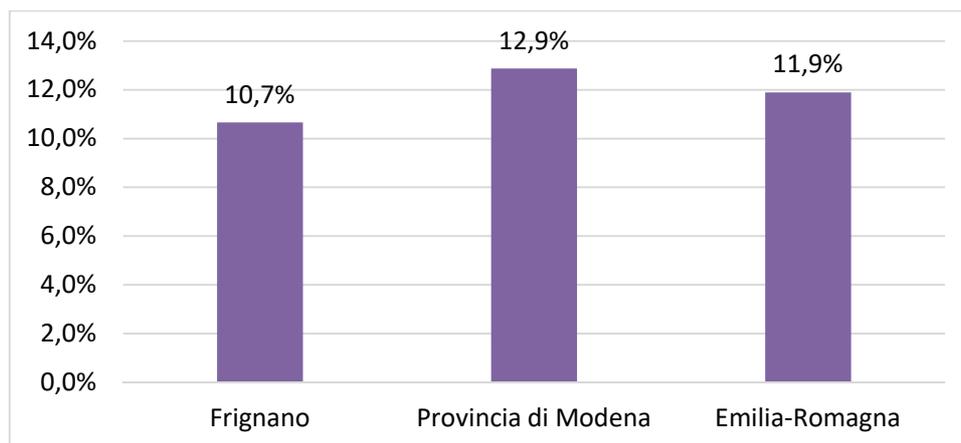
Anche in questo caso si deve dunque registrare una differenza fra la parte alta dell'Unione (Sestola, Montecreto, Riolunato, Pievepelago, Fiumalbo, ma anche Lama Mocogno) con una forte permanenza dei pendolari nel Frignano, e la parte bassa (Pavullo e Serramazzone) che gravitano più sul resto del territorio modenese, mentre Fanano e Polinago si posizionano in una situazione intermedia.

Stranieri residenti

Un aspetto già accennato in precedenza per la propria importanza strategica in ambito demografico è quello relativo alla popolazione straniera. Con 4.338 stranieri residenti al 1 gennaio 2017, l'Unione del Frignano si attesta ad un **10,7% di popolazione straniera**, un dato che risulta più basso sia della

media provinciale (che è fra le più alte d'Italia), sia di quella regionale. **Questa percentuale però sale al 17,9% fra la popolazione con meno di 10 anni:** circa un sesto dei bambini è di origine straniera, a fronte di un decimo della popolazione generale. L'incidenza dei bambini di nazionalità non italiana risulta particolarmente rilevante a Pavullo (18,9% della popolazione 0-9 anni), ma soprattutto a Fanano (24,0%) e Pievepelago (31,1%), mentre è più contenuta negli altri Comuni.

Percentuale di stranieri residenti



Dati Istat, 2017

Come numerose variabili prese in considerazione in questo studio, la presenza di stranieri risente di differenze territoriali anche piuttosto marcate. Da una parte abbiamo quei Comuni dove la percentuale supera quella distrettuale, come Pievepelago, Pavullo, Fanano e Serramazzoni, dall'altra quei Comuni dove il numero di stranieri appare decisamente più contenuto: **Fiumalbo (5,9%), Riolunato (6,0%), Sestola (7,2%) e Lama Mocogno (7,9%), che probabilmente presentano a livello strutturale una bassa capacità attrattiva sugli stranieri**, anche per le proprie caratteristiche di marginalità logistica (senza il possesso di un'automobile risulta difficile risolvere molte necessità quotidiane).

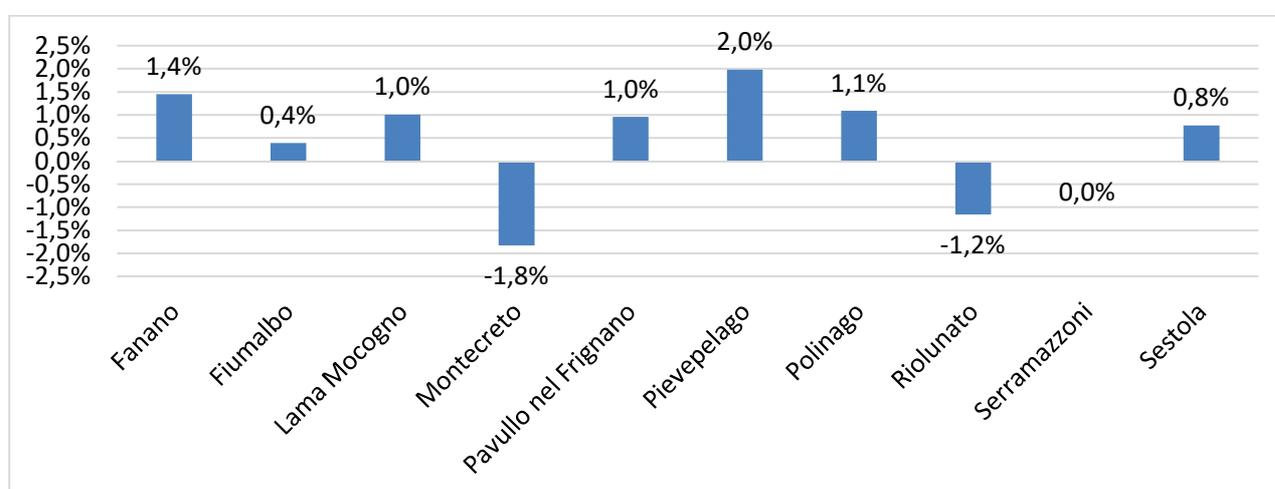
Stranieri residenti e percentuale sul totale, dettaglio comunale

	Stranieri 2017	Percentuale 2017
Fanano	333	11,2%
Fiumalbo	74	5,9%
Lama Mocogno	214	7,9%
Montecreto	74	8,0%
Pavullo nel F.	2.069	11,9%
Pievepelago	279	12,3%
Polinago	176	10,7%
Riolunato	42	6,0%
Serramazzoni	898	10,8%
Sestola	179	7,2%

Dati Istat, 2017

Andando a porre in esame la variazione della popolazione straniera residente nel breve periodo (fra il 2012 e il 2017) e la sua presenza percentuale sul totale della popolazione, emerge come ci siano Comuni sostanzialmente stabili (Fiumalbo, Serramazzone), altri con un aumento più marcato (Pievepelago, Fanano), mentre altri hanno visto la percentuale di popolazione straniera calare (Montecreto, Riolunato). Questo dato è rilevante in virtù delle considerazioni espresse in precedenza sull'andamento demografico futuro dei dieci Comuni del Frignano.

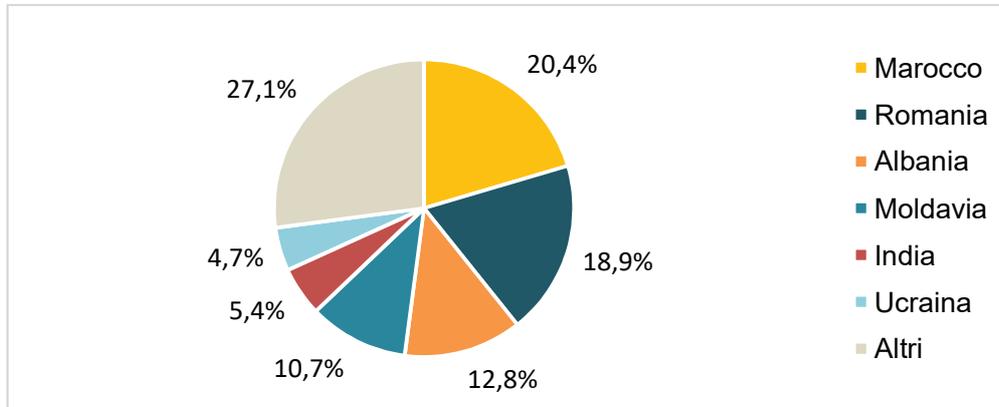
Variazione percentuale di stranieri 2012-2017, dettaglio comunale



Dati Istat, 2017

L'analisi sui paesi di provenienza indica la prevalenza di tre paesi principali: **Marocco (20,4%), Romania (18,9%) ed Albania (12,8%)**. Appare rilevante anche la presenza di cittadini originari della Moldavia, che a Pavullo rappresenta ben il 18% degli stranieri, e a Serramazzone il 9%. Attorno al 5% troviamo anche gli stranieri provenienti dall'Ucraina e dall'India, mentre circa un quarto degli stranieri giunge nel Frignano da altri paesi. All'interno dei singoli Comuni, la presenza di cittadini rumeni risulta particolarmente rilevante nei comuni di montagna (rappresentano fra il 35 e il 50% degli immigrati residenti a Riolunato, Montecreto, Sestola, Fiumalbo e Fanano), mentre i marocchini sono la nazionalità trainante nei centri maggiori di Pavullo, Serramazzone e Lama Mocogno. Molto rilevante la presenza moldava a Pievepelago, Lama Mocogno e Fiumalbo, e quella indiana Polinago e Fanano.

Paesi di provenienza degli stranieri residenti



Dati Istat, 2017

A livello di genere in tutti i Comuni si registra una presenza maggioritaria delle straniere, che rappresentano fra il 52% e il 65% del totale della popolazione non italiana residente nei dieci Comuni. Nel dettaglio, tale risultato è frutto della forte presenza femminile fra gli stranieri di nazionalità rumena, moldava ed ucraina, mentre fra marocchini, albanesi ed indiani a prevalere è il genere maschile.

1.2 La dimensione territoriale ed economica

L'Unione del Frignano, come molte realtà montane dell'Appennino emiliano-romagnolo, ha come caratteristica fondamentale la propria marginalità logistica. Aldilà delle singole classificazioni possibili a seconda degli indicatori in esame¹, tutti i Comuni, compresi quelli posti nella parte bassa del Frignano, presentano tempi di percorrenza superiori ai 40 minuti per raggiungere centri di offerta servizi che garantiscano simultaneamente tutta l'offerta scolastica secondaria, almeno un ospedale sede di DEA di I livello ed almeno una stazione ferroviaria di categoria Silver. **Stiamo dunque parlando di un'area interna. Questo dato funge da chiave di lettura fondamentale di tutti i trend socio-demografici ed economici descritti nel presente quadro conoscitivo.**

Oltre a fornire una inevitabile chiave interpretativa per l'analisi dello status quo e delle prospettive del territorio, la caratteristica del Frignano di essere un'area interna si presta ad essere esaminata anche per la metodologia che sta accompagnando la **Strategia nazionale delle Aree Interne**, coordinata dall'Agenzia per la Coesione Territoriale. A fronte di caratteristiche peculiari (in un area interna alla distanza dai principali centri di offerta dei servizi essenziali si abbina la presenza di importanti risorse ambientali e culturali, anche attraverso manifestazioni estremamente diversificate), la Strategia nazionale si prefissa l'obiettivo di aumentare il benessere della popolazione locale, aumentare le chance occupazionali sul territorio, aumentare il grado di utilizzo del capitale territoriale (le risorse citate in precedenza), ridurre i costi sociali della de-antropizzazione

¹ L'Agenzia per la Coesione Territoriale nel 2014 classifica sette Comuni su dieci come aree interne periferiche, mentre Fiumalbo, Riolunato e Pievepelago rientrano nelle aree interne intermedie; mentre il Caire e la Società Geografica Italiana considera Serramazzone area intermedia, Fanano, Fiumalbo, Pievepelago e Polinago come aree interne ultraperiferiche e i restanti Comuni come aree interne periferiche.

e dell'abbandono del territorio ed infine il rafforzare dei fattori di sviluppo locale. Per farlo si individuano come strumenti principali l'adeguamento della qualità/quantità dell'offerta dei servizi essenziali, accompagnato alla realizzazione di progetti di sviluppo locale. Il tratto distintivo ed innovativo della Strategia delle aree interne consiste sia nella governance del processo (amministrazioni locali, Regione e Stato sono chiamati a cooperare e definire assieme la Strategia d'area), sia nell'apertura verso l'esterno (attraverso una definizione del Preliminare di strategia aperta ai contributi dei cittadini e delle loro forme associate).

Un **primo esempio di metodologia delle aree interne si sta sviluppando nell'Appennino Reggiano, area pilota selezionata dalla Regione Emilia-Romagna**, corrispondente nella sua area progetto con l'Unione dell'Appennino Reggiano. Il preliminare di strategia ha individuato una serie di tematismi (es. filiera agroalimentare del parmigiano reggiano di montagna; filiera forestale e sostenibilità energetica, potenziamento dell'assistenza domiciliare e della tempestività nei soccorsi...) sulla base dei quali attivare specifiche progettualità ed accedere ai fondi statali e comunitari pertinenti. Una prima esperienza che si svilupperà nei prossimi anni, ma che rappresenta già una buona pratica di cooperazione inter-istituzionale, di pianificazione strategica di valenza sovra comunale e di ascolto del territorio nelle sue varie articolazioni economiche e sociali.

Morfologia e utilizzo del suolo

Venendo alle caratteristiche geomorfologiche del territorio, tutta la superficie dei dieci Comuni dell'Unione, pari a 690 km quadrati, è classificata come montana. In questo scenario, l'utilizzo del suolo presenta complessivamente una percentuale maggioritaria (51,5%) di aree boschive, pari ad oltre 355 km quadrati, a cui si aggiunge un 9,2% di territori seminaturali (ambienti con vegetazione arbustiva o erbacea, oppure prati e radure), presenti per 63 km quadrati. Un dato probabilmente in espansione negli ultimi anni successivi all'ultima rilevazione, a seguito della chiusura di numerose imprese agricole che effettuavano manutenzione ordinaria del territorio coltivato. A questa porzione assai rilevante si abbina il rimanente terzo di territorio (34,6%) utilizzato per l'agricoltura. Infine, i rimanenti 27 km quadrati sono rappresentati da territorio modellati artificialmente: zone urbanizzate, insediamenti produttivi e commerciali, viabilità, aree estrattive. Nella tabella seguente è possibile leggere la classificazione per ciascuno dei dieci Comuni, apprezzandone le peculiarità.

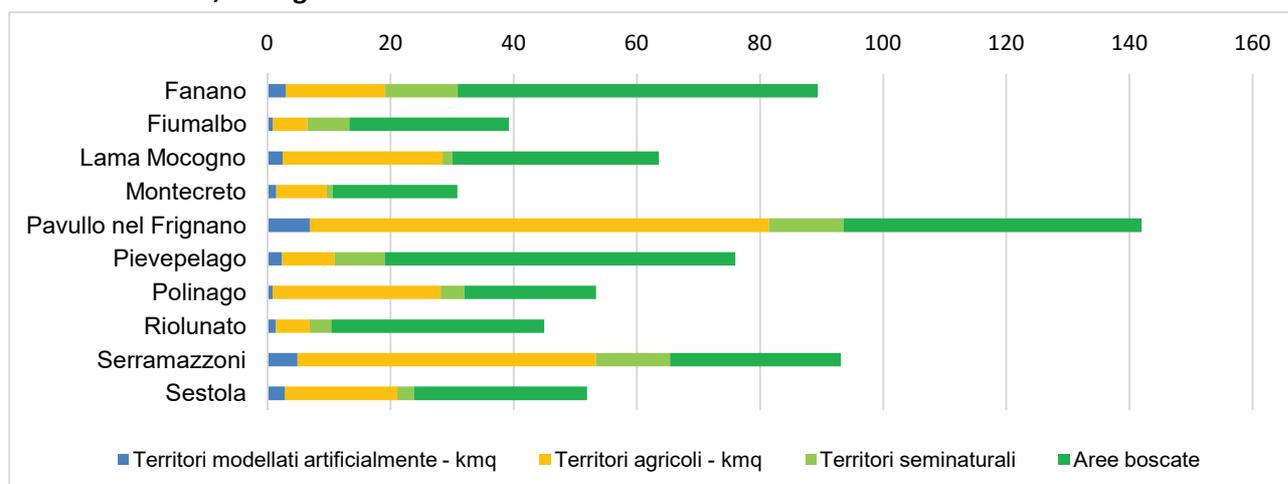
Utilizzo del suolo, dettaglio comunale

	Territori modellati artificialmente		Territori agricoli		Territori seminaturali		Aree boscate	
	Area	%	Area	%	Area	%	Area	%
Fanano	2,94	3,3%	16,19	18,0%	11,8	13,1%	58,45	65,0%
Fiumalbo	0,93	2,4%	5,59	14,3%	6,76	17,3%	25,92	66,2%
Lama Mocogno	2,48	3,9%	25,95	40,6%	1,63	2,6%	33,52	52,4%
Montecreto	1,46	4,7%	8,2	26,3%	0,92	2,9%	20,27	64,9%
Pavullo nel F.	6,89	4,8%	74,61	51,9%	12,07	8,4%	48,4	33,7%
Pievepelago	2,36	3,1%	8,55	11,2%	8,13	10,6%	56,94	74,4%
Polinago	0,86	1,6%	27,26	50,7%	3,9	7,3%	21,35	39,7%
Riolunato	1,37	3,1%	5,53	12,3%	3,48	7,7%	34,56	77,0%
Serramazzone	4,9	5,2%	48,47	51,6%	11,99	12,8%	27,78	29,6%
Sestola	2,82	5,4%	18,28	34,8%	2,71	5,2%	28,11	53,6%
Frignano	27,01	3,9%	238,63	34,6%	63,39	9,2%	355,3	51,5%

Regione Emilia-Romagna, 2008

Nel dettaglio, i territori modellati artificialmente rappresentano più del 5% del totale della superficie comunale solo a Serramazzone e Sestola, con Pavullo al 4,8%; di converso i territori boscati sono diffusissimi a Pievepelago e Riolunato. Il grafico sottostante mostra la classificazione per uso di suolo in km quadrati, rendendo l'estensione assoluta di ciascuna tipologia. La sezione in giallo, rappresentante i territori agricoli, rappresenta una quota assai rilevante del territorio di Pavullo e di Serramazzone, con un ruolo minore per Lama Mocogno ed uno a Serramazzone. Nei rimanenti comuni l'area dei territori agricoli appare assai più contenuta, ad indicare un utilizzo non estensivo del territorio, tipico dell'agricoltura di carattere montano.

Utilizzo del suolo, dettaglio comunale



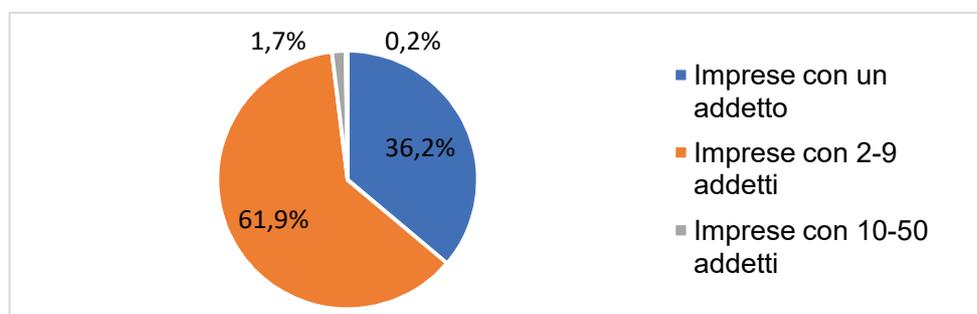
Regione Emilia-Romagna, 2008

La grande estensione dell'Unione del Frignano in termini di superficie e l'insediamento sparso della popolazione sul territorio comporta una rilevantissima consistenza della viabilità di competenza statale, provinciale e soprattutto comunale per le dieci amministrazioni dell'Unione. **In totale sono 1.324 i km di strade comunali che attraversano il Frignano**, un dato che in regione Emilia-Romagna si colloca al secondo posto solo dietro all'Unione della Romagna Forlivese (1.565 km di strade comunali) e prima dell'Unione dell'Appennino Reggiano (1.014 km) e dell'Appennino Bolognese (938 km). Questo in presenza tuttavia di una popolazione nel Frignano di gran lunga inferiore all'Unione forlivese (185.923 abitanti), ma anche rispetto all'Unione bolognese (44.582 abitanti). Il confronto con le realtà cittadine appare ancora più stridente, basti riportare qui che il Comune di Sassuolo con un numero grossomodo affine di abitanti rispetto al Frignano (quasi 41.000 residenti), si trova in carico solo 219 km di strade comunali. Per il Frignano **si pone quindi inevitabilmente con forza il tema della sostenibilità finanziaria per la manutenzione del manto stradale di una rete tanto diffusa**, in presenza di residenti-contribuenti così esigua, ed anche della sostenibilità in termini di squadre di manutentori a disposizione delle amministrazioni, dal momento in cui tutti gli enti tranne Riolunato sono ad oggi vincolati al blocco del turn over.

Le variabili economiche e produttive

La dimensione economica e produttiva del Frignano presenta molte caratteristiche proprie degli ambiti montani, a partire dal **ridotto dimensionamento delle imprese insediate**. Delle 5.169 unità locali registrate nel territorio dei dieci Comuni al 1 gennaio 2016, più di un terzo sono imprese individuali, mentre i rimanenti due terzi hanno fra i 2 ed i 9 addetti, e sono quindi micro imprese. **Soltanto un 2% delle unità locali si può considerare di dimensione piccola, con più di 10 dipendenti, o di dimensione media**. In particolare le medie imprese del territorio sono 14, di cui 10 fra 50 e 100 addetti (6 a Pavullo nel Frignano, 3 a Serramazzone ed una a Polinago), mentre 4 hanno fra i 100 e i 250 addetti (2 a Pavullo e 2 a Pievepelago). I settori di attività riguardano per 6 medie imprese la meccanica e la mecatronica, per 4 la ceramica e la sua filiera, per 2 la ristorazione e il benessere, per una il sociale e per una la manutenzione e l'idraulica.

Classe dimensionale delle unità locali del Frignano



Registro Imprese della regione Emilia-Romagna, 2016

Come possiamo vedere dalla seguente tabella, circa un terzo (34,5%) delle imprese è un'impresa artigiana, con valori fra il 35 e il 40% a Fiumalbo, Pievepelago e Serramazzoni. **In totale le imprese insediate nel Frignano danno lavoro a 12.075 dipendenti, con un ruolo preponderante giocato da Pavullo e Serramazzoni**, che assieme assommano a più della metà dei posti di lavoro registrati. La dimensione media dell'unità locale, calcolata come numero medio di addetti per Comune, riflette la presenza di imprese di taglia leggermente maggiore a Pavullo, Pievepelago, Serramazzoni e Fiumalbo. Da ultimo, bisogna evidenziare come **fra il 2011 ed il 2016 si sia registrato un saldo negativo di 318 unità locali nell'Unione del Frignano** (da 5.487 a 5.169 unità locali, calo del 5,8%), di cui 110 artigiane, **con una perdita complessiva di 769 addetti** (da 12.844 a 12.075 addetti). Il calo più forte di imprese si è avuto a Montecreto (-14,2%), Lama Mocogno (-12,3%) e Polinago (-11,8%), al contrario un lieve aumento si è avuto a Riolunato con un'apertura, mentre cali più marcati si sono registrati a Serramazzoni (-2,2%) e Fanano (-2,9%). Venendo ai risvolti occupazionali, la **diminuzione più marcata in termini di addetti si è registrata nei Comuni di Sestola (-14%), Pievepelago (-12%) e Lama Mocogno (-11%),** mentre le diminuzioni meno marcate si sono verificate a Pavullo, Riolunato e Serramazzoni (-3%).

Numerosità delle unità locali ed addetti, dettaglio comunale

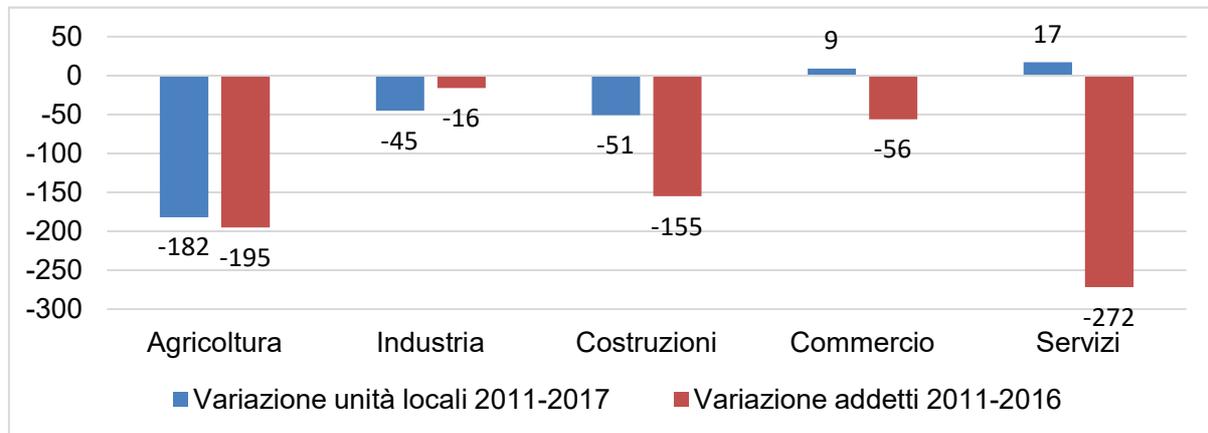
	u.l. con addetti	Di cui artigiane	Addetti	Dimensione media u.l.	Variazione u.l. 2011-2016	Variazione addetti 2011-2016
Fanano	463	154	995	2,1	-14	-90
Fiumalbo	202	80	333	1,6	-21	-33
Lama Mocogno	392	134	642	1,6	-55	-77
Montecreto	151	48	262	1,7	-25	-23
Pavullo nel F.	1.969	700	5.659	2,9	-89	-190
Pievepelago	310	117	729	2,4	-25	-102
Polinago	232	71	445	1,9	-31	-38
Riolunato	97	29	156	1,6	1	-5
Serramazzoni	895	321	1.963	2,2	-20	-67
Sestola	458	129	891	1,9	-39	-144

Registro Imprese della Regione Emilia-Romagna, 2016

Spostando l'analisi sulla numerosità delle imprese ai vari settori di attività, si evince come nel breve periodo il settore più colpito è stato quello dell'agricoltura, con quasi metà delle cessazioni, mentre industria e costruzioni hanno visto una flessione attorno alle 50 unità. In controtendenza commercio e servizi, che presentano un dato in leggero aumento, con qualche impresa in più. Questa dinamica trova un riscontro soltanto parziale nel numero di addetti: se è vero che al calo delle **imprese agricole si abbina un calo degli addetti in agricoltura (in misura quasi speculare, ad indicare che la quasi totalità delle aziende era individuale)**, alla sostanziale stabilità nel numero degli esercizi commerciali e delle attività dei servizi si associa un calo assai marcato degli addetti. Più di 150 unità si

sono perse anche nel settore delle costruzioni, mentre l'industria registra una diminuzione poco significativa.

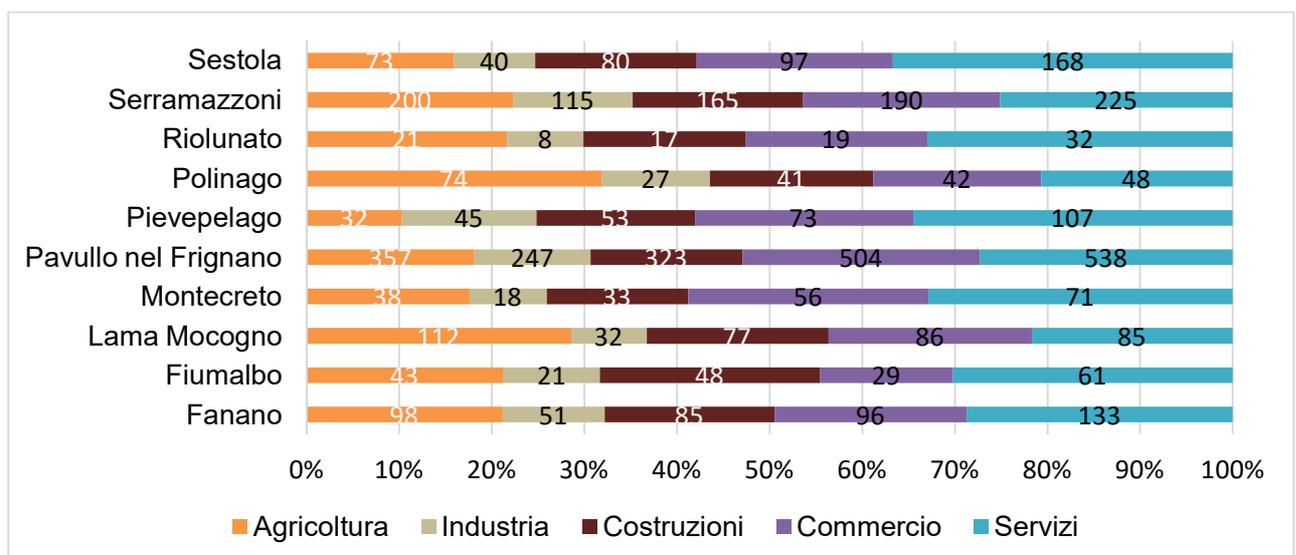
Variazione unità locali per settore, 2011-2016



Registro Imprese della Regione Emilia-Romagna, 2016

L'insediamento produttivo nel Frignano prevede alcune chiare vocazioni territoriali, che si rispecchiano in una diversa distribuzione del numero delle imprese e soprattutto degli occupati per settore nei dieci Comuni dell'Unione. Nei numeri delle unità locali, tutti i Comuni vedono un primato del campo dei servizi, con l'eccezione di **Lama Mocogno e Polinago, dove al primo posto troviamo l'agricoltura**. Al secondo posto per numerosità delle imprese troviamo generalmente l'agricoltura e il commercio, con l'eccezione di Fiumalbo dove si registrano una quarantina di imprese nel campo delle costruzioni.

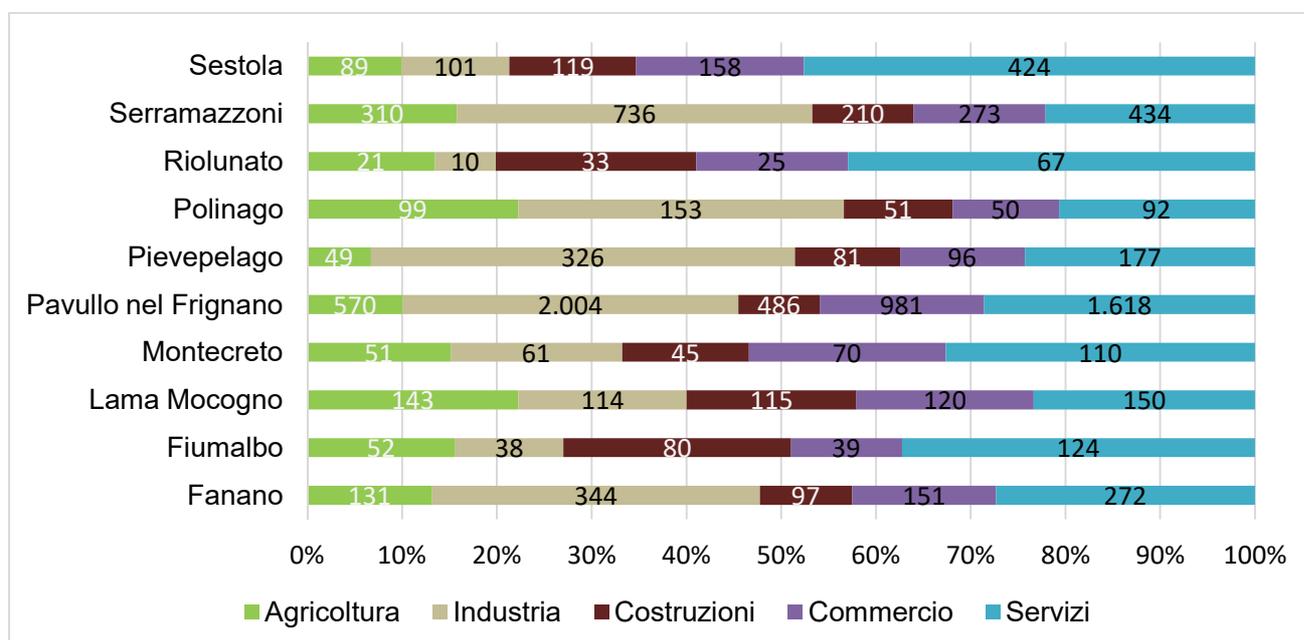
Numero unità locali per settore, dettaglio comunale



Registro Imprese della Regione Emilia-Romagna, 2016

Le differenti vocazioni territoriali emergono più chiaramente prendendo in considerazione l'andamento degli addetti nei vari settori. Da una parte abbiamo **un nucleo di Comuni nel quale il peso del manifatturiero è assai rilevante, con il numero di occupati nell'industria superiore al 35%: Pievepelago, Serramazzoni, Pavullo, Fanano, Polinago. Troviamo poi realtà dove il commercio ed i servizi assumono una particolare rilevanza, rappresentando più del 50% degli occupati: Sestola, Riolunato e Montecreto.** Interessante invece la posizione di Lama Mocogno, che presenta un globale equilibrio sui cinque settori di attività, senza alcuna prevalenza netta.

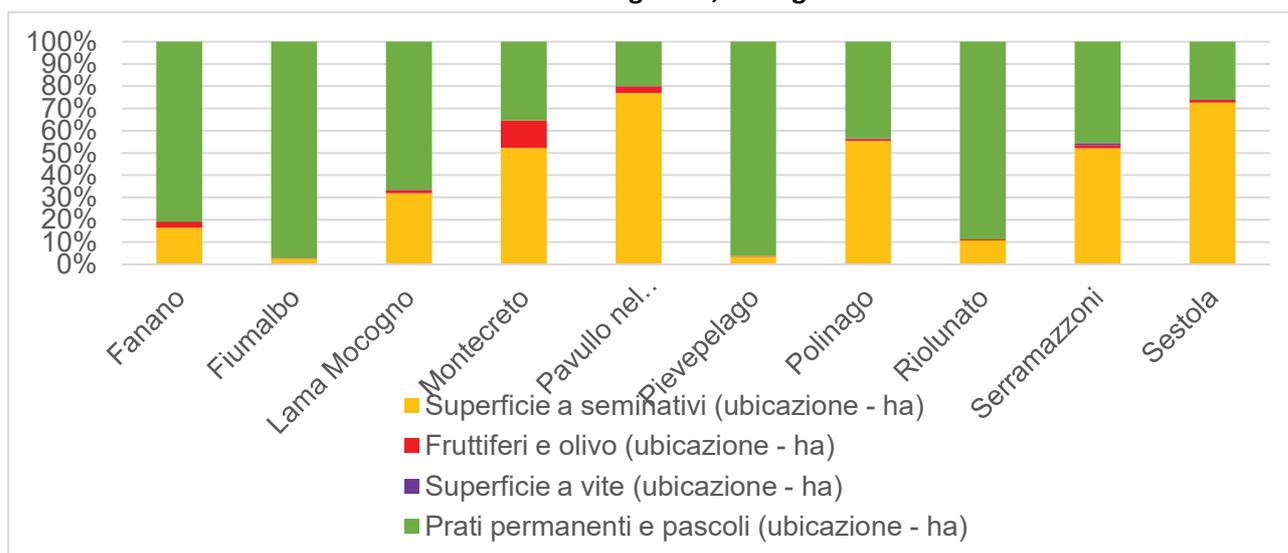
Numero addetti per settore, dettaglio comunale



Registro Imprese della Regione Emilia-Romagna, 2016

Volendo prendere brevemente in esame l'utilizzo del suolo nel settore agricolo, appare evidente come **solo una parte dei Comuni presenti una quota rilevante di superficie coltivata a seminativi: Pavullo, Serramazzoni, Sestola, Montecreto e Polinago. Al contrario negli altri Comuni più montani troviamo una grande prevalenza dei prati utilizzati a pascolo.** Comune a tutto il territorio è invece la marginalità della quota di terreno dedicato a vite (sostanzialmente assente) e a frutteti / oliveti (con una quota del 10% solamente a Pavullo). Emergono quindi anche due tipi di agricoltura nell'Unione, con un cluster di Comuni con un'agricoltura leggermente più estensiva a seminativo ed un nucleo con un'agricoltura più tipicamente montana più silvo pastorale.

Utilizzo del suolo nel settore agricolo, dettaglio comunale



Regione Emilia-Romagna, 2010

La variazione delle imprese insediate e degli addetti nei vari settori presenta alcune conseguenze sul livello di disoccupazione che si registra nei Comuni. Complessivamente nel 2015 il dato si posiziona leggermente al di sopra del livello provinciale (7,4%) e regionale (7,7%), comunemente a quanto accade agli altri territori montani emiliani. **I livelli più alti li riscontriamo in effetti nei in tre Comuni del distretto del Cimone (Fiumalbo, Montecreto e Riolunato), mentre sono tre Comuni della parte bassa del Frignano a presentare un tasso di disoccupazione più basso (Polinago, Lama Mocogno, Serramazzone).**

Tasso di disoccupazione 1991-2015, dettaglio comunale

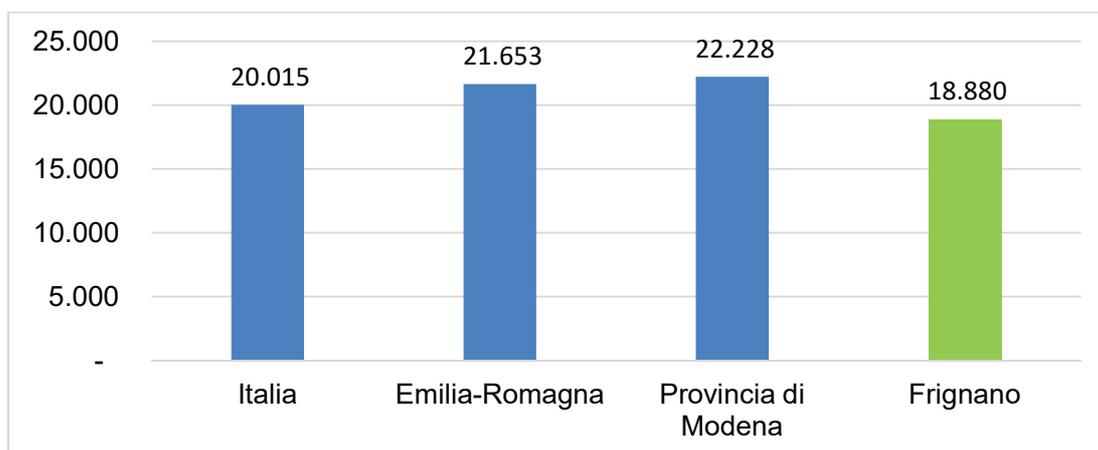
	1991	2001	2011	2015	Variazione 2001-2015
Fanano	5,9	3,7	6,3	7,8	1,5
Fiumalbo	10,4	10,4	4,2	12,2	8
Lama Mocogno	5,9	3,9	7,1	6,3	-0,8
Montecreto	10,6	7,1	5,8	11,8	6
Pavullo nel F.	8,3	4,2	6,1	8,3	2,2
Pievepelago	7,8	5,6	4,7	9,7	5
Polinago	5,5	4,4	8,2	6,1	-2,1
Riolunato	7,4	4,8	6,5	10,5	4
Serramazzone	6,7	3,6	5,8	7,1	1,3
Sestola	6,7	14	11	8,5	-2,5

Dati Istat, 2015

Da ultimo, si sono analizzate le dichiarazioni dei redditi 2016, inerenti all'anno d'imposta 2015. Il reddito imponibile medio, ottenuto come frazione dei redditi complessivi dichiarati dai contribuenti

residenti ed il numero dei contribuenti, evidenzia come **nel territorio del Frignano i redditi siano inferiori sia alla media nazionale che a quella regionale**, e a maggior ragione più bassi della media della provincia di Modena, che presenta un reddito medio molto elevato.

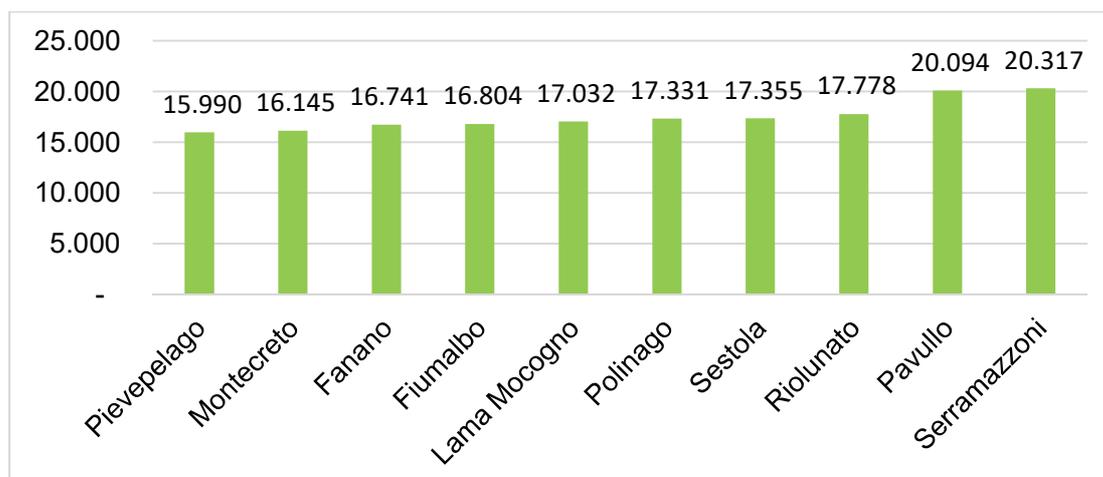
Reddito imponibile medio per aggregati territoriali



Elaborazioni Poleis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2017

Questo dato è frutto di un reddito particolarmente basso in alcuni Comuni dell'Unione, ed in particolare nei Comuni di montagna: **solo Pavullo e Serramazzone passano la soglia dei 20.000 euro in media, posizionandosi al di sopra del dato nazionale**. Gli altri Comuni presentano invece redditi inferiori di circa 3.000 euro, evidenziando uno scostamento netto.

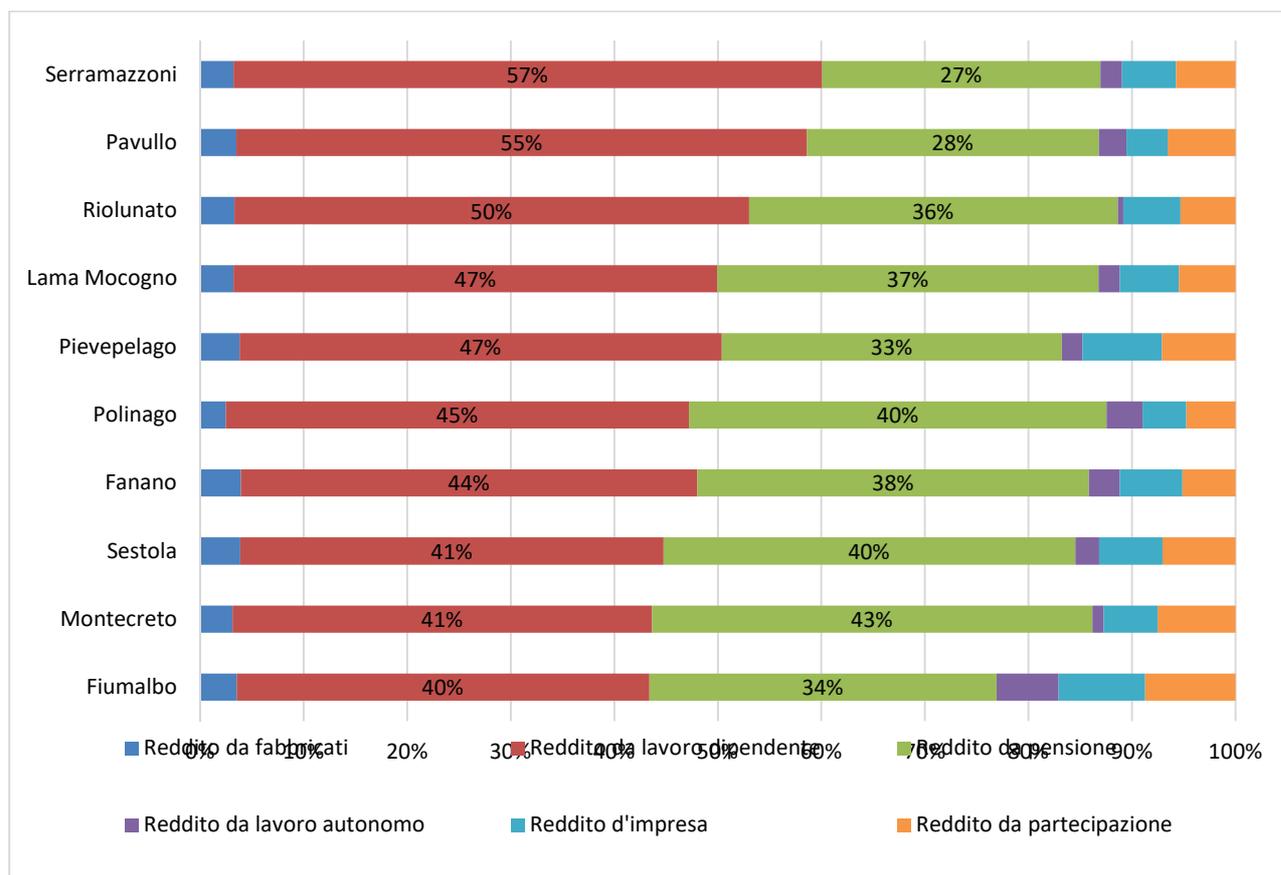
Reddito imponibile medio, dettaglio comunale



Elaborazioni Poleis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2017

Una possibile spiegazione di questa discrasia si può ricercare nelle sorgenti dei redditi, cioè nelle attività che sono alla base dei redditi dichiarati. I redditi possono provenire da fabbricati, da lavoro dipendente, da pensione, da lavoro autonomo, da attività imprenditoriale (in forma ordinaria o semplificata) o da partecipazione. **Nei due Comuni maggiori si riscontra una netta prevalenza dei redditi da lavoro dipendente (57% e 55% rispettivamente per Serramazzone e Pavullo), mentre specularmente sono meno rilevanti i redditi da pensione, che non arrivano al 30% del reddito generato nei due Comuni.** Al contrario fra i Comuni con redditi meno significativi troviamo una quota molto rilevante di redditi da pensione (43% e 38% per Montecreto e Fanano) o dei redditi d'impresa o da lavoro autonomo (che sono il 12% e il 10% a Pievepelago e Fiumalbo). Nei Comuni di montagna sono quindi più presenti i pensionati (con importi mediamente bassi) e gli imprenditori, perlopiù agricoli, con attività poco redditizie.

Sorgente dei redditi, dettaglio comunale



Elaborazioni Poleis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2017

1.3. Le condizioni di salute della popolazione del Distretto del Frignano

I dati di seguito riportati fanno riferimento alla rilevazione PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), sistema di sorveglianza nazionale rivolto alla popolazione adulta che indaga la diffusione dei fattori comportamentali di rischio per la salute (fumo, alcol, sedentarietà, cattiva alimentazione, eccesso ponderale, ecc.) e degli interventi di prevenzione messi in campo dalle Aziende Sanitarie. L'AUSL di Modena, insieme a quasi tutte le altre ASL italiane, partecipa a questo sistema di sorveglianza.

Questa sorveglianza è indispensabile quindi per pianificare e valutare gli interventi e le azioni a tutela della salute dei cittadini. PASSI viene effettuato mediante interviste telefoniche ai cittadini di età 18-69 anni estratti in modo casuale dall'anagrafe sanitaria. Il monitoraggio è permanente: le interviste vengono effettuate tutti i mesi dell'anno utilizzando un questionario standardizzato messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. Gli intervistatori sono operatori sanitari che hanno effettuato un percorso formativo continuo e uniforme in tutto il territorio nazionale; ciò permette di avere risultati di buona qualità e confrontabili a livello nazionale.

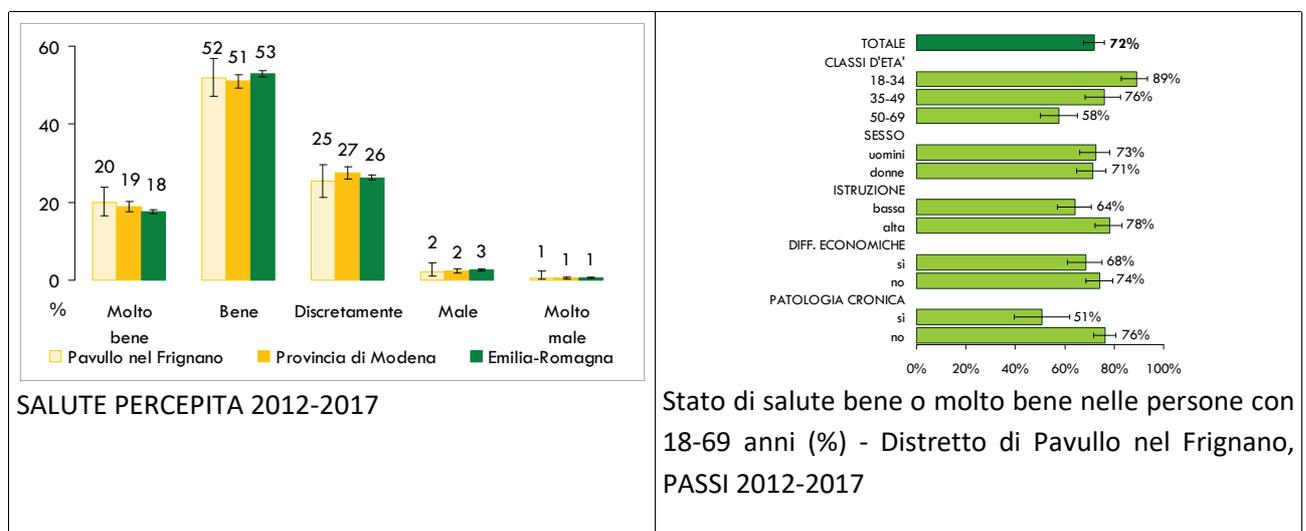
Stato di salute percepito

Secondo i dati PASSI nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 20% delle persone intervistate di 18-69 anni ha riferito di stare molto bene e il 52% bene.

Il 25% sta discretamente mentre il 2% male e l'1% molto male.

La percezione positiva del proprio stato di salute è maggiore tra i più giovani, le persone con un alto livello d'istruzione, senza difficoltà economiche e senza alcuna patologia cronica.

Tra le persone intervistate il 5% ha dichiarato nell'ultimo mese quattordici giorni o più in cattiva salute per motivi fisici e l'11% per motivi psicologici. Il 2% ha avuto invece limitazioni nelle attività abituali per quattordici giorni o più.

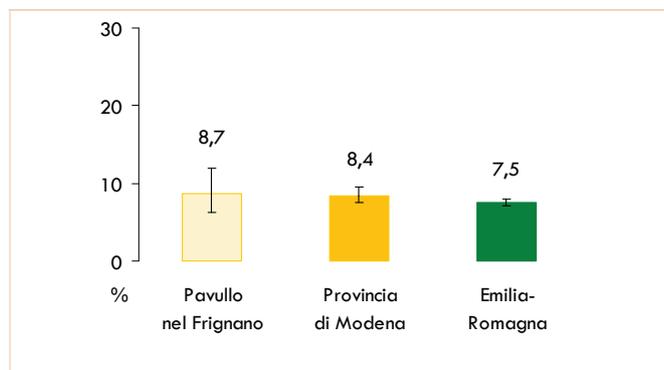


Sintomi di depressione

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano l'8,7% ha riferito sintomi di depressione, valore non significativamente diverso da quello provinciale (8,4%) e regionale (7,5%).

I sintomi di depressione sono più frequenti tra le donne (12,4%), le persone con difficoltà economiche (13,0%) e quelle con patologia cronica (12,0%).

Tra le persone che riportano sintomi di depressione, il 30% non ha chiesto aiuto a nessuno; solo il 45% si è rivolto a un medico o operatore sanitario. Questi dati sono di poco superiori a quelli registrati in tutta la provincia di Modena.

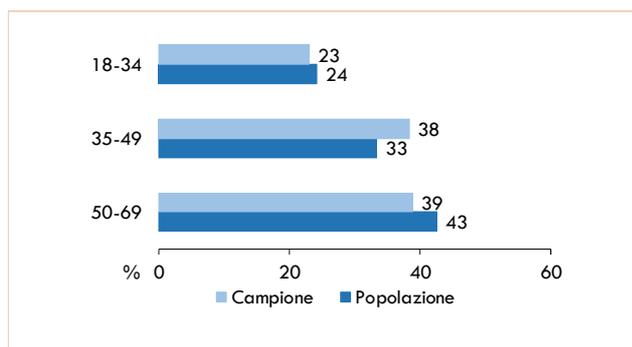


Sintomi di depressione nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

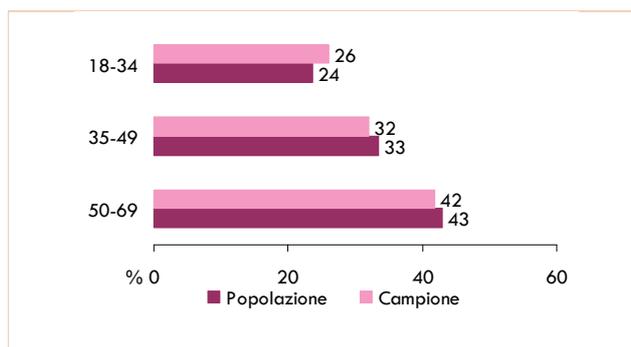
Livello socio-economico

Gli intervistati del Distretto di Pavullo nel Frignano sono per il 52% di uomini e per il 48% di donne; il 24% ha 18-34 anni, il 35% 35-49 anni e il 40% 50-69 anni.

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



Distribuzione del campione PASSI e della popolazione per classi d'età negli uomini (%)



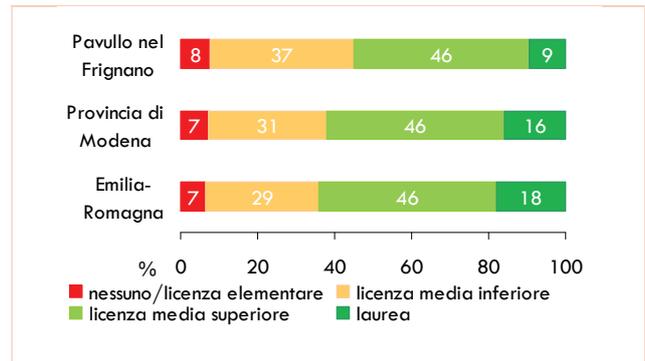
Distribuzione del campione PASSI e della popolazione per classi d'età nelle donne (%)

Livello d'istruzione

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 45% delle persone 18-69enni intervistate ha un livello di istruzione basso: l'8% non ha nessun titolo o ha una licenza elementare e il 37% ha una licenza media inferiore.

Il 55% ha, invece, un'alta istruzione: il 46% ha riferito una licenza media superiore e il 9% una laurea o un titolo superiore; quest'ultima percentuale risulta leggermente inferiore a quella provinciale (16%) e regionale (18%).

La prevalenza di persone con alta istruzione decresce con l'età (va dal 70% nei 18-34enni al 50% nei 50-69enni) ed è maggiore tra le donne (59%).

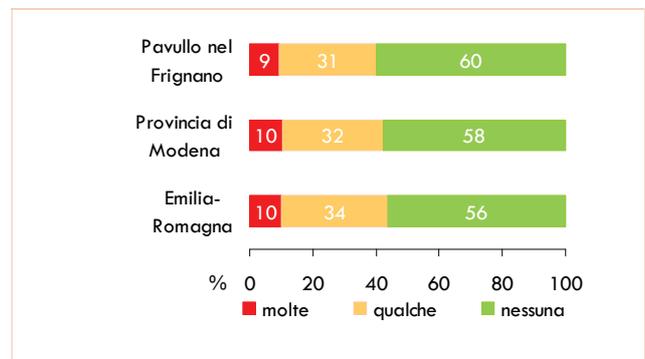


Livello d'istruzione del campione intervistato (%) - PASSI 2012-2017

Difficoltà economiche

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 40% ha riferito difficoltà economiche ad arrivare a fine mese: il 31% qualche e il 9% molte. Queste percentuali sono sovrapponibili a quelle provinciali e regionali.

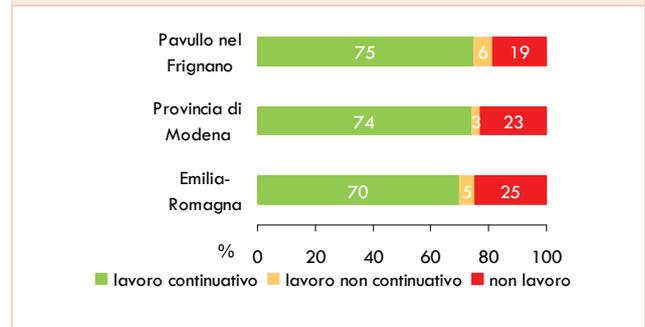
Nel Distretto di Pavullo nel Frignano hanno riportato in percentuale maggiore difficoltà economiche le donne (48%) e i 35-49enni (48%).



Difficoltà economiche nel campione intervistato (%) -

Stato lavorativo

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 75% degli intervistati con 18-65 anni ha riportato di lavorare in modo continuativo (a tempo pieno o part time), il 6% in modo non continuativo e il 19% di non lavorare. La percentuale di 18-65enni con un lavoro continuativo è superiore a quella



provinciale (70%) e regionale (74%); risulta, inoltre, più alta negli uomini (86%) rispetto alle donne (64%) e nella fascia d'età 35-49 anni (83%).

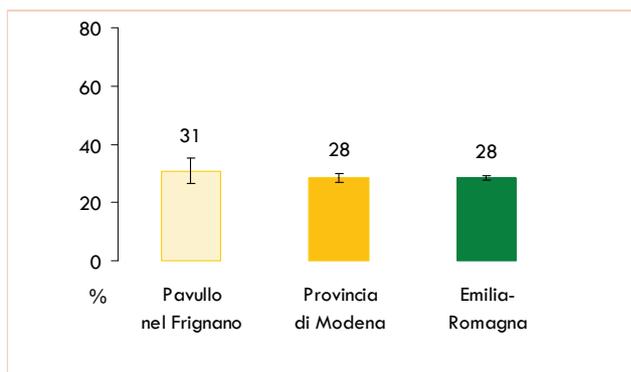
L'abitudine al Fumo di sigaretta

Secondo i dati PASSI nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 31% delle persone intervistate tra i 18 e i 69 anni fuma sigarette. Il 21% è un ex-fumatore e il 48% non ha mai fumato.

Questi valori sono abbastanza omogenei con quelli provinciali e regionali.

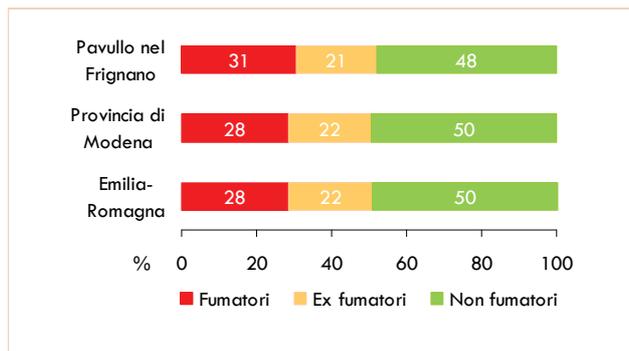
La percentuale di fumatori è più alta nei 18-34enni (37%), negli uomini (32%), nelle persone con un basso livello d'istruzione (35%) e in quelle con difficoltà economiche (40%).

Tra i fumatori il 29% è un forte fumatore (20 sigarette o più al giorno) e lo 0,8% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

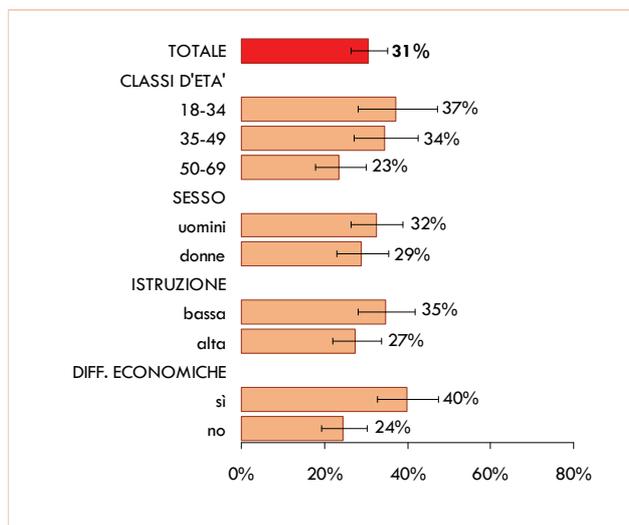


Fumo di sigaretta nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

Stato lavorativo nel campione intervistato (%) - PASSI 2012-2017



Fumo di sigaretta nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017



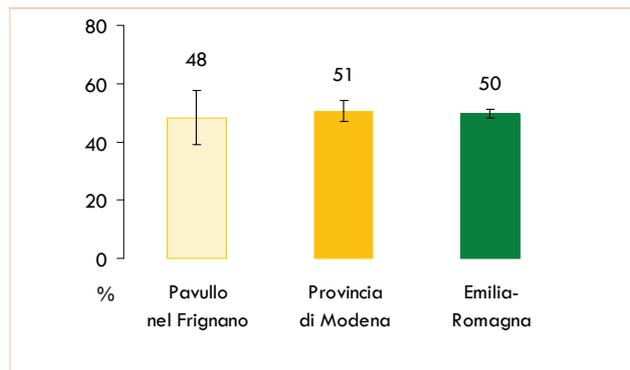
Fumo di sigaretta nelle persone con 18-69 anni (%) - Distretto di Pavullo nel Frignano, PASSI 2012-2017

Attenzione degli operatori sanitari

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 37% delle persone intervistate ha riferito che un medico o un operatore sanitario gli ha chiesto se fuma sigarette, percentuale di poco inferiore a quella provinciale (39%) e regionale (43%).

Tra i fumatori questa percentuale sale al 64%.

Il 48% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Questo valore è simile a quello provinciale (51%) e a quello regionale (50%).



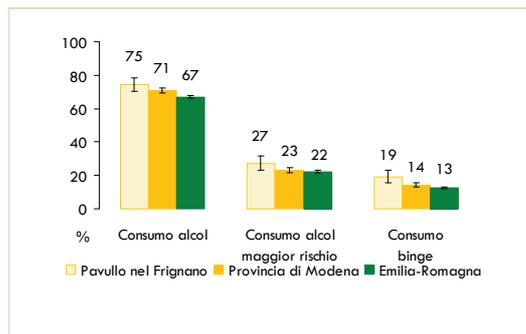
Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

Il consumo di Alcol

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 75% delle persone intervistate con 18-69 anni ha consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica (bicchiere di vino, lattina di birra, bicchierino di liquore).

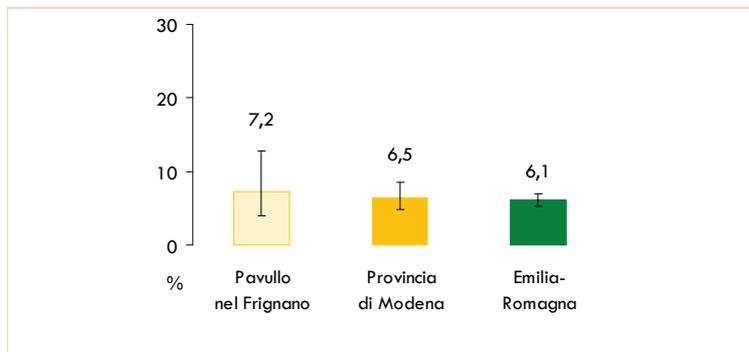
Il 27% è un consumatore di alcol potenzialmente a maggior rischio per la salute, valore superiore a quello provinciale e regionale (23%). Questa percentuale è maggiore tra i più giovani (46%), gli uomini (32%) e le persone con alta istruzione (31%).

Il 19% è un consumatore binge, cioè persone che hanno riferito di aver bevuto nell'ultimo mese cinque o più unità in un'unica occasione se uomini oppure quattro o più se donne. Tale valore sale al 36% tra i 18-34enni e al 24% tra gli uomini.

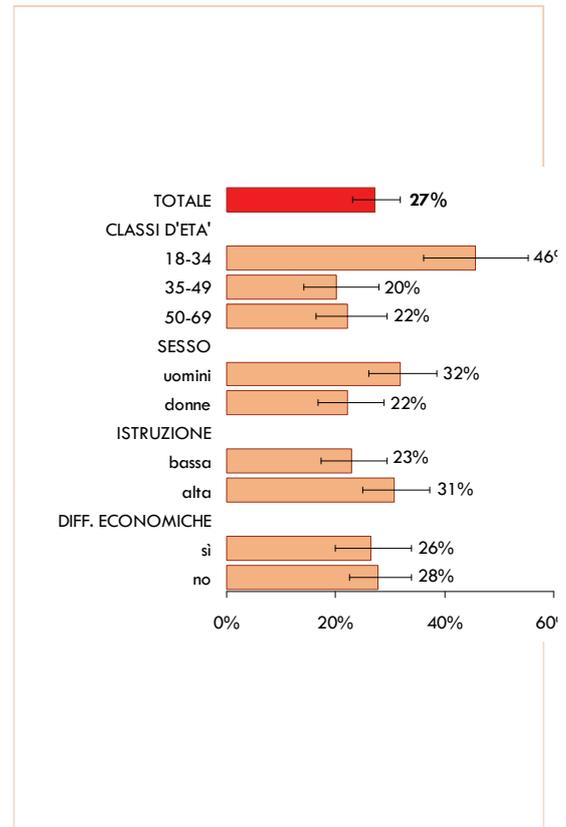


Consumo di alcol a maggior rischio e consumo binge nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

Al 12% dei 18-69enni del Distretto di Pavullo nel Frignano sono state fatte domande in merito al consumo di alcol da parte di un operatore sanitario. Al 7,2% dei consumatori di alcol a maggior rischio è stato consigliato di consumare meno bevande alcoliche, valore di poco superiore a quello provinciale (6,5%) e regionale (6,1%).



Consumatori di alcol a maggior rischio che hanno avuto il consiglio sanitario di consumare meno alcol nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017



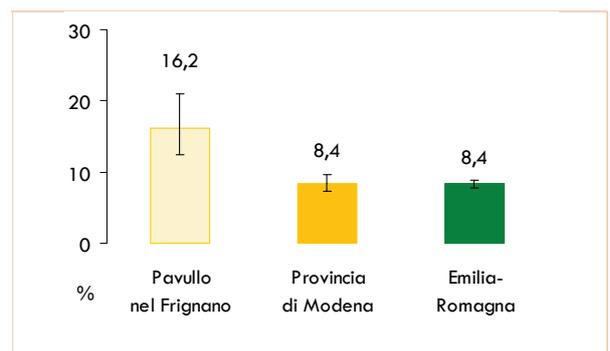
Consumo di alcol a maggior rischio nelle persone con 18-69 anni (%) – Distretto di Pavullo nel Frignano, PASSI 2012-2017

Guida sotto effetto dell'alcol

Il 16,2% degli intervistati non astemi ha guidato un'auto o una moto sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo aver bevuto nell'ora precedente due o più unità di bevanda alcolica, percentuale più alta rispetto a quella provinciale e regionale (8,4%).

Questo comportamento è stato riferito in percentuale maggiore dai 35-49enni (18,6%) e dagli uomini (22,9%). Il 7,5% è invece salito in auto o in moto con un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol, valore in linea con quello provinciale (7,2%) e regionale (6,5%).

L'Attività Fisica



Guida sotto effetto dell'alcol nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

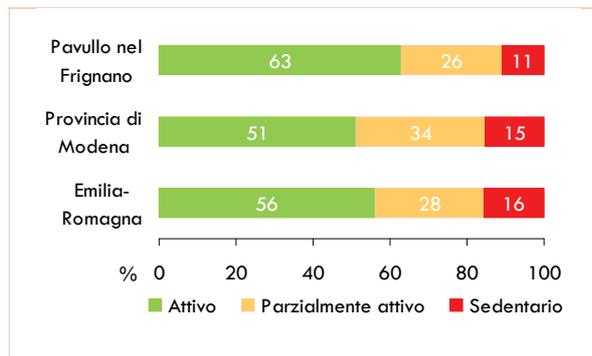
Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 63% delle persone con 18-69 anni ha uno stile di vita attivo in quanto svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico oppure pratica attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati dall'OMS (attività moderata di almeno 150 minuti alla settimana oppure attività intensa di almeno 75 minuti oppure una combinazione delle due; un'attività fisica di durata inferiore a 10 minuti viene considerata nulla).

Il 26% risulta parzialmente attivo perché pratica attività fisica a livelli inferiori di quelli raccomandati dall'OMS oppure svolge un lavoro moderato dal punto di vista lavorativo.

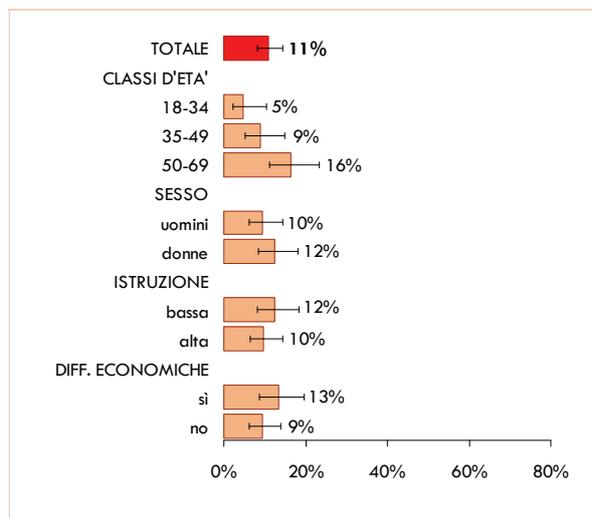
L'11% è completamente sedentario. La percentuale di sedentari cresce con l'età ed è di poco maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione (12%) e quelle con difficoltà economiche (13%).

Il 53% dei 18-69enni intervistati fa attività fisica intensa o moderata nel tempo libero secondo le raccomandazione dell'OMS. Questa percentuale è superiore rispetto a quella registrata in tutta la provincia (45%) e a quella regionale (51%).

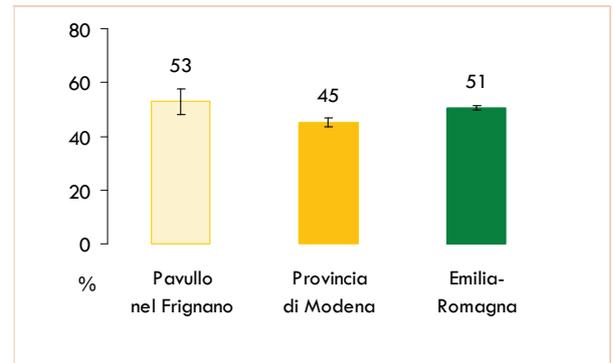
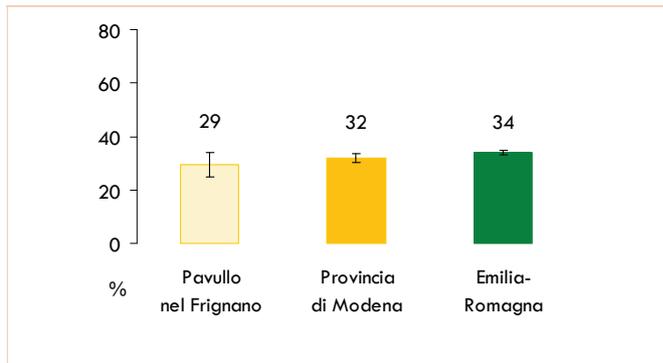
Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 29% delle persone intervistate con 18-69 anni ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di praticare attività fisica regolare nell'ultimo anno; questa percentuale è leggermente inferiore a quella provinciale (32%) e regionale (34%).



Categoria di attività fisica nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017



Sedentarietà nelle persone con 18-69 anni (%) - Distretto di Pavullo nel Frignano, PASSI 2012-2017



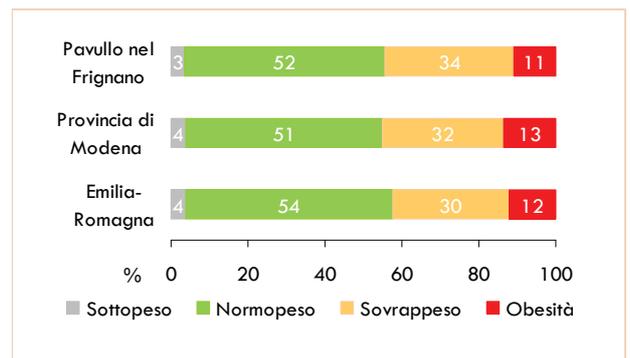
Consiglio di praticare attività fisica regolare da parte di un sanitario nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

Attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati nelle persone con 18-69 anni (%) - Distretto di Pavullo nel Frignano, PASSI 2012-2017

Alimentazione e Stato Nutrizionale

Nel Distretto di Pavullo nel Frignano il 52% delle persone con 18-69 anni è risultata essere normopeso e il 3% sottopeso. Il 45% è invece in eccesso ponderale (34% è in sovrappeso e l'11% presenta obesità), percentuale simile a quella provinciale (45%) e regionale (43%). L'eccesso ponderale cresce con l'età ed è più frequente tra gli uomini (54%) e tra le persone con un basso livello d'istruzione (53%).

La corretta percezione del proprio peso è uno dei fattori chiave per il cambiamento del proprio stile di vita: il 6% delle persone con obesità e ben il 53%



Stato nutrizionale nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

di quelle in sovrappeso ha una percezione non giusta del proprio peso. Inoltre solo il 13% delle persone in sovrappeso intervistate e il 20% di quelle obese segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

Il consumo di frutta e verdura

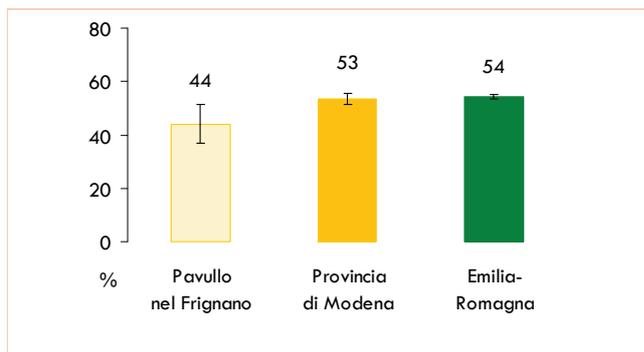
La quasi totalità degli intervistati 18-69enni (96%) mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma solo l'8% consuma le cinque o più porzioni raccomandate.

Il consumo raccomandato di frutta e verdura è basso, indipendentemente dallo stato nutrizionale riferito: è dell'11% tra le persone sotto/normopeso e del 4% tra quelle in eccesso ponderale.

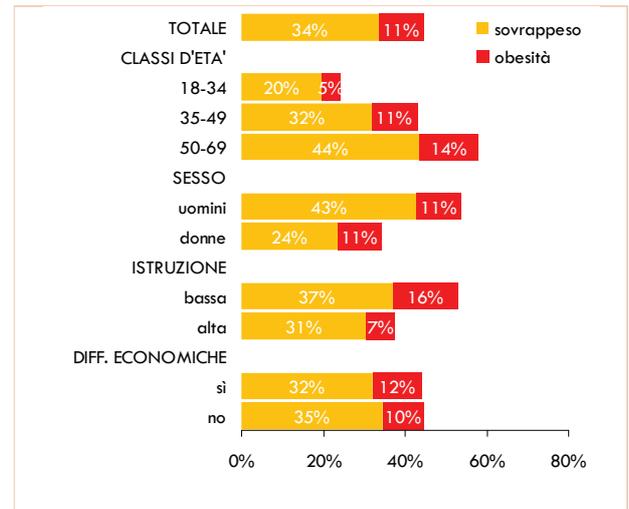
Attenzione degli operatori sanitari

Il 44% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso, valore inferiore a quello provinciale (53%) e regionale (54%).

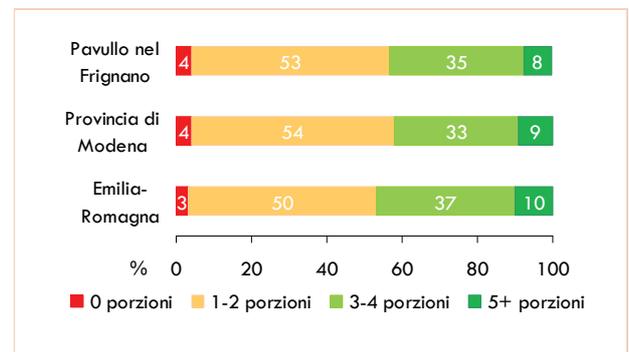
Minore è invece la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (41%). L'attenzione degli operatori sanitari è rivolta soprattutto alle persone obese ed è essenzialmente minore per i pazienti in sovrappeso.



Consiglio di perdere peso da parte di un sanitario nelle persone con 18-69 anni in eccesso ponderale (%) - PASSI 2012-2017



Eccesso ponderale nelle persone con 18-69 anni (%) - Distretto di Pavullo nel Frignano, PASSI 2012-2017



Consumo di frutta e verdura nelle persone con 18-69 anni (%) - PASSI 2012-2017

1.4. Il Terzo Settore: le risorse della comunità del Distretto del Frignano

Sul territorio del Frignano è presente una ricca rete di Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale, come si evince dalla tabella sotto riportata. Si segnala che per quanto riguarda le Coop. Sociali, diverse sono quelle che pur non avendo sede legale sul Frignano, operano sul territorio.

Dati Distrettuali delle Organizzazioni del Volontariato (OdV), delle Associazioni di Promozione Sociale (APS) e delle Cooperative sociali iscritte ai rispettivi Albi Regionali (dati al 31/12/2016)									
comune	associazioni volontariato				associazioni del tempo libero			Cooperative sociali	Tot. generale
	sanità	protezione civile ed ambiente	cooperazione internazionale	altro	sport	cultura	altro		
Fanano	3	1	1	1	4	3	3	1	17
Fiumalbo	2						1	1	4
Lama Mocogno	2		1		3	4	1		11
Montecreto	2					2	1		5
Pavullo	4	1	1	2	15	8	3		34
Pievepelago	2			1	3	5	1		12
Polinago	2				2	2	1		7
Riolunato	2			1	2	2	1		8
Serramazzone	2		1	3	2	3	2		13
Sestola	2				2	5			9
Totale	23	2	4	8	33	34	14	2	120

1.5. Offerta dei servizi presenti sul territorio del Frignano

Organizzazione sanitaria

L'organizzazione dei Servizi Sanitari sul territorio del Frignano è la presente:

- 1 ospedale e bassa-media intensità di cura con
 - Pronto Soccorso,
 - UO di Medicina
 - Chirurgia a bassa-media complessità
 - Ortopedia, Radiologia,
 - Laboratorio
 - Guardia anestesiologicala h24
 - Pediatria,
 - UO di Ginecologia – Ostetricia che, dopo il superamento della funzione parto, oggi accentrata a Sassuolo o Modena, risulta oramai integrata con il Consultorio,
 - day service oncologico, collegato funzionalmente con la UO di Medicina
 - Servizio dialisi

- 2 Case della Salute a bassa complessità (Fanano e Pievepelago, presso cui è anche un servizio dialisi)
- 1 sede Distrettuale con funzioni amministrative e Poliambulatorio a Pavullo
- 1 Ospedale di Comunità (OsCo) a Fanano
- Rete di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Quest'ultima risulta assente nei Comuni di Pievepelago, Fiumalbo, Riolunato, Fanano, Sestola, Montecreto, Lama Mocogno nonostante siano bandite le “zone carenti” a copertura dell'area
- Rete di Continuità Assistenziale
- Pediatria di Comunità
- Consultorio e Spazio Giovani
- Centro di Salute Mentale con una sezione residenziale, un centro diurno a cui si aggiunge l'attività domiciliare e presso le Case della Salute
- Servizio Dipendenze Patologiche
- Servizio di Assistenza Domiciliare infermieristica
- 1 ambulatorio Cure Palliative
- la rete 118 con personale professionale è in via di adeguamento con l'inserimento di 1 automedica (medico + infermiere) con sede Pavullo da settembre 2017, 1 auto-infermieristica notturna con postazione Riolunato, un'ambulanza con infermiere h6 a Polinago, entrambe da maggio 2018
- dopo il completamento e adeguamento notturno della elisuperficie presso l'aeroporto di Pavullo, sono in fase di adeguamento le piste di atterraggio notturno di Fiumalbo, Pievepelago, Fanano, Serramazzoni e, successivamente, Sestola
- NOTA: l'Ufficio di Piano dell'Unione dei Comuni rappresenta il luogo di convergenza per la gestione degli aspetti socio-sanitari

Da quanto indicato risulta evidente che la rete sanitaria mira a soddisfare le esigenze territoriali (di base e specialistiche), mantenendo nell'ospedale di prossimità le discipline generali (Medicina interna, Chirurgia a bassa-media complessità, Ortopedia, Radiologia fino alla TAC, Laboratorio). Il Pronto Soccorso-118 rappresenta uno snodo fondamentale nella gestione delle emergenze-urgenze, avvalendosi delle numerose procedure di centralizzazione dei pazienti più gravi e specialistici verso gli ospedali HUB di Sassuolo o dell'Azienda Ospedaliera (OCSAE e Policlinico). La rete territoriale della MG, PLS e ADI, con i Servizi collegati e di Comunità costituisce il tessuto connettivo in grado di rappresentare efficacemente il 1° livello di risposta sanitaria. E' in quest'ambito che si inserisce la rete delle CRA e dei Centri Diurni per anziani e disabili, punto di intersezione tra necessità sanitarie e sociali.

Il Distretto del Frignano è in una fase di profonda riorganizzazione da un punto di vista sanitario, sulla base di quanto previsto dal progetto provinciale approvato in CTSS nel luglio 2017.

Gli stessi stanziamenti già deliberati in sede regionale riassumibili sinteticamente in:

- 1.800.000 € per la ristrutturazione delle Sale Operatorie (partenza cantiere luglio 2018)
 - 3.200.000 € per la ristrutturazione del Pronto Soccorso e allestimento parcheggi annessi
 - 700.000 € circa su base annua per l'incremento del personale
- depongono per un concreto potenziamento della rete ospedale/territorio.

Al pari di tutti i territori periferici di area montana le problematiche sanitarie si coniugano spesso con quelle sociali e ambientali/logistiche. Il tema della viabilità/mobilità è spesso rappresentato come elemento limitante che necessita di una rete di prossimità adeguata a rispondere ai bisogni della popolazione.

In tal senso, oltre agli interventi di cui sopra, sono da considerare come qualificanti sia l'arricchimento della rete territoriale delle Cure Primarie (es.: ambulatorio Cure Palliative, rinnovamento del parco mezzi a disposizione per l'assistenza infermieristica domiciliare), l'allestimento delle piste per l'atterraggio notturno dell'elisoccorso sanitario (da luglio 2018), sia, più propriamente in ambito socio-sanitario, la collaborazione tra Area Fragili e Ufficio di Piano.

Organizzazione Sociale

Gli Sportelli Sociali

Presso ciascun Comune del Distretto del Frignano è presente lo Sportello Sociale, con una presenza programmata sul territorio (parametrata in base alle dimensioni dell'Ente) e con un monte ore dedicato garantito da personale formato, così come di seguito indicato:

Comuni	Abitanti Al 01.01.2018	Punti di accesso	Ore di Sportello attuali
Pavullo nel Frignano	17551	1	54
Serramazzoni	8304	1	18
Lama Mocogno	2708	1	8
Polinago	1649	1	5
Fanano	2946	1	12
Sestola	2490	1	12
Montecreto	918	1	6
Pievepelago	2317	1	9
Fiumalbo	1240	1	6
Riolunato	688	1	3
Totale	40811	10	133

Contatti registrati nell'anno 2017 sono stati complessivamente 1640, così suddivisi sui comuni dell'Unione:

COMUNE	
Fanano	86
Fiumalbo	53
Lama Mocogno	55
Montecreto	27
Pavullo	638
Pievepelago	144
Polinago	205
Riolunato	30
Serramazzoni	338
Sestola	64
Totale	1640

Il numero di domande registrate nell'anno 2017 per target/Aree di intervento di popolazione è il seguente:

COMUNE	Anziani	Dipendenze	disabili	famiglie	giovani	immigrati	povertà e disagio adulto	totali
Fanano	51	0	3	12	0	0	20	86
Fiumalbo	26	0	3	6	0	0	18	53
Lama Mocogno	40	2	6	37	2	16	21	55
Montecreto	19	0	0	6	0	0	2	27
Pavullo	105	0	5	365	0	0	163	638
Pievepelago	52	0	4	65	0	0	23	144
Polinago	86	1	37	38	1	3	39	205
Riolunato	8	0	0	13	0	0	9	30
Serramazzoni	100	0	12	169	0	0	57	338
Sestola	34	0	5	19	0	0	6	64
Totale	521	3	75	730	3	3	350	1640

I bambini, i ragazzi e le famiglie: l'offerta dei servizi

Servizi Prima Infanzia

Sul territorio del Frignano si è sviluppata negli anni una importante rete dedicata ai servizi per la prima infanzia:

Comune	utenti nidi
Fanano	8
Fiumalbo	8
Lama Mocogno	7
Montecreto	4
Pavullo	110
Pievepelago	4
Polinago	6
Riolunato	4
Serramazzoni	33
Sestola	12
TOTALE ANNO 2018	196

Bambini e Alunni iscritti alle Scuole di ogni ordine e grado del Distretto del Frignano

Sul territorio del Frignano sono presenti n. 4 Istituti comprensivi: Sestola - per i Comuni di Fanano e Montecreto -, Pievepelago – per i Comuni di Fiumalbo e Riolunato -, Lama Mocogno (per il comune di Polinago) e Serramazzoni.

Il Comune di Pavullo ha una Direzione Didattica (Scuole dell’infanzia e Primarie), una Scuola Secondaria di Primo Grado ed è sede di n. 2 Istituti di Scuola Superiori, di cui una con sede distaccata c/o il Comune di Pievepelago.

Isritti nelle scuole di ogni ordine e grado per genere.

Scuola primaria Numero scuole, Numero classi, Numero alunni per Comune - Anno scolastico 2016/2017

Comune	Numero scuole	Numero classi	Numero alunni
Fanano	1	5	103
Fiumalbo	1	3	45
Lama Mocogno	1	6	117
Montecreto	1	2	36
Pavullo nel Frignano	4	43	903
Pievepelago	2	5	78
Polinago	1	4	47
Riolunato	1	1	14
Serramazzoni	4	21	351
Sestola	1	5	81
Totale	17	95	1.775

Scuola Secondaria inferiore Numero scuole, Numero classi, Numero alunni per Comune - Anno scolastico 2016/2017

Comune	Numero scuole	Numero classi	Numero alunni
Fanano	1	3	54
Fiumalbo	1	3	36
Lama Mocogno	1	3	67
Pavullo nel Frignano	1	23	532
Pievepelago	1	3	59
Polinago	1	3	36
Serramazzoni	1	10	217
Sestola	1	3	56
Totale	8	51	1.057

Scuole superiori 2 grado Numero scuole, Numero classi, Numero alunni per Comune - distretti sanitari: Distretto Pavullo nel Frignano - Anno scolastico 2016/2017

Comune	Numero scuole	Numero classi	Numero alunni
Pavullo nel Frignano	5	60	1.244
Pievepelago	2	7	106
Totale	7	67	1.350

Iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado per genere, cittadinanza e indirizzo

Scuola primaria Alunni con cittadinanza italiana, Alunni con cittadinanza non it., Alunni con citt.non it. e no UE per Comune - Anno scolastico 2016/2017

Comune	Alunni con cittadinanza italiana	Alunni con cittadinanza non it.	Alunni con citt.non it. e no UE
Fanano	84	19	15
Fiumalbo	12	1	1
Lama Mocogno	99	18	14
Montecreto	0	0	0
Pavullo nel Frignano	756	147	123
Pievepelago	19	12	10
Polinago	30	5	5
Riolunato	0	0	0
Serramazzone	283	45	41
Sestola	71	10	7
Totale	1.354	257	216

Scuola secondaria inferiore Alunni con cittadinanza italiana, Alunni con cittadinanza non it., Alunni con citt.non it. e no UE per Comune - Anno scolastico 2016/2017

Comune	Alunni con cittadinanza italiana	Alunni con cittadinanza non it.	Alunni con citt.non it. e no UE
Fanano	48	6	3
Fiumalbo	31	5	3
Lama Mocogno	58	9	8
Pavullo nel Frignano	458	74	69
Pievepelago	46	13	10
Polinago	30	6	6
Serramazzone	187	30	27
Sestola	53	3	3
Totale	911	146	129

Scuola superiore 2 grado Alunni con cittadinanza italiana, Alunni con cittadinanza non it., Alunni con citt.non it. e no UE per Comune - Distretto Pavullo nel Frignano - Anno scolastico 2016/2017

Comune	Alunni con cittadinanza italiana	Alunni con cittadinanza non it.	Alunni con citt.non it. e no UE
Pavullo nel Frignano	1.069	175	155
Pievepelago	102	4	3
Totale	1.171	179	158

Abbandoni scolastici

I dati relativi agli abbandoni scolastici sono stati forniti dalla Fondazione San Filippo Neri, che sta curando a livello provinciale la realizzazione del Progetto "Diritto al Futuro" .

Quadro demografico dati servizi sociali								
	carpi	mirandola	modena	sassuolo	pavullo	vignola	castelfranco	totale
n. adolescenti 11-17 anni	6.898	5.337	11.615	8.051	2.466	5.656	5.122	45.145
n. famiglie	44.001	35.522	84.033	49.245	10.886	37.744	31.069	292.500
n.famiglie con figli 11-17 anni in carico	759	160	932	887	123	720	556	4.137
n. MSNA	3	1	178	13	2	3	12	212
Secondarie di 1° Grado								
iscritti	2.870	2.389	5.094	3.447	1.058	2.405	2.078	19.341
stranieri 2G	276	199	567	226	69	199	162	1.698
stranieri 1G	282	274	460	230	96	163	186	1.691
disabilità e DSA	306	370	509	256	63	273	266	2.043
ritirati	62	34	16	7	-	21	2	142
bocciati	133	79	87	36	22	35	28	420
frequenza discontinua	40	20	48	39	4	5	5	161
inadempienza obbligo scolastico	15	10	18	10	2	-	4	59
Secondarie di 2° Grado								
iscritti	4.027	3.628	13.874	4.730	1.186	2.663	1.286	31.394
stranieri 2G	147	139	506	147	44	89	53	1.125
stranieri 1G	232	284	1.253	321	97	277	61	2.525
disabilità e DSA	223	340	1.067	380	120	203	346	2.679
ritirati	53	79	294	41	4	107	30	608
bocciati	189	257	1.134	555	86	270	12	2.503
frequenza discontinua	248	99	244	140	14	69	-	814
inadempienza obbligo scolastico	8	16	33	9	-	4	-	70
formazione professionale								
iscritti	162		418		209			789
stranieri 2G	2		66		6			74
stranieri 1G	33		122		19			174
disabilità e DSA	30		13		9			52
ritirati	2		41		3			46
bocciati	11		48		1			60
frequenza discontinua	36		134		6			176
inadempienza obbligo scolastico	-		-		-			-

Alunni con disabilità

comune	utenti disabili
Fanano	1
Fiumalbo	2
Lama Mocogno	1
Montecreto	-
Pavullo	43
Pievepelago	6
Polinago	7
Riolunato	-
Serramazzone	14
Sestola	2
TOTALE ANNO 2018	76

I Centri per le Famiglie

Nel Distretto del Frignano non è presente un Centro per le famiglie, sono stati però sviluppati servizi per promuovere e sostenere il benessere delle famiglie, quali ad esempio gli Sportelli di ascolto all'interno delle scuole.

I Consultori familiari

I consultori familiari, nati come servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità, hanno come finalità l'assistenza psicologica e sociale alla maternità e paternità responsabile e ai problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile, il supporto alle libere scelte della coppia e del singolo in ordine alla procreazione responsabile, la tutela della salute della donna e del bambino concepito, la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, e le informazioni procedure per l'adozione e l'affidamento familiare. Il consultorio familiare assume inoltre un ruolo centrale nell'ambito della tutela sociale della maternità e dell'interruzione volontaria della gravidanza.

Consultori per tipologia e copertura territoriale in Provincia di Modena, anno 2017 vs Provincia/Regione

Distretto di erogazione	CONSULTORIO FAMILIARE	SPAZIO DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI	SPAZIO GIOVANI	TOTALE
MODENA - DISTR. CARPI	4	.	1	5
MODENA - DISTR. MIRANDOLA	5	.	1	6
MODENA - DISTR. MODENA	2	1	1	4
MODENA - DISTR. SASSUOLO	4	1	1	6
MODENA - DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	3	.	1	4
MODENA - DISTR. VIGNOLA	7	.	1	8
MODENA - DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	4	.	1	5
TOTALE PROVINCIA DI MODENA	29	2	7	38
TOTALE REGIONE EMILIA-ROMAGNA	175	12	34	222

Prestazioni erogate dai Servizi consultoriali analizzate in base all'area di attività (per esempio, nascita, IVG, controllo fertilità), anni 2017, 2016, 2015 per Distretto/Provincia/Regione

Distretto di erogazione	2016	2017
MODENA - DISTR. CARPI	21.236	23.826
MODENA - DISTR. MIRANDOLA	10.438	11.611
MODENA - DISTR. MODENA	38.459	39.994
MODENA - DISTR. SASSUOLO	20.920	23.381
MODENA - DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	9.326	9.268
MODENA - DISTR. VIGNOLA	20.145	22.110
MODENA - DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	15.371	17.098
TOTALE PROVINCIA DI MODENA	135.895	147.288
TOTALE REGIONE EMILIA ROMAGNA	781.314	826.137

Prestazioni erogate per attività e cittadinanza utente

Prestazioni erogate dai Servizi consultoriali analizzate in base all'area di attività (per esempio, nascita, IVG, controllo fertilità) e alla cittadinanza dell'utente

Distretto di erogazione	2016	2017
MODENA - DISTR. CARPI	20.926	23.489
MODENA - DISTR. MIRANDOLA	10.161	11.418
MODENA - DISTR. MODENA	37.467	39.127
MODENA - DISTR. SASSUOLO	19.741	22.446
MODENA - DISTR. PAVULLO NEL FRIGNANO	8.811	8.946
MODENA - DISTR. VIGNOLA	19.106	21.376
MODENA - DISTR. CASTELFRANCO EMILIA	15.022	16.765
TOTALE PROVINCIA DI MODENA	131.234	143.657
TOTALE REGIONE EMILIA-ROMAGNA	733.375	777.405

Indicatore IND0310 - % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza

L'indicatore misura l'entità della presa in carico da parte del consultorio pubblico delle donne in gravidanza. N. parti di donne seguite in gravidanza dal consultorio pubblico sul N. parti totali (%)

Distretto	Valore - 2015	Valore - 2016
Carpi	55,8	56,7
Mirandola	48,3	53,0
Modena	51,5	50,4
Sassuolo	53,4	50,6
Pavullo	60,4	58,9
Vignola	60,4	63,6
Castelfranco	55,0	51,8
Provincia	54,2	54,0
Emilia-Romagna	45,6	47,6

Indicatore IND0317 - % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)

L'indicatore valuta la capacità di attrazione dei servizi consultoriali rivolti agli adolescenti. Misura la capacità di penetrazione di un servizio e mette in evidenza le problematiche locali.

N. utenti Spazi Giovani sulla Popolazione residente 14-19 anni (%)

Valore - 2015	Valore - 2016
6,2	5,8
4,9	4,6
9,1	7,5
4,7	4,7
8,8	7,9
5,6	5,0
6,3	5,6
4,9	4,5
--	--

Indicatore IND0318 - % utenti dei consultori familiari sulla popolazione target (15-64 anni)		Dai dati rappresentati risulta:
Capacità di attrazione dei servizi consultoriali. Misura la capacità di penetrazione del servizio, mette in evidenza le problematiche locali.		
N. utenti dei consultori familiari 15-64 anni sulla Popolazione residente 15-64 anni (%).		
Valore - 2015	Valore - 2016	
9,40	9,05	
5,32	5,18	
8,68	8,92	
5,23	6,03	
9,26	8,46	
8,16	8,04	
8,64	9,17	
7,74	7,87	
6,33	6,40	

- allineamento dei dati distrettuali a quelli provinciali in termini di accessi/prestazioni
- buona capacità di attrazione dei servizi consultoriali sia per la presa in carico di donne in gravidanza che per la popolazione 14-19 e 15-64 anni

Neuropsichiatria infantile

I Centri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), sono i punti di accesso alla rete dei servizi di salute mentale dedicati ai minori, presenti in ogni Distretto dell'Azienda Usl. Assicurano servizi di prevenzione, diagnosi e cura in ambulatorio e a domicilio, in collaborazione con i servizi del territorio (a partire da medici e pediatri di famiglia), con i servizi ospedalieri, i servizi sociali dei Comuni, il volontariato e le associazioni di utenti e familiari, anche per fornire risposta a sempre più diffusi bisogni assistenziali.

**Indicatore IND0222 - Tasso std di
incidenza x 1000 residenti nei servizi
Neuropsichiatria Infantile**
La quota di persone che si rivolgono ai
servizi dipende dalla capacità
dell'organizzazione di intercettare gli
utenti, dalle caratteristiche del territorio e
della popolazione. L'indicatore misura la
capacità di penetrazione di un servizio e
mette in evidenza le problematiche locali.
N. nuovi utenti nei Centri Npia 0-17 anni
sulla Popolazione residente 0-17 anni (per
1.000 residenti).

Distretto	Valore - 2015	Valore - 2016
Carpi	18,76	19,41
Mirandola	21,41	23,94
Modena	18,21	18,22
Sassuolo	17,88	18,78
Pavullo	19,84	23,27
Vignola	17,38	21,26
Castelfranco	20,35	24,52
Provincia	18,86	20,59
Emilia-Romagna	19,06	19,69

**Indicatore IND0225 - Tasso std di prevalenza x
1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria
Infantil**

Misurazione della presenza di utenti dei servizi di
NPI. Conoscere la prevalenza consente di
comprendere il suo impatto sulla salute pubblica, di
pianificare le risorse in base alla sua prevalenza attesa
e programmarle in base alla sua variazione temporale.
N. utenti dei Centri Npia 0-17 anni sulla Popolazione
residente 0-17 anni (per 1.000 residenti).

Valore - 2015	Valore - 2016
74,48	76,4
89,74	92,26
84,81	84,56
68,87	70,81
79,82	90,48
61,8	70,92
81,15	87,42
77,39	80,71
70,55	73,03

Età pediatrica

I dati riportati di seguito rappresentano una fotografia nella prescrizione della classe di farmaci di più largo uso in età pediatrica, cioè gli antibiotici e il ricorso alla ospedalizzazione dei bambini.

Indicatore IND0343 - Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica (< 14 anni), erogati dalle farmacie territoriali, per 1.000 residenti < 14 anni.			IND0063 - Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma x 100.000 residenti L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile; un ruolo determinante spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale. N. ricoveri per asma 2-17 anni (relativi ai residenti nella AUSL) sulla Popolazione residente 2-17 anni (per 100.000 residenti)	
Distretto	Valore - 2015	Valore - 2016	--	--Valore - 2016
Carpi	979,2	957,46	--	18,52
Mirandola	986,75	1019,68	--	31,02
Modena	851,34	878,76	--	14,74
Sassuolo	973,05	968,37	--	80,67
Pavullo	941,22	885,87	--	70,51
Vignola	1153,95	1105,01	--	35,7
Castelfranco	1035,11	1074,2	--	7,95
Provincia	981,12	981,22	--	33,62
Emilia-Romagna	899,72	880,77	--	23,27

Indicatore IND0064 - Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite x 100.000 residenti

In Italia, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero. Nella maggior parte dei casi la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori.

N. ricoveri per gastroenterite dei minorenni (residenti nella AUSL) sulla popolazione minorenni (per 100.000 residenti)

Distretto	Valore – 2016
Carpi	50,41
Mirandola	77,06
Modena	79,33
Sassuolo	242,73
Pavullo	207,4
Vignola	140
Castelfranco	114,2
Provincia	121,88
Emilia-Romagna	138,38

Indicatore IND0058 - Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti (< 14 anni)

Numero di ricoveri per bambini di età inferiore a 14 anni sulla popolazione residente < 14 anni (%). In Italia questo indicatore, più elevato che in altre nazioni del mondo occidentale, è legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriatezza dei ricoveri in età pediatrica.

Valore – 2016
7,95
6,75
7,6
8,42
8,76
7,22
7,89
7,73
8,03

Il tasso di prescrizione di antibiotici si allinea con i valori regionali ed è significativamente inferiore agli altri valori provinciali. Fa presupporre un uso ragionato della terapia ed una attenzione alla appropriatezza della prescrizione.

Al contrario, il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite e il valore generale sono significativamente più elevati che nelle altre aree provinciali (escluso Sassuolo). Le motivazioni possono essere variabili, ma non crediamo legate ad una incidenza di forme maggiormente critiche, bensì riferibili a fattori logistico-organizzativi:

Maggior disponibilità di posti letto

Elevata distanza dall'Ospedale per molti dei Comuni del Distretto, con conseguente atteggiamento di cautela nella dimissione di pazienti borderline

Area Materno Infantile

Indicatori riguardanti la promozione del benessere psico-fisico della madre e del bambino, la tutela della salute della donna, i diritti della partoriente e del neonato e l'appropriatezza dei servizi e l'efficacia degli interventi atti a ridurre le gravidanze indesiderate

IND0217 - % parti cesarei primari

Non si ritiene più utile l'utilizzo di tale indicatore in quanto dall'ottobre 2017 è stata sospesa la funzione parto presso l'Ospedale di Pavullo. Peraltro, i valori certamente interessanti in termini di bassa propensione al parto cesareo, dovevano comunque essere reinterpretati sulla scorta della centralizzazione preventiva delle gravidanze a rischio presso i Punti Nascita Hub di Sassuolo e Policlinico di Modena.

Indicatore IND0066 - Tasso di concepimento nelle minorenni x 1.000 residenti

Il tasso di concepimento per minorenni, calcolato come rapporto tra la somma dei parti, degli aborti spontanei e delle interruzioni volontarie di gravidanza delle minorenni, con età compresa tra i 12 e i 17 anni, e la stessa popolazione femminile di riferimento per

AUSL di residenza, misura indirettamente l'efficacia delle attività consultoriali rivolte ai giovani. Nei consultori rivolti agli adolescenti l'area ostetrico-ginecologica è rivolta in prevalenza agli interventi legati alla contraccezione mentre l'area psico-sociale agli interventi legati a problematiche di disagio, abuso e maltrattamento.

Distretto	Valore - 2015	Valore - 2016	In generale: <ul style="list-style-type: none"> • trend in miglioramento su tutta la Regione • netto miglioramento nel Distretto di Pavullo a testimonianza del buon livello di penetrazione degli interventi consultoriali nelle minorenni
Carpi	2,83	1,74	
Mirandola	2,28	1,39	
Modena	3,36	3,12	
Sassuolo	0,60	1,78	
Pavullo	3,94	1,00	
Vignola	0,43	0,44	
Castelfranco	4,88	0,48	
Provincia	2,49	1,72	
Emilia-Romagna	2,42	2,34	

Indicatore IND0312 - Tasso IVG nelle donne italiane

L'indicatore valuta l'efficacia degli interventi atti a ridurre le gravidanze indesiderate. N. IVG in donne italiane residenti 15-49 anni sulla Popolazione italiana femminile residente 15-49 anni (per 1.000)

Distretto	Valore - 2015	Valore - 2016
Carpi	5,21	6,52
Mirandola	4,97	4,58
Modena	5,43	6,17
Sassuolo	4,95	5,01
Pavullo	5,15	5,07
Vignola	5,90	6,01
Castelfranco	6,62	6,25
Provincia	5,43	5,75
Emilia-Romagna	5,38	5,45

Indicatore IND0313 - Tasso IVG nelle donne straniere

L'indicatore valuta l'efficacia degli interventi atti a ridurre le gravidanze indesiderate, in particolare nella popolazione straniera, monitorando la riduzione nel divario tra i tassi di abortività nella popolazione italiana e straniera. N. IVG in donne straniere residenti 15-49 anni sulla Popolazione straniera femminile residente 15-49 anni (per 1.000)

Valore - 2015	Valore - 2016
13,61	14,17
14,08	13,92
19,14	19,30
17,55	15,74
9,93	12,81
16,70	16,62
15,50	12,76
16,32	16,08
17,01	16,72

Le difficoltà del crescere

I bambini e i ragazzi in carico ai servizi sociali, area protezione, tutela e accoglienza, in carico al Servizio Sociale Professionale – Tutela Minori – sono i seguenti:

Bambini e ragazzi in carico al Servizio Sociale Territoriale – Anno 2017

Comuni	tutela
Fanano	1
Fiumalbo	1
Lama Mocogno	8
Montecreto	0
Pavullo	56
Pievepelago	0
Polinago	0
Riolunato	2
Serramazzoni	16
Sestola	1
TOTALE	85

Alla data attuale il Servizio Sociale non ha minori stranieri non accompagnati (MSNA) in carico ai servizi sociali.

I bambini e i ragazzi che vivono fuori dalla famiglia d'origine: l'affidamento familiare e la collocazione in comunità residenziale

Minori in affidamento familiare – Anno 2017

Comune	Anno 2017
Fanano	
Fiumalbo	1
Lama Mocogno	1
Montecreto	0
Pavullo nel Frignano	9
Pievepelago	0
Polinago	0
Riolunato	0
Serramazzoni	2
Sestola	
Totale	13

Minori in Comunità educative – Anno 2017

Comune	Anno 2017
Fanano	
Fiumalbo	
Lama Mocogno	
Montecreto	
Pavullo nel Frignano	6
Pievepelago	
Polinago	
Riolunato	
Serramazzoni	1
Sestola	
Totale	7

Le adozioni nazionali e internazionali bambini e ragazzi

Percorsi adottivi seguiti dai servizi territoriali – Anno 2017

Comuni	Adozioni
Fanano	2
Fiumalbo	0
Lama Mocogno	0
Montecreto	0
Pavullo	3
Pievepelago	1
Polinago	2
Riolunato	0
Serramazzoni	6
Sestola	0
TOTALE	14

Bambini e ragazzi adottati seguiti dai servizi territoriali per tipo di adozione – Anno 2017

Casi in carico	Tipo di adozione
1	Nazionale
1	Internazionale

Le persone non autosufficienti Domiciliarità

Personae in assistenza domiciliare socio-assistenziale (accreditata) – Anno 2017

	Anziani	Disabili
DISTRETTO	80	34

Personae che hanno servizi accessori (pasti/trasporti/telesoccorso)

Utenti anziani e Disabili che hanno usufruito dei accessori – Anno 2017

DISTRETTO	Anziani	Disabili
Trasporti	28	55
Pasti	10	0
Telesoccorso	52	0

IND0207 - % di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA

L'indicatore valuta l'utilizzo delle Cure domiciliari per gli anziani ≥ 65 anni. E' un indicatore di equità che valuta la distribuzione territoriale degli anziani in carico ADI. N. assistiti di età ≥ 65 anni trattati in ADI sulla popolazione residente ≥ 65 anni (%).

Distretto	2014	2015	2016
Carpi	3,40	3,09	3,21
Mirandola	4,46	4,88	4,62
Modena	3,97	3,92	3,88
Sassuolo	5,18	4,76	4,51
Pavullo	5,22	5,44	5,18
Vignola	3,66	3,71	3,83
Castelfranco	4,18	4,68	4,08
Provincia	4,20	4,19	4,07
Emilia-Romagna	4,03	4,31	4,40

Indicatore IND0280 - Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, ≥ 75 anni

L'indicatore valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione over 75 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (adi medica, infermieristica, socio-sanitaria e volontariato). N. Prese in carico di assistiti ≥ 75 anni sulla popolazione residente ≥ 75 anni (per 1.000).

2015	2016
144,0	151,2
282,7	271,4
206,9	202,3
241,4	234,5
272,3	252,6
155,9	172,5
257,8	242,4
215,3	211,9
195,4	190,8

I dati indicano per il Distretto di Pavullo un'elevata % di anziani in assistenza domiciliare, a sottolineare sia l'attenzione prestata verso questa popolazione sia la percentuale più elevata di anziani sul territorio distrettuale

Personne con Assegno di cura e contributo assistenti familiari – area anziani e area disabili - Anno 2017

	Anziani	n. contributi assistenti familiari	Disabili	n. contributi assistenti familiari
DISTRETTO	108	33	21	5

Centri diurni per anziani e servizi semiresidenziali disabili : Posti autorizzati, accreditati e contrattualizzati – Anno 2017

TIPOLOGIA DI SERVIZIO	COMUNE DI UBICAZIONE	DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO	NUMERO POSTI AUTORIZZATI	NUMERO POSTI ACCREDITATI E CONTRATTUALIZZATI
CENTRI DIURNI PER ANZIANI	FANANO	FONDAZIONE SAN GIUSEPPE	10	4
	PAVULLO N/F	FRANCESCO E CHIARA	20	15
	PAVULLO N/F	FILI D'ARGENTO	10	8
	PAVULLO N/F	VILLA FRIGNANO	5	3
	POLINAGO	RESIDENZA SAN ROCCO	5	0
CENTRI SOCIO-RIABILITATIVI	PAVULLO N/F	BUCANEVE 1	15	15
	SESTOLA	BUCANEVE 2	9	9

Personne non autosufficienti inserite nei servizi semiresidenziali accreditati

	Anziani	Disabili
DISTRETTO	48	19

Residenzialità

TIPOLOGIA DI SERVIZIO	COMUNE DI UBICAZIONE	DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO	NUMERO POSTI AUTORIZZATI AL 31/5/2018	NUMERO POSTI ACCREDITATI E CONTRATTUALIZZATI al 01/01/2018 PER IL DISTRETTO DEL FRIGNANO - AREA ANZIANI	NUMERO POSTI ACCREDITATI E CONTRATTUALIZZATI al 01/01/2018 PER IL DISTRETTO DEL FRIGNANO - AREA DISABILI	NUMERO POSTI ACCREDITATI AL 01/01/2018 PER ALTRI DISTRETTI
CASA RESIDENZA PER ANZIANI	FANANO	FONDAZIONE SAN GIUSEPPE	54	23	0	0
	PAVULLO N/F	FRANCESCO E CHIARA	64	15***	0	0
	PAVULLO N/F	FILI D'ARGENTO	40	30	0	0
	PAVULLO N/F	VILLA FRIGNANO	60	10	0	0
	PAVULLO N/F	VILLA PINETA	82	33	4*	15
	PIEVEPELAGO (MO)	CASA CARANI	24	20	0	0
	POLINAGO (MO)	RESIDENZA SAN ROCCO	40	25	0	0
SESTOLA (MO)	CASA DEL SOLE	40	21	5**	0	
*Posti dedicati ad inserimenti individuali per utenti con gravissima disabilità acquisita						
** Posti per ricoveri residenziali per persone disabili adulte						
*** N. 7 posti dedicati al Nucleo dedicato alle demenze per assistenza residenziale temporanea						

Oltre l'offerta dei servizi residenziali accreditati, sono presenti altre opportunità residenziali a favore di anziani, quali :

- n. 17 alloggi (con possibilità di poter usufruire di altri servizi);
- n. 10 appartamenti destinati ad ospitare anziani autosufficienti in situazione di disagio abitativo e/o relazionale;
- n. 2 Case di Riposo;
- n.1 Comunità Alloggio;
- n.1 una Casa Famiglia.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO	COMUNE DI UBICAZIONE	DENOMINAZIONE DEL SERVIZIO	NUMERO POSTI AUTORIZZATI	NUMERO POSTI ACCREDITATI E CONTRATTUALIZZATI al 31/12/2017 PER IL DISTRETTO DEL FRIGNANO	NUMERO POSTI ACCREDITATI E CONTRATTUALIZZATI AL 31/12/2017 PER ALTRI DISTRETTI
Centro socio-riabilitativo residenziale	MONTECRETO	CASA DELLA MARIOLA	12	9	3

Persone non autosufficienti inserite nell'anno in strutture residenziali socio-sanitarie e nei CSRR in regime definitivo e in accoglienza temporanea di sollievo - Anno 2017

Tipologia di ricovero	Anziani	Disabili
Definitivi	387	9
sollievo	50	4
Totale	437	13

Oltre agli inserimenti i Centri socio-riabilitativi Residenziali, nel corso del 2017, sono stati inserite n.4 persone disabili presso strutture a bassa soglia (appartamenti protetti, gruppi appartamenti, etc.)

Centri per demenze

Sul territorio del Distretto del Frignano oltre al Nucleo temporaneo delle demenze e al Centro disturbi cognitivi e demenze, tutti i servizi della rete sopra richiamati danno risposta anche agli utenti affetti da demenza e sostegno ai famigliari.

Nucleo demenza

Sul Distretto insiste un Nucleo Demenze (Istituto Francesco e Chiara).

Dall'analisi dei dati del 2017:

- posti letto accreditati: 7
- totale giornate di degenza ordinaria: 2297
- durata media degenza: gg 88,35
- Indice occupazione posti letto: 89,90%

indicano una progressiva ottimizzazione della gestione dei Posti Letto. In atto un'ipotesi di ampliamento dei Posti Letto accreditati con offerta di posti per i Distretti di Vignola e Castelfranco E.

Centri per le demenze, visite e consulenze specialistiche

Prime visite	Consulenze specialistiche	Visite di controllo	Numero pazienti presi incarico
646	120	724	97

Disabilità

Persone con gravissima disabilità assistite a domicilio e in struttura - Anno 2017

Assistiti a domicilio	Assistiti in struttura
10	5

Persone disabili in Attività educativa territoriale ed attività gruppale - Anno 2017

Anno 2017	Servizio Educativo Territoriale	Attività gruppali
DISTRETTO	40	26

Centri socio-occupazionali e persone con disabilità con interventi connessi all'inserimento lavorativo

Utenti anno 2017

Anno 2017	disabili
DISTRETTO	28

Efficacia assistenziale delle patologie croniche

IND0007 - Tasso std di ospedalizzazione per scompenso x 100.000 residenti, >= 18 anni

N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio dei residenti >= 18 anni sulla popolazione residente >=18 anni (per 100.000 residenti). La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Il numero di ricoveri, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati

IND0009 - Tasso std di ospedalizzazione per complicanze diabete x 100.000 residenti, >= 18 anni

Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale. In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy,

IND0012 - Tasso std di ospedalizzazione per BPCO x 100.000 residenti, >= 18 anni

Per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, alla pari di molte malattie cronico-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali. N. ricoveri per BPCO dei residenti nella Ausl >=18 anni sulla Popolazione residente >=18 anni (per 100.000 residenti).

Distretto	2016	2016	2016
Carpi	389,01	36,95	87,1
Mirandola	427,4	61,23	62,04
Modena	302,12	34,95	53,81
Sassuolo	391,84	69,64	87,91
Pavullo	404,74	63,18	105,94
Vignola	362,98	52,74	90,53
Castelfranco	329,84	53,64	43,52
Provincia	361,3	50,11	72,25
Emilia-Romagna	379,13	45,47	109,2

IND0212 - Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti		
N. ricoveri dei residenti sulla Popolazione residente (per 1.000). Il Tasso standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto fra tassi riferiti a popolazioni differenti.		
Distretto	2014	2015
Carpi	139,15	134,73
Mirandola	133,48	133
Modena	138,51	136,29
Sassuolo	153,72	151,45
Pavullo	154,39	152,82
Vignola	139,2	139,13
Castelfranco	139,49	139,39
Provincia	141,59	139,78
Emilia-Romagna	144,12	141,22

Il tasso di ospedalizzazione è il più alto della Provincia sia come dato generale che per scorporo e BPCO.

Risente della presenza di una popolazione mediamente più anziana, della buona disponibilità di posti letto nell'ospedale di prossimità e della maggior dispersione della popolazione anziana sul territorio con una conseguente maggior attenzione in fase di dimissione

Adulti in difficoltà

Interventi per Adulti in condizione di fragilità e vulnerabilità

Centri di ascolto della Caritas

Sul territorio del Frignano sono presenti n. 4 Caritas che, per l'anno 2017, hanno incontrato n. 226 nuclei. I bisogni espressi sono stati principalmente di natura economica, occupazionale e di insufficiente o assenza di rete parentale o amicale di supporto. In riferimento al lavoro i cittadini si sono rivolti a Caritas sia per la totale assenza di occupazione sia in caso di soggetti occupati che hanno un lavoro insufficiente alle loro necessità di vita quotidiana.

Distretto	IND0224 - Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti La quota di persone che si rivolgono ai servizi dipende dalla capacità dell'organizzazione di intercettare gli utenti, dalle caratteristiche del territorio e della popolazione. L'indicatore quindi misura la capacità di penetrazione di un servizio e mette in evidenza le problematiche locali. N. utenti maggiorenni nell'anno sulla Popolazione >=18 anni (per 1.000)			IND0221 - Tasso std di incidenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti La quota di persone che si rivolgono ai servizi dipende dalla capacità dell'organizzazione di intercettare gli utenti, dalle caratteristiche del territorio e della popolazione. L'indicatore quindi misura la capacità di penetrazione di un servizio e mette in evidenza le problematiche locali. N. nuovi utenti nell'anno >=18 anni sulla Popolazione >= 18 anni (per 1.000)	
	2014	2015	2016	2015	2016
Carpi	18,12	17,89	17,68	3,31	2,91
Mirandola	16,05	16,81	17,19	3,36	2,91
Modena	18,55	18,48	18,82	3,65	3,62
Sassuolo	18,92	19,33	19,96	3,75	3,41
Pavullo	22,87	24,47	25,92	6,11	5,75
Vignola	18,50	18,76	19,3	3,88	3,93
Castelfranco	20,09	19,74	19,8	4,5	4,53
Provincia	18,65	18,84	19,22	3,85	3,66
Emilia-Romagna	20,10	19,66	19,87	4,34	4,31

Distretto	IND0233 - Tasso std di ospedalizzazione in psichiatria x 100.000 residenti maggiorenni L'analisi dei ricoveri ospedalieri consente di indagare tre aspetti rilevanti: l'appropriatezza e la qualità delle cure, l'utilizzo delle risorse e le eventuali problematiche a livello locale in relazione alle specifiche patologie. N. ricoveri in psichiatria nei residenti >=18 anni sulla Popolazione residente >=18 anni (x 100.000 residenti)		IND0236 - Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni L'analisi dei tassi di ricoveri per TSO è un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici. Infatti, essendo il TSO una modalità di intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema assistenziale efficace nella presa in carico ordinaria dei pazienti anche più gravi, questo indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale. N. ricoveri in TSO nei residenti >=18 anni sulla popolazione >=18 anni (x 100.000 residenti)	
	2015	2016	2015	2016
Carpi	351,32	300,14	11,97	18,66
Mirandola	215,55	211,28	8,42	19,05
Modena	359,56	355,36	19,26	37,95
Sassuolo	318,96	326,21	16,95	18,95
Pavullo	227,54	235	14,42	30,69
Vignola	320,02	315,85	17,41	13,23
Castelfranco	250,15	227,97	6,31	13,97
Provincia	309,04	299,31	14,41	23,47
Emilia-Romagna	260,18	259,33	26,09	26,23

Tempi di attesa

Le prestazioni consulenziali/diagnostiche sono assicurate in ambito provinciale in oltre il 90% dei casi
Le attività chirurgiche in elezione rientrano ampiamente nelle tempistiche definite per classi di criticità di intervento

Immigrazione

Richiedenti asilo e Rifugiati

In accordo con la Prefettura di Modena, i Distretti/Unioni della Provincia, hanno individuato modalità di riparto per l'accoglienza sui propri territori sulla base della popolazione residente sui propri territori. La gestione dell'accoglienza sull'Unione dei Comuni del Frignano è gestita dalle Coop. CALEIDOS E CEIS di Modena.

Accoglienze Profughi sul territorio dell'Unione dei Comuni del Frignano al 18 06 2018 - dati Prefettura di Modena

COMUNI	Accoglienze Profughi	popolazione al/01/01/2016
Fanano	10	2.989
Fiumalbo		1.280
Lama Mocogno	4	2.734
Montecreto	6	940
Pavullo nel Frignano	45	17.477
Pievepelago	3	2.223
Polinago	10	1.672
Riolunato	-	712
Serramazzoni	31	8.289
Sestola	7	2.510
Totale	116	40.826

La spesa sociale e sanitaria e le fonti di finanziamento

La spesa sanitaria al momento non è puntualmente rilevabile.

La spesa sociale dell'Unione dei Comuni del Frignano - Costo pro capite totale

Il costo pro capite della spesa sociale è pari ad € 50,94 (la voce ricomprende: risorse proprie dei Comuni trasferite all'Unione dei Comuni del Frignano - comprensive delle spese di personale - oltreché i fondi nazionali a regionali a sostegno delle Politiche Sociali).

2. La Governance istituzionale del Distretto del Frignano

L'Unione dei Comuni del Frignano è l'ambito ottimale attraverso il quale i 10 Comuni del Frignano hanno deciso di gestire in maniera associata le funzioni sociali e socio sanitarie attraverso il Servizio Sociale Associato che ricomprende l'Ufficio di Piano Distrettuale e il Servizio Sociale Territoriale.

Con la convenzione sottoscritta in data 21.05.2018, è stata riconfermata la volontà dei Sindaci di gestire in maniera associata le funzioni sociali e socio – sanitarie e la scelta di gestirle attraverso l'Unione dei Comuni ai sensi di quanto previsto dalla LR. 12/2013.

La peculiarità territoriale (vastità territoriale, numerosità dei comuni che la compongono, caratteristiche morfologiche) oltreché l'esperienza fatta nei primi cinque anni di gestione associata, hanno suggerito di introdurre nella nuova convenzione alcune modifiche volte a valorizzare maggiormente la presenza dei tre naturali sub – ambiti distrettuali per rispondere in maniera più incisiva da un lato ai diversi bisogni espressi dai territori e dall'altro rafforzare la rappresentatività territoriale e la governance complessiva del Servizio Sociale Associato.

I tre sub – ambiti territoriali rappresentano il livello di base per la programmazione, la gestione e l'organizzazione dei servizi associati in Unione e sono:

- Sub-ambito dei Comuni di Pavullo nel Frignano, Serramazzone, Lama Mocogno e Polinago;
- Sub-ambito dei Comuni di Fiumalbo, Pievepelago e Riolunato;
- Sub-ambito dei Comuni di Sestola, Fanano e Montecreto.

A livello di ciascun sub – ambito è stata costituita la "Conferenza degli Amministratori di sub-ambito" composta dai Sindaci dei Comuni aderenti, tra i quali viene eletto il

“Presidente di Conferenza” con compiti di impulso, coordinamento, controllo e raccordo con la Giunta dell’Unione nella formazione degli indirizzi e delle scelte, in relazione allo specifico ambito territoriale di riferimento.

L’architettura istituzionale su cui poggia le proprie basi l’Unione può essere così sintetizzata:

- Presidente
- Giunta dell’Unione
- Presidenti di Conferenza degli Amministratori dei sub – ambiti
- Conferenza degli Amministratori dei sub – ambiti

Centrale rispetto alla governance distrettuale è il Comitato di Distretto, composto dai 10 Sindaci e dal Direttore del Distretto. Il Comitato di Distretto svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, socio – sanitarie e sanitarie da realizzarsi sul territorio del Frignano.

Il Comitato di Distretto rappresenta sempre più un nodo strategico della governance locale all’interno del quale sviluppare i processi di integrazione tra le diverse politiche di settore che nel loro complesso costituiscono le politiche di welfare da realizzare sul territorio distrettuale.

Prova della centralità attribuita al Comitato di Distretto in quanto sede della programmazione integrata, è la novità introdotta dalla regione (DGR N. 660/2018 Piano Povertà regionale) che prevede di ampliare la partecipazione al Comitato di Distretto a un referente del Centro per l’Impiego.

Se il Comitato di Distretto rappresenta il nodo strategico della governance delle politiche sociali, socio – sanitarie e sanitarie, dal punto di vista tecnico il nodo strategico è rappresentato dall’Ufficio di Piano, incardinato all’interno del Servizio Sociale Associato e continua a garantire tutte le funzioni a supporto dei processi decisionali del Comitato di Distretto.

Così come il Comitato di Distretto vedrà ampliata la sua composizione al rappresentante locale del servizio per il lavoro, lo stesso Ufficio di Piano dovrà prevedere una modifica dell’attuale assetto organizzativo che contempli la presenza tecnica di un referente del Centro per l’Impiego.

La vigente convenzione tra Unione dei Comuni e Ausl di Modena/Distretto di Pavullo verrà ridefinita, non solo rispetto alla governance istituzionale e alla struttura organizzativa, ma anche in rapporto alla formalizzazione delle funzioni riferite all’ambito lavorativo.

Il ruolo dell’Ufficio di Piano acquista ancor più centralità e rilevanza nell’ambito del sistema provinciale di governance, alla luce delle funzioni che lo stesso Piano Sociale e Sanitario regionale gli attribuisce rispetto alle integrazioni che devono essere realizzate a livello provinciale.

La governance provinciale rappresentata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria – CTSS - , riveste un ruolo fondamentale insieme all’ufficio di Supporto che ne costituisce il braccio operativo.

La Provincia di Modena ha sempre esercitato in questi ambiti un ruolo di coordinamento tra i diversi territori che favoriva e stimolava il raccordo e lo scambio delle migliori pratiche e

una crescita omogenea del sistema dei servizi. L'importanza di mantenere un livello di integrazione tra i territori è testimoniata dalla positiva esperienza costituita dal Coordinamento degli Uffici di Piano che, tramite incontri organizzati dall'Ufficio di Supporto tra i responsabili dei 7 Uffici di Piano e integrati dai referenti della sanità, ha costituito strumento di supporto tecnico all'elaborazione degli indirizzi della CTSS e ha consentito di tenere integrate le scelte di pianificazione provinciale con il livello distrettuale.

Anche nel percorso di costruzione dell'attuale Piano di Zona, il 20 aprile 2018, si è tenuto un confronto a livello sovracomunale organizzato dalla CTSS, che ha consentito agli Uffici di Piano di scambiarsi informazioni sullo stato dell'arte dei Piani distrettuali, di confrontare le esperienze sui percorsi partecipati, di concordare il livello programmatico assegnato all'Azienda nella redazione delle schede di livello sovracomunale con quello di ogni territorio. Il livello politico (ma anche quello tecnico per "preparare" le scelte), ha necessità di un riferimento istituzionale che favorisca l'allineamento tra il livello sovradistrettuale e quello distrettuale. Quando, come nel caso delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL UIL, i singoli distretti devono confrontarsi con un soggetto le cui politiche hanno una dimensione certamente più ampia del singolo territorio, almeno negli indirizzi di carattere generale e per le scelte strategiche più importanti, la CTSS costituisce uno strumento per elaborare priorità e fare sintesi, come è avvenuto con il documento di indirizzo sulle linee di programmazione sociale e sociosanitaria che, approfondito e integrato in un tavolo ristretto tecnico-politico, diventa uno strumento a supporto della programmazione dei singoli territori per guidare il confronto tra le parti sociali.



ALLEGATO FOTOGRAFIA TERRITORIO – ALLEGATO 1

**INDICATORI PER APPROFONDIMENTO
FOTOGRAFIA
DEL DISTRETTO DEL FRIGNANO
Fonte Regione Emilia Romagna**

La Popolazione residente, caratteristiche strutturali e Indici di stato della popolazione

*Saldo naturale, Saldo migratorio, Saldo complessivo per Comune di residenza
Anno 2016*

Comune di residenza	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo complessivo
Fanano	-21	7	-14
Fiumalbo	-16	-15	-31
Lama Mocogno	-33	14	-19
Montecreto	-15	5	-10
Pavullo nel Frignano	-73	90	17
Pievepelago	-3	52	49
Polinago	-15	-12	-27
Riolunato	-4	-5	-9
Serramazzoni	-19	25	6
Sestola	-34	12	-22
Totale	-233	173	-60

*Nati vivi, Morti, Saldo complessivo per Comune di residenza -
Anni 2007 - 2010 -2016*

Comune di residenza	2007			2010			2016		
	Nati vivi	Morti	Saldo complessivo	Nati vivi	Morti	Saldo complessivo	Nati vivi	Morti	Saldo complessivo
Fanano	22	46	85	22	47	7	19	40	-14
Fiumalbo	9	19	-12	8	24	6	10	26	-31
Lama Mocogno	22	59	-43	28	51	-26	15	48	-19
Montecreto	8	12	4	5	18	3	2	17	-10
Pavullo nel Frignano	212	163	365	188	184	66	117	190	17
Pievepelago	12	33	51	16	35	-31	22	25	49
Polinago	9	35	-11	16	35	-4	14	29	-27
Riolunato	2	5	14	6	16	-1	4	8	-9
Serramazzoni	77	68	248	97	68	-22	70	89	6
Sestola	19	36	5	18	35	12	13	47	-22
Totale	392	476	706	404	513	10	286	519	-60

Cancellati Italia, Cancellati Estero, Totale cancellati per Comune di residenza - Anno 2016

Fanano	64	6	70
Fiumalbo	32	5	37
Lama Mocogno	60	0	63
Montecreto	17	1	20
Pavullo nel Frignano	342	39	418
Pievepelago	58	22	84
Polinago	82	0	82
Riolunato	20	0	26
Serramazzoni	287	26	350
Sestola	71	3	82
Totale	1.033	102	1.232

Tasso grezzo di natalità, Tasso grezzo di mortalità, Tasso di immigrazione per Comune di residenza - Anno 2016

Comune di residenza	Tasso grezzo di natalità	Tasso grezzo di mortalità	Tasso di immigrazione
Fanano	6,37	13,41	25,82
Fiumalbo	7,91	20,56	17,40
Lama Mocogno	5,51	17,62	28,26
Montecreto	2,14	18,18	26,74
Pavullo nel Frignano	6,73	10,92	29,21
Pievepelago	9,79	11,13	60,54
Polinago	8,44	17,49	42,21
Riolunato	5,65	11,31	29,68
Serramazzoni	8,45	10,74	45,26
Sestola	5,21	18,82	37,65
Totale	7,03	12,75	34,53

Tasso di emigrazione, Tasso migratorio estero, Tasso migratorio interno per Comune di residenza - Anno 2016

Comune di residenza	Tasso di emigrazione	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio interno
Fanano	23,47	2,35	-2,35
Fiumalbo	29,26	1,58	-13,44
Lama Mocogno	23,12	5,87	-0,73
Montecreto	21,39	1,07	5,35
Pavullo nel Frignano	24,03	2,99	2,93
Pievepelago	37,39	25,82	-1,78
Polinago	49,44	6,03	-16,28
Riolunato	36,75	2,83	-1,41
Serramazzoni	42,25	1,33	3,98
Sestola	32,84	2,40	3,60
Totale	30,28	4,05	0,98

Tasso di immigrazione, Tasso di emigrazione, Tasso di crescita naturale per Comune di residenza - Anno 2016

Comune di residenza	Tasso di immigrazione	Tasso di emigrazione	Tasso di crescita naturale
Fanano	25,82	23,47	-7,04
Fiumalbo	17,40	29,26	-12,65
Lama Mocogno	28,26	23,12	-12,11
Montecreto	26,74	21,39	-16,04
Pavullo nel Frignano	29,21	24,03	-4,20
Pievepelago	60,54	37,39	-1,34
Polinago	42,21	49,44	-9,04
Riolunato	29,68	36,75	-5,65
Serramazzoni	45,26	42,25	-2,29
Sestola	37,65	32,84	-13,62
Totale	34,53	30,28	-5,73

*Maschi residenti, Femmine residenti, Totale residenti per Comune di residenza
Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007.*

Comune di residenza	1-1-2007			1-1-2011			1-1-2017		
	Maschi residenti	Femmine residenti	Totale residenti	Maschi residenti	Femmine residenti	Totale residenti	Maschi residenti	Femmine residenti	Totale residenti
Fanano	1.467	1.542	3.009	1.527	1.594	3.121	1.445	1.529	2.974
Fiumalbo	637	671	1.308	647	666	1.313	618	631	1.249
Lama Mocogno	1.476	1.524	3.000	1.439	1.473	2.912	1.343	1.373	2.716
Montecreto	481	458	939	512	483	995	489	442	931
Pavullo nel Frignano	8.080	8.363	16.443	8.498	8.852	17.350	8.635	8.916	17.551
Pievepelago	1.110	1.115	2.225	1.138	1.166	2.304	1.127	1.144	2.271
Polinago	927	890	1.817	912	863	1.775	814	831	1.645
Riolunato	382	351	733	392	367	759	365	338	703
Serramazzone	4.056	3.762	7.818	4.251	4.049	8.300	4.226	4.072	8.298
Sestola	1.306	1.334	2.640	1.304	1.338	2.642	1.231	1.255	2.486
Totale	19.922	20.010	39.932	20.620	20.851	41.471	20.293	20.531	40.824

Totale residenti al 31.12, Femmine residenti al 31.12, Maschi residenti al 31.12 per Comune di residenza - Anno 2016

Comune di residenza	Totale residenti al 31.12	Femmine residenti al 31.12	Maschi residenti al 31.12
Fanano	2.975	1.530	1.445
Fiumalbo	1.249	631	618
Lama Mocogno	2.715	1.373	1.342
Montecreto	930	441	489
Pavullo nel Frignano	17.400	8.839	8.561
Pievepelago	2.271	1.145	1.126
Polinago	1.645	831	814
Riolunato	703	338	365
Serramazzone	8.288	4.068	4.220
Sestola	2.486	1.255	1.231
Totale	40.662	20.451	20.211

Variazione % della popolazione, Variazione % della popolazione femminile, Variazione % della popolazione maschile per Comune di residenza - Anno 2016

Comune di residenza	Variazione % della popolazione	Variazione % della popolazione femminile	Variazione % della popolazione maschile
Fanano	-0,47	-0,46	-0,48
Fiumalbo	-2,42	-3,52	-1,28
Lama Mocogno	-0,69	-0,94	-0,45
Montecreto	-1,06	-1,12	-1,01
Pavullo nel Frignano	0,10	-0,05	0,25
Pievepelago	2,21	1,96	2,46
Polinago	-1,61	-2,35	-0,85
Riolunato	-1,26	-1,46	-1,08
Serramazzone	0,07	0,00	0,14
Sestola	-0,88	-1,65	-0,08
Totale	-0,15	-0,37	0,08

Rapporto di mascolinità, Età media maschile, Età media femminile per Comune di residenza - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	Rapporto di mascolinità	Età media maschile	Età media femminile
Fanano	94,5	48,9	50,5
Fiumalbo	97,9	48,9	49,9
Lama Mocogno	97,8	49,1	51,8
Montecreto	110,6	50,5	53,5
Pavullo nel Frignano	96,8	43,6	45,8
Pievepelago	98,5	46,3	50,0
Polinago	98,0	49,5	53,5
Riolunato	108,0	50,0	52,1
Serramazzoni	103,8	44,3	45,8
Sestola	98,1	50,4	52,3
Totale	98,8	45,7	47,9

Età media totale, Età media maschile, Età media femminile per Comune di residenza - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	Età media totale	Età media maschile	Età media femminile
Fanano	35,2	31,3	37,9
Fiumalbo	36,3	32,7	38,9
Lama Mocogno	36,7	32,1	40,6
Montecreto	37,6	37,5	37,7
Pavullo nel Frignano	32,7	30,8	34,4
Pievepelago	32,8	31,4	33,9
Polinago	34,2	31,6	36,1
Riolunato	32,7	29,8	34,2
Serramazzoni	33,9	33,1	34,7
Sestola	35,8	31,3	38,8
Totale	33,7	31,6	35,4

▪ **Popolazione residente straniera per genere ed età**

Totale residenti per Comune di residenza - Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007.

Comune di residenza	1-1-2007	1-1-2011	1-1-2017
Fanano	202	357	335
Fiumalbo	31	78	74
Lama Mocogno	189	209	214
Montecreto	51	102	74
Pavullo nel Frignano	1.241	1.925	2.139
Pievepelago	132	228	284
Polinago	138	173	176
Riolunato	19	47	42
Serramazzoni	826	1.037	899
Sestola	98	170	179
Totale	2.927	4.326	4.416

Maschi residenti, Femmine residenti per Comune di residenza - Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007

Comune di residenza	1-1-2007		1-1-2011		1-1-2017	
	Maschi residenti	Femmine residenti	Maschi residenti	Femmine residenti	Maschi residenti	Femmine residenti
Fanano	98	104	167	190	137	198
Fiumalbo	15	16	29	49	31	43
Lama Mocogno	91	98	89	120	97	117
Montecreto	30	21	56	46	28	46
Pavullo nel Frignano	627	614	921	1.004	981	1.158
Pievepelago	65	67	102	126	130	154
Polinago	72	66	84	89	74	102
Riolunato	7	12	19	28	14	28
Serramazzoni	464	362	528	509	427	472
Sestola	51	47	71	99	71	108
Totale	1.520	1.407	2.066	2.260	1.990	2.426

% popolazione straniera per Comune di residenza - Anni 1-1-2017; 1-1-2015; 1-1-2007.

Comune di residenza	1-1-2007	1-1-2015	1-1-2017
Fanano	6,7	11,4	11,3
Fiumalbo	2,4	5,7	5,9
Lama Mocogno	6,3	7,7	7,9
Montecreto	5,4	8,3	7,9
Pavullo nel Frignano	7,5	12,1	12,2
Pievepelago	5,9	10,9	12,5
Polinago	7,6	11,8	10,7
Riolunato	2,6	8,5	6,0
Serramazzoni	10,6	11,3	10,8
Sestola	3,7	7,6	7,2
Totale	7,3	10,9	10,8

Totale residenti per Comune di residenza e Classi di età lavorativa e non - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Fanano	302	662	1.153	857	2.974
Fiumalbo	132	289	475	353	1.249
Lama Mocogno	295	556	1.018	847	2.716
Montecreto	90	196	345	300	931
Pavullo nel Frignano	2.550	4.594	6.500	3.907	17.551
Pievepelago	239	589	841	602	2.271
Polinago	178	333	593	541	1.645
Riolunato	69	143	268	223	703
Serramazzoni	1.136	2.089	3.366	1.707	8.298
Sestola	221	503	973	789	2.486
Totale	5.212	9.954	15.532	10.126	40.824

Totale residenti per Comune di residenza e Classi di età per pop. assistibile - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	0-13 anni	14-59 anni	60 anni e oltre	Totale
Fanano	282	1.590	1.102	2.974
Fiumalbo	121	693	435	1.249
Lama Mocogno	274	1.416	1.026	2.716
Montecreto	87	471	373	931
Pavullo nel Frignano	2.370	10.232	4.949	17.551
Pievepelago	217	1.317	737	2.271
Polinago	169	819	657	1.645
Riolunato	60	372	271	703
Serramazzoni	1.061	4.967	2.270	8.298
Sestola	208	1.319	959	2.486
Totale	4.849	23.196	12.779	40.824

Totale residenti per Comune di residenza e Classi di età scolare - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-18 anni	19-23 anni	24 anni e oltre	Totale
Fanano	55	68	106	53	111	112	2.469	2.974
Fiumalbo	30	20	46	25	43	38	1.047	1.249
Lama Mocogno	44	54	114	62	100	95	2.247	2.716
Montecreto	13	24	36	14	17	23	804	931
Pavullo nel Frignano	409	511	913	537	873	857	13.451	17.551
Pievepelago	53	41	81	42	93	98	1.863	2.271
Polinago	36	38	53	42	52	52	1.372	1.645
Riolunato	13	18	18	11	24	36	583	703
Serramazzoni	201	202	402	256	353	373	6.511	8.298
Sestola	34	51	82	41	69	96	2.113	2.486
Totale	888	1.027	1.851	1.083	1.735	1.780	32.460	40.824

% popolazione anziana, % popolazione giovanile, % grandi anziani per Comune di residenza - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	% popolazione anziana	% popolazione giovanile	% grandi anziani
Fanano	28,8	10,2	15,6
Fiumalbo	28,3	10,6	14,7
Lama Mocogno	31,2	10,9	17,7
Montecreto	32,2	9,7	18,5
Pavullo nel Frignano	22,3	14,5	12,0
Pievepelago	26,5	10,5	15,0
Polinago	32,9	10,8	20,7
Riolunato	31,7	9,8	18,1
Serramazzoni	20,6	13,7	10,3
Sestola	31,7	8,9	16,7
Totale	24,8	12,8	13,4

Indice di vecchiaia per Comune di residenza - Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007.

Comune di residenza	1-1-2007	1-1-2011	1-1-2017
Fanano	234,6	254,3	283,8
Fiumalbo	305,0	267,7	267,4
Lama Mocogno	285,8	271,3	287,1
Montecreto	542,1	450,7	333,3
Pavullo nel Frignano	143,8	140,6	153,2
Pievepelago	222,2	225,0	251,9
Polinago	383,5	336,8	303,9
Riolunato	352,2	353,7	323,2
Serramazzone	118,0	126,1	150,3
Sestola	296,8	326,4	357,0
Totale	182,2	180,4	194,3

Indice di vecchiaia, Indice di dipendenza senile, Indice di struttura per Comune di residenza - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza senile	Indice di struttura
Fanano	283,8	47,2	174,2
Fiumalbo	267,4	46,2	164,4
Lama Mocogno	287,1	53,8	183,1
Montecreto	333,3	55,5	176,0
Pavullo nel Frignano	153,2	35,2	141,5
Pievepelago	251,9	42,1	142,8
Polinago	303,9	58,4	178,1
Riolunato	323,2	54,3	187,4
Serramazzone	150,3	31,3	161,1
Sestola	357,0	53,5	193,4
Totale	194,3	39,7	156,0

Indice di dipendenza totale, Indice di dipendenza giovanile, Indice di ricambio popolazione attiva per Comune di residenza - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	Indice di dipendenza totale	Indice di dipendenza giovanile	Indice di ricambio popolazione attiva
Fanano	63,9	16,6	218,8
Fiumalbo	63,5	17,3	205,0
Lama Mocogno	72,6	18,7	172,1
Montecreto	72,1	16,6	456,3
Pavullo nel Frignano	58,2	23,0	121,7
Pievepelago	58,8	16,7	151,7
Polinago	77,6	19,2	200,0
Riolunato	71,0	16,8	228,6
Serramazzone	52,1	20,8	156,0
Sestola	68,4	15,0	250,0
Totale	60,2	20,5	153,8

*% popolazione anziana, % popolazione in età lavorativa, % popolazione giovanile per Comune di residenza -
Anni 1-1-2017; 1-1-2015; 1-1-2007.*

Comune di residenza	1-1-2007			1-1-2015			1-1-2017		
	% popolazione e anziana	% popolazione e in età lavorativa	% popolazione e giovanile	% popolazione e anziana	% popolazione e in età lavorativa	% popolazione e giovanile	% popolazione e anziana	% popolazione e in età lavorativa	% popolazione giovanile
Fanano	1,5	79,2	19,3	3,2	79,1	17,7	3,6	77,6	18,8
Fiumalbo	3,2	83,9	12,9	2,7	84,9	12,3	4,1	82,4	13,5
Lama Mocogno	1,6	70,4	28,0	3,8	74,6	21,6	5,6	75,7	18,7
Montecreto	2,0	78,4	19,6	4,9	81,5	13,6	5,4	81,1	13,5
Pavullo nel Frignano	1,9	75,4	22,6	2,8	75,9	21,3	3,3	76,0	20,8
Pievepelago	3,8	78,8	17,4	4,5	76,2	19,3	4,6	76,1	19,4
Polinago	0,0	83,3	16,7	1,0	78,5	20,5	1,1	80,1	18,8
Riolunato	0,0	100,0	0,0	0,0	76,2	23,8	2,4	81,0	16,7
Serramazzoni	1,1	73,2	25,7	3,3	77,5	19,2	3,7	79,2	17,1
Sestola	2,0	81,6	16,3	3,6	79,7	16,7	5,6	76,5	17,9
Totale	1,6	75,8	22,6	3,0	77,0	20,0	3,6	77,2	19,2

*% popolazione anziana, % popolazione in età lavorativa, % popolazione giovanile per Comune di residenza -
Anno 1-1-2017*

Comune di residenza	% popolazione anziana	% popolazione in età lavorativa	% popolazione giovanile
Fanano	3,6	77,6	18,8
Fiumalbo	4,1	82,4	13,5
Lama Mocogno	5,6	75,7	18,7
Montecreto	5,4	81,1	13,5
Pavullo nel Frignano	3,3	76,0	20,8
Pievepelago	4,6	76,1	19,4
Polinago	1,1	80,1	18,8
Riolunato	2,4	81,0	16,7
Serramazzoni	3,7	79,2	17,1
Sestola	5,6	76,5	17,9

*Indice di struttura, Indice di ricambio popolazione attiva, Indice di carico di figli per donna per Comune di residenza -
Anno 1-1-2017*

Comune di residenza	Indice di struttura	Indice di ricambio popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna
Fanano	108,0	150,0	22,4
Fiumalbo	96,8	25,0	10,7
Lama Mocogno	116,0	127,3	19,7
Montecreto	93,5	0,0	19,2
Pavullo nel Frignano	74,9	64,2	27,2
Pievepelago	54,3	66,7	32,2
Polinago	90,5	180,0	28,3
Riolunato	47,8	50,0	17,6
Serramazzoni	75,4	48,9	22,6
Sestola	85,1	800,0	24,6
Totale	78,6	73,8	25,2

▪ **Indice di vecchiaia**

*Indice di vecchiaia per Comune di residenza -
Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007.*

Comune di residenza	1-1-2007	1-1-2011	1-1-2017
Fanano	7,7	10,9	19,0
Fiumalbo	25,0	22,2	30,0
Lama Mocogno	5,7	12,2	30,0
Montecreto	10,0	17,6	40,0
Pavullo nel Frignano	8,5	10,7	15,8
Pievepelago	21,7	22,2	23,6
Polinago	0,0	16,7	6,1
Riolunato	.	0,0	14,3
Serramazzoni	4,2	12,5	21,4
Sestola	12,5	22,2	31,3
Totale	7,3	12,5	18,9

▪ **Indice di dipendenza**

*Indice di dipendenza totale per Comune di residenza -
Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007.*

Comune di residenza	1-1-2007	1-1-2011	1-1-2017
Fanano	26,3	24,8	28,8
Fiumalbo	19,2	16,4	21,3
Lama Mocogno	42,1	35,7	32,1
Montecreto	27,5	24,4	23,3
Pavullo nel Frignano	32,6	28,3	31,6
Pievepelago	26,9	31,8	31,5
Polinago	20,0	19,3	24,8
Riolunato	0,0	14,6	23,5
Serramazzoni	36,5	29,1	26,3
Sestola	22,5	14,9	30,7
Totale	32,0	27,3	29,6

▪ **Indice di struttura popolazione attiva**

Indice di struttura per Comune di residenza - Anni 1-1-2017; 1-1-2011; 1-1-2007.

Comune di residenza	1-1-2007	1-1-2011	1-1-2017
Fanano	44,1	62,5	108,0
Fiumalbo	36,8	86,1	96,8
Lama Mocogno	54,7	71,1	116,0
Montecreto	66,7	54,7	93,5
Pavullo nel Frignano	45,1	55,3	74,9
Pievepelago	38,7	41,8	54,3
Polinago	51,3	62,9	90,5
Riolunato	137,5	46,4	47,8
Serramazzoni	47,2	54,1	75,4
Sestola	56,9	68,2	85,1
Totale	47,3	56,7	78,6

Indice di vecchiaia, Indice di dipendenza senile, Indice di struttura per Comune di residenza - Anno 1-1-2017

Comune di residenza	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza senile	Indice di struttura
Fanano	19,0	4,6	108,0
Fiumalbo	30,0	4,9	96,8
Lama Mocogno	30,0	7,4	116,0
Montecreto	40,0	6,7	93,5
Pavullo nel Frignano	15,8	4,3	74,9
Pievepelago	23,6	6,0	54,3
Polinago	6,1	1,4	90,5
Riolunato	14,3	2,9	47,8
Serramazzoni	21,4	4,6	75,4
Sestola	31,3	7,3	85,1
Totale	18,9	4,7	78,6

Dinamica naturale della popolazione

Maschi e Femmine, Maschi, Femmine per Comune di iscrizione - Anno 2015

Comune di iscrizione	Maschi e Femmine	Maschi	Femmine
Fanano	16	6	10
Fiumalbo	8	3	5
Lama Mocogno	11	11	0
Montecreto	7	3	4
Pavullo nel Frignano	159	86	73
Pievepelago	17	9	8
Polinago	16	10	6
Riolunato	6	0	6
Serramazzoni	54	28	26
Sestola	12	2	10
Totale	306	158	148

Maschi e femmine, Maschi, Femmine per Distretti – Provincia di Modena - Anno 2015

Distretti sanitari di residenza	Maschi e femmine	Maschi	Femmine
Distretto Castelfranco Emilia	700	373	327
Distretto Carpi	805	424	381
Distretto Mirandola	688	354	334
Distretto Vignola	826	420	406
Distretto Pavullo nel Frignano	306	158	148
Distretto Sassuolo	1.023	527	496
Distretto Modena	1.573	783	790
Totale	5.921	3.039	2.882

*Popolazione legale per Comune di residenza -
Anni 9 Ottobre 2011; 21 Ottobre 2001 -*

Comune di residenza	21 Ottobre 2001	9 Ottobre 2011
Fanano	2.910	3.028
Fiumalbo	1.370	1.304
Lama Mocogno	3.032	2.844
Montecreto	929	1.000
Pavullo nel Frignano	15.119	17.198
Pievepelago	2.120	2.241
Polinago	1.867	1.742
Riolunato	737	759
Serramazzoni	6.883	8.014
Sestola	2.670	2.602
Totale	37.637	40.732

▪ **Tasso di crescita Naturale**

Tasso di crescita naturale per Comune di residenza - Anno 2016

Comune di residenza	Tasso di crescita naturale
Fanano	-7,04
Fiumalbo	-12,65
Lama Mocogno	-12,11
Montecreto	-16,04
Pavullo nel Frignano	-4,2
Pievepelago	-1,34
Polinago	-9,04
Riolunato	-5,65
Serramazzoni	-2,29
Sestola	-13,62
Totale	-5,73

Le famiglie - Sezione A: il contesto distrettuale

Composizione famiglie

Numero di famiglie, Numero di residenti in famiglia, Numero di residenti in convivenza per Comune di residenza –
Anni 1-1-2017; 1-1-2008.

Comune di residenza	1-1-2008			1-1-2017		
	Numero di famiglie	Numero di residenti in famiglia	Numero di residenti in convivenza	Numero di famiglie	Numero di residenti in famiglia	Numero di residenti in convivenza
Fanano	1.498	3.051	43	1.538	2.950	24
Fiumalbo	583	1.293	3	629	1.247	2
Lama Mocogno	1.425	2.957	0	1.378	2.711	5
Montecreto	463	937	6	474	928	3
Pavullo nel Frignano	6.912	16.659	149	7.527	17.451	100
Pievepelago	1.029	2.258	18	1.120	2.257	14
Polinago	860	1.795	11	792	1.636	9
Riolunato	355	745	2	366	703	0
Serramazzone	3.520	8.059	7	3.744	8.294	4
Sestola	1.316	2.624	21	1.354	2.466	20
Totale	17.961	40.378	260	18.922	40.643	181

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

Numero di famiglie, Numero di residenti in famiglia, Numero di residenti in convivenza per Comune di residenza -
Anni 1-1-2017;1-1-2011.

Comune di residenza	1-1-2011			1-1-2017		
	Numero di famiglie	Numero di residenti in famiglia	Numero di residenti in convivenza	Numero di famiglie	Numero di residenti in famiglia	Numero di residenti in convivenza
Fanano	1.556	3.081	40	1.538	2.950	24
Fiumalbo	603	1.310	3	629	1.247	2
Lama Mocogno	1.439	2.912	0	1.378	2.711	5
Montecreto	503	987	8	474	928	3
Pavullo nel Frignano	7.269	17.217	133	7.527	17.451	100
Pievepelago	1.098	2.288	16	1.120	2.257	14
Polinago	847	1.766	9	792	1.636	9
Riolunato	370	757	2	366	703	0
Serramazzone	3.700	8.294	6	3.744	8.294	4
Sestola	1.380	2.618	24	1.354	2.466	20
Totale	18.765	41.230	241	18.922	40.643	181

% famiglie unipersonali, Numero medio di componenti per famiglia per Comune di residenza - Anni 1-12017; 1-1-2011.

Comune di residenza	1-1-2011		1-1-2017	
	% famiglie unipersonali	Numero medio di componenti per famiglia	% famiglie unipersonali	Numero medio di componenti per famiglia
Fanano	46,79	1,98	50,91	1,92
Fiumalbo	39,97	2,17	46,90	1,98
Lama Mocogno	44,13	2,02	47,17	1,97
Montecreto	46,52	1,96	47,89	1,96
Pavullo nel Frignano	32,07	2,37	34,65	2,32
Pievepelago	43,72	2,08	44,91	2,02
Polinago	42,86	2,09	44,32	2,07
Riolunato	42,97	2,05	50,27	1,92
Serramazzoni	38,59	2,24	39,58	2,22
Sestola	48,77	1,90	52,07	1,82
Totale	38,75	2,20	41,16	2,15

▪ Famiglie per Tipologia familiare

Famiglie per numero di componenti per Comune di residenza- Anno 2017

Comune di residenza	Componenti						totale famiglie	totale popolazione
	1	2	3	4	5	6 e più		
Fanano	786	357	207	150	26	17	1.538	2.974
Fiumalbo	294	154	110	46	17	7	629	1.249
Lama Mocogno	649	351	201	136	30	10	1.378	2.716
Montecreto	226	125	59	49	8	6	474	931
Pavullo nel Frignano	2.589	2.045	1.309	1.105	293	131	7.527	17.551
Pievepelago	502	305	160	117	25	10	1.120	2.271
Polinago	350	213	113	79	24	12	792	1.645
Riolunato	183	87	47	39	6	3	366	703
Serramazzoni	1.481	953	618	497	137	54	3.744	8.298
Sestola	705	360	160	93	29	7	1.354	2.486
Totale Distretto	7.765	4.950	2.984	2.311	595	257	18.922	40.824
% sul numero di famiglie	41,17%	26,24%	15,82%	12,25%	3,15%	1,36%		
Provincia	101.718	85.184	55.548	40.638	11.780	5.716	300.584	674.307

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

Numero di famiglie per Numero componenti e Numero di componenti anziani (65+) - Distretto Pavullo Nel Frignano - Anno 2017

Numero componenti	n. componenti anziani (65+)				Totale
	0	1	2	3 e più	
1	4.259	3.529	-	-	7.788
2	2.257	1.013	1.695	-	4.965
3	2.178	400	380	36	2.994
4	1.999	194	113	14	2.320
5 e più	613	146	88	8	855
Totale	11.306	5.282	2.276	58	18.922

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

Numero di famiglie per Componenti stranieri e Numero di componenti minorenni - Distretto Pavullo Nel Frignano - Anno 2017

Componenti stranieri	n. componenti minorenni					Totale
	0	1	2	3	4 e più	
Nessuno Straniero	13.727	1.779	1.184	175	22	16.887
Alcuni Stranieri	288	158	117	41	8	612
Tutti Stranieri	895	238	200	70	20	1.423
Totale	14.910	2.175	1.501	286	50	18.922



2. SCELTE STRATEGICHE E PRIORITÀ DI INTERVENTO

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale individua 3 obiettivi strategici attorno ai quali individuare le priorità di intervento da realizzare nel triennio 2018 – 2020 sul territorio del Frignano:

- la lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà;
- il Distretto quale nodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sociale e socio – sanitaria;
- lo sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di domiciliarità.

Attorno a questi tre principi cardine sono collegate 5 Aree di intervento. Ciascuna Area ricomprende schede operative dalle quale discendono le azioni che verranno realizzate sul territorio del Distretto del Frignano, per consolidare, sviluppare e innovare il sistema dei servizio sociali e sanitari. Le 5 Aree di intervento che hanno guidato l'elaborazione del Piano di Zona sono:

- Politiche per la prossimità e la domiciliarità
- Politiche per la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute
- Politiche per promuovere l' autonomia delle persone
- Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini
- Qualificazione servizi

Partendo dai questi 3 principi cardine, con l'utilizzo delle schede operative di intervento che accompagnano il Piano regionale attraverso il processo partecipativo attivato su tutto il territorio del Frignano, si è arrivati alla declinazione delle priorità di intervento che guideranno le scelte sociali e socio – sanitarie che verranno attuate nel triennio 2018 – 2020 nel Distretto del Frignano.

Le priorità di intervento di seguito riportate trovano la loro declinazione operativa nelle schede che accompagnano il Piano di Zona della Salute e del benessere sociale di cui al successivo punto 3.

2.1 Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà

I dati socio – demografici e sanitari del Frignano hanno ben evidenziato le differenze presenti sul territorio , differenze che si ripercuotono su condizioni familiari e individuali molto diverse di fragilità.

Nel triennio le priorità di intervento sono:

1. Attuare gli obiettivi contenuti nel Piano della Povertà del Distretto del Frignano di cui al successivo punto 5);
2. Sistematizzare i percorsi a sostegno del contrasto alla povertà, non solo quelli che discendono dalle misure nazionali (REI) e regionali (RES/LR. 14/2015) ma di tutti gli interventi a sostegno di quanti si trovino in situazione di fragilità/vulnerabilità economica;
3. Ridefinire le collaborazioni istituzionali per rendere effettiva l' integrazione tra programmazione sociale e programmazione delle politiche abitative anche attraverso l'individuazione di possibili progetti innovativi da realizzare sul territorio dell'Unione nei Comuni dove più forte è la tensione abitativa;
4. Rafforzare le collaborazioni già esistenti e avvio di nuove collaborazioni con i soggetti del Terzo Settore, con una particolare attenzione alle Associazioni di promozione sociale nei settori sportivi e culturali presenti sul territorio dell'Unione, per l'individuazione di azioni a contrasto della povertà educativa di bambini e ragazzi da mettere in campo a supporto degli interventi attuati dal Servizio Sociale Territoriale.

2.2 Distretto quale nodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sociale e socio – sanitaria

Il percorso di programmazione partecipata fatto sul territorio del Frignano ha rinforzato l'importanza dell'ambito distrettuale in quanto ambito dimensionale ottimale per la programmazione, la gestione e l'erogazione degli interventi sociali e socio sanitari, ma ancor di più ha evidenziato l'importanza, alla luce delle peculiarità territoriali e delle differenze espresse, dei sub-ambiti distrettuali in quanto territorialmente più vicini alle comunità e capaci di rappresentare la giusta dimensione per poter organizzare i servizi. La dimensione distrettuale con i suoi sub – ambiti è confermato dalle scelte fatte da un lato dalle Amministrazioni Comunali attraverso la gestione associata del Servizio Sociale e dall'altro con le scelte fatte dall'Azienda UsI (sviluppo delle Case della Salute, OSCO, etc.).

L'organizzazione del Servizio Sociale Territoriale fin dall'avvio della gestione associata ha previsto che accanto ad un livello centralizzato per la gestione delle funzioni associate, venisse sviluppato un livello decentrato, territoriale che prevede su ciascuno dei 10 comuni del Frignano lo Sportello Sociale e il Servizio Sociale Professionale. Fin dall'avvio della gestione associata l'architettura organizzativa del servizio è stata pensata per potersi

connettere con gli assetti organizzativi delle due Case della Salute. Proprio per permettere uno sviluppo ulteriore dell'integrazione tra Servizio Sociale e Casa della Salute, nel corso dell'anno 2017 sono stati presentati 2 progetti per accedere ai Fondi previsti dal PSR 2014 – 2020 per interventi strutturali da realizzare su entrambe le Case della Salute ("Cimone" e "Alto Frignano) per consentire il trasferimento del Servizio Sociale all'interno delle Case della Salute. Ad oggi sono stati avviati i lavori di ristrutturazione della Casa della Salute "Cimone" di Fanano.

Le priorità individuate per rafforzare i percorsi di integrazione tra servizi sociali e socio – sanitari troveranno specificità di attuazione in stretto raccordo con i sub – ambiti distrettuali e per il triennio di riferimento sono:

1. Rafforzare la presenza del personale del Servizio Sociale Territoriale su ciascuno dei 10 Comuni dell'ambito territoriale;
2. Trasferire lo Sportello Sociale e il Servizio Sociale Professionale, una volta conclusi i lavori strutturali, presso la Casa della Salute "Cimone";
3. Sperimentare modalità innovative nella presa in carico congiunta tra sociale e socio – sanitario.

Il Distretto e la sua articolazione in sub - ambiti non rappresenta però solo un nodo strategico per l'integrazione tra sociale e socio – sanitario, ma si configura anche come luogo in cui sviluppare interventi capaci di integrare e connettersi più complessivamente per l'integrazione in senso più ampio delle politiche (scolastiche, del lavoro, abitative, etc) a favore dei cittadini del Frignano. Accanto a priorità specificatamente sociali e socio sanitarie si affiancano le seguenti priorità di intervento:

1. Promuovere forme stabili di confronto tra istituzioni e cittadini per incentivare la partecipazione attiva alla vita della comunità di riferimento attraverso l'individuazione di modalità e strumenti innovativi di confronto;
2. Ridefinire i rapporti con le istituzioni scolastiche presenti sul territorio distrettuale per rafforzare i processi di integrazione tra politiche sociali, sanitarie e scolastiche/formative;
3. Ridefinire le collaborazioni con le Amministrazioni Comunali e le Associazioni di promozione sociale nei settori culturali e sportivi per avviare percorsi condivisi e integrati rispetto alle politiche sociali e socio – sanitarie;
4. Promuovere forme di confronto e di scambio "stabili" con il sistema produttivo locale non solo sui temi legati al lavoro, ma anche sul possibile sviluppo di progetti condivisi in ambito sociale e sanitario;

5. Rafforzare le collaborazioni tra le Amministrazioni Comunali di ciascun sub-ambito rispetto a progetti pensati per rispondere a bisogni specifici, condivisi dai cittadini non solo in ambito sociale e/o socio – sanitario.

3.3. Sviluppo di strumenti nuovi di prossimità e di domiciliarità

La centralità del territorio distrettuale inteso come ambito territoriale ottimale che attraverso le sue diverse articolazioni organizzative (Unione dei Comuni del Frignano e Distretto socio – sanitario) garantisce non solo la programmazione delle politiche di welfare sociali e socio – sanitarie integrate con altre politiche di settore e l'erogazione dei servizi ma rappresenta anche il luogo in cui sviluppare concretamente, nel rispetto del principio di "prossimità e territorialità", gli interventi a sostegno dei cittadini del Frignano.

Il modello organizzativo individuato per il Servizio Sociale Territoriale, le Case della Salute, l'Ospedale di Comunità hanno come obiettivo quello di mettere al centro della loro azione le persone, i loro bisogni attraverso una vicinanza territoriale capace di garantire risposte globali nei luoghi di vita delle persone.

Questa vicinanza territoriale dei servizi alle persone, ai propri luoghi di vita è quanto mai strategica rispetto alle caratteristiche territoriali del Frignano che, in quanto territorio montano, esprime difficoltà logistiche oggettivamente più complesse e richiede pertanto servizi capaci di fornire risposte qualificate e decentrate sul territorio. Le priorità di intervento individuate sono:

1. Definire un Piano di azioni integrate per contrastare le forme di isolamento non solo delle persone anziane, ma anche di giovani e famiglie;
2. Definire un Piano della comunicazione capace di raggiungere efficacemente tutti i cittadini;
3. Ridefinire le modalità di accesso alla rete dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari anche individuando luoghi nuovi, più vicini alla gente;
4. Ripensare il sistema dei trasporti a sostegno delle fasce più fragili della popolazione.

Nella costruzione delle schede operative di intervento di ambito distrettuale, sono state individuate azioni specifiche che, seppur afferenti al tema tecnico di riferimento della singola scheda, rispondono alle priorità di intervento sopra esposte, frutto di quanto emerso nel percorso di programmazione partecipata.



3. Schede Intervento

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
- 5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore
- 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Distretto Sanitario
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;D;E;

Razionale	<p>La Casa della Salute non è solo un luogo fisico, ma un nuovo modo di lavorare che permetta di assumere il modello della sanità d'iniziativa.</p> <p>All'interno di queste strutture lavorano in modo integrato diversi professionisti: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, ostetriche e assistenti sociali. La Casa della Salute diventa così il punto di riferimento per i cittadini sul territorio per quanto riguarda "la salute" in senso ampio, dalla promozione della salute tramite lo sviluppo di sani stili di vita, alla presa in carico integrata di patologie croniche e della non autosufficienza secondo il paradigma della medicina d'iniziativa.</p> <p>Diventa un'opportunità per riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, che contempla una modalità di erogazione dell'assistenza alternativa al ricovero ordinario, focalizzate sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensate in modo da evitare accessi multipli.</p>
Descrizione	<p>In Provincia sono attive 11 Case della Salute così collocate: tre nel Distretto di Mirandola, una nel Distretto di Carpi, due nel Distretto di Castelfranco Emilia, due nel Distretto di Pavullo, due nel Distretto di Vignola ed una nel Distretto di Sassuolo.</p> <p>Altre 6 Case della Salute sono in fase di programmazione (Mirandola, Carpi, Modena Nord ed ESTENSE, Formigine e Sassuolo) ed altre 3 in fase di valutazione (San Felice, Soliera e Modena Sud).</p> <p>Vengono quindi riportate le funzioni ipotizzate per le Case della Salute attualmente in programmazione nella Provincia di Modena :</p> <p>Distretto di Carpi</p> <p>Nella CDS di Carpi saranno presenti i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza primaria con i MMG/Medicina di gruppo • Ambulatorio della cronicità • Centro prelievi ad accesso diretto • Ambulatorio infermieristico • Continuità assistenziale • Consultorio familiare e spazio giovani • Sportello socio-sanitario • Punto volontariato • Cooperativa dei MMG Meditem <p>Distretto di Mirandola</p> <p>Dal progetto sono presenti i seguenti servizi:</p>

- Punto di accoglienza
- Punto di Primo Intervento
- Continuità assistenziale
- Ambulatori infermieristici
- Servizio infermieristico domiciliare
- camere ardenti + chiesa
- Servizio di radiologia
- Assistenza primaria con i MMG e PLS
- Specialistica ambulatoriale
- Sportello Unico
- Punto prelievi
- Sportello volontariato
- Osco
- Servizio di riabilitazione con palestra
- Consultorio familiare
- Pediatria di Comunità
- Neuropsichiatria infantile
- Centro salute mentale
- Psicologia clinica

Distretto di Modena

La prima Casa della Salute sorgerà nella zona Nord della Città (Via Fanti, Quartiere 2) e sarà dedicata alla salute del bambino, dell'adolescente, della donna e della famiglia.

Accoglierà i seguenti servizi:

- Punto di accoglienza
- Sportello Unico
- Punto Prelievi
- Assistenza Primaria con Pediatri di Libera Scelta,
- Ambulatorio Infermieristico
- Ambulatori Specialistici
- Consultorio Familiare
- Pediatria di Comunità
- Neuropsichiatria Infantile
- Servizio Psicologia Minori e Famiglia
- Sportello Sociale
- Sportello Volontariato

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

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

Distretto di Sassuolo

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

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

La Casa della Salute di Formigine sarà formata da un Polo adulti/cronicità che troverà sede nell'attuale poliambulatorio ed un Polo infanzia e adolescenza che troverà sede presso il Centro delle Famiglie Villa Bianchi.

Il polo adulti prevederebbe:

- Punto di accoglienza
- Sportello unico

	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Prelievi • Servizio di Continuità Assistenziale • Consultorio familiare • Ambulatori specialistici • Ambulatorio infermieristico per le cronicità • <p>Il polo infanzia troverebbe sede presso Villa Bianchi, dove attualmente è già presente il Centro per le Famiglie. Si prevede la presenza dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza primaria con PLS • Ambulatorio infermieristico • Servizio di Neuropsichiatria Infantile • Pediatria di Comunità • Attività di promozione della salute e prevenzione primaria, sostegno alla genitorialità in collaborazione con reti assistenziali già definite, violenza domestica. <p>Per quanto riguarda il Distretto di Pavullo, l'Ufficio di Piano ha candidato la scheda legata alle Case della Salute come progetto di sperimentazione della metodologia del "community lab", percorso Regionale cui il Distretto partecipa e che ha elaborato delle linee guida per la sperimentazione delle pratiche partecipative nell'ambito dei Piani di Zona .</p> <p>Già in fase di preparazione ed individuazione delle azioni sono stati utilizzati strumenti propri di questa metodologia (incontri con la cittadinanza e terzo settore e due World Caffè) finalizzati all'ascolto e al confronto su tematiche socio assistenziali che coinvolgono gli ambiti territoriali delle due Case della salute: Alto Frignano e Cimone.</p> <p>Le due Case della Salute rappresentano un punto di riferimento molto importante per i cittadini di 6 comuni (2 sub-ambiti) di una zona montana distante dai servizi di riferimento di livello superiore. La popolazione residente in questi territori è caratterizzata da un alto numero di persone anziane e fragili che spesso vivono in condizioni di isolamento. Per queste ragioni nel 2017 è stato presentato un progetto di riqualificazione delle 2 strutture, attraverso la partecipazione ai fondi PSR 2014 – 2020 – MISURA 7 di cui alla DGR 1920/2017 "Strutture polifunzionali socioassistenziali per la popolazione" finalizzati alla implementazione dei servizi offerti soprattutto sull' in ambito socio-sanitario e per rendere possibile il trasferimento presso le due Case della Salute dello Sportello Sociale e del Servizio Sociale Professionale, oltretché per rafforzare con Spazi dedicati, le collaborazioni con le Associazioni del Terzo Settore presenti sui territori di riferimento.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Tutta la popolazione</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>1 - proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con CTSS , in coerenza con la DGR 2128/2016.</p> <p>2 - diffondere e implementare nei locali territori i contenuti delle nuove indicazioni regionali, attraverso la realizzazione di un progetto formativo regionale nelle Case della Salute</p> <p>3 - proseguire nell'implementazione dei progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del PRP.</p> <p>4 - promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non afferenti ancora alle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute;</p> <p>5 - individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;</p> <p>6- Realizzazione in tutte le case della salute di servizi ad ampia diffusione utili per tutta la popolazione del bacino di riferimento.</p> <p>Azioni specifiche Distretto di Pavullo:</p> <p>1- " Laboratori di idee": attivazione di laboratori socio- sanitari periodici ,aperti alla cittadinanza ed al terzo settore, che possano favorire l'espressione dei bisogni di salute della comunità e consentire una programmazione partecipata delle attività/progetti da avviare sul territorio.</p> <p>2- Attivazione di momenti formativi/informativi,anche con il coinvolgimento di cittadini/persone assistite/caregiver esperti,su temi concordati all'interno dei "Laboratori di</p>

	<p>idee”, nell’ottica di favorire e diffondere la cultura del benessere.</p> <p>3- Curare lo spazio/tempo delle sale di attesa in termini informativi e aggregativi.</p> <p>4- Condivisione di tempi e spazi di lavoro interni alla Casa della Salute con il Servizio Sociale dell’Unione dei Comuni del Frignano e le Associazioni di Volontariato di ambito territoriale.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>1 - la pianificazione delle Case della Salute avviene in condivisione con gli Enti Locali;</p> <p>2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);</p> <p>3. collaborazione con i servizi sociali nell’accesso e presa in carico;</p> <p>4. programma formativo multidisciplinare (dell’ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL/ Unione dei Comuni, Terzo settore
Referenti dell'intervento	<p>Azioni da 1 a 6: a.vezzosi@ausl.mo.it, c.minozzi@ausl.mo.it;e.dallolio@ausl.mo.it</p> <p>Azioni da 1 a 4: a.franzelli@ausl.mo.it;m.camatti@ausl.mo.it</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 1

1°: progetto 1920/2017

Descrizione: realizzazione progetto

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** N

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata\

Approvato

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

Razionale	<p>Riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale</p> <p>Tra gli ambiti su cui il sistema sanitario provinciale modenese è stato chiamato ad operare risultano di particolare rilevanza le previsioni relative al riordino ospedaliero previsto dalla DGR 2040/15 applicativa del DM n.70/2015 e alla sperimentazione gestionale sancita dalla DGR 1004/2016 che prevede la cessione della gestione del Nuovo Ospedale Civile S'Agostino Estense dall'AUSL alla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Più nello specifico, ci si riferisce alla rideterminazione di numerosità e tipologia dei posti letto alla definizione delle reti cliniche e delle vocazioni delle strutture che le compongono, in applicazione dei modelli hub & spoke e dei principi di efficacia, appropriatezza organizzativa, nonché di rispetto degli indicatori relativi a volumi ed esiti collegati. Il riordino della rete ospedaliera deve essere orientato a raccordarsi secondo continuità di percorsi clinico assistenziali, di fruibilità dei servizi e di continuità della cura e dell'assistenza con la rete delle attività svolte sul territorio perseguitando il continuo della massima semplificazione ed equità dell'accesso</p>																																																																								
Descrizione	<p>i traccianti operativi di maggior rilievo che sono stati presentati nel corso del 2017 alla CTSS e da questa approvati nelle sedute del 30 giugno e 30 novembre 2017 e poi rendicontati a seguire come stato d'avanzamento.</p> <p>1) La rete ospedaliera provinciale si caratterizza per le due strutture hub modenesi, Policlinico e NOCSAE, afferenti all'Azienda Ospedaliero Universitaria, per i due ospedali con valenza di riferimento per le aree Sud e Nord: Sassuolo (Azienda Ospedale di Sassuolo spa) al sud e il Ramazzini di Carpi dell'AUSL di Modena, per il nord; integrano la rete delle strutture pubbliche gli Ospedali di Mirandola al nord, Pavullo e Vignola al sud.</p> <p>La rete ospedaliera provinciale è poi completata dai quattro Ospedali privati accreditati, Pineta di Gaiato al sud e Fogliani, Igea, Rosa ed Hesperia Hospital (quest'ultima sede anche della cardiocirurgia provinciale) al centro.</p> <p>La dotazione di letti e l'afferenza geografica sono riportati nello schema a seguire che reca anche i tassi per 1.000 abitanti dei letti, complessivi e dedicati alla postacuzie-lungodegenza-riabilitazione.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Rete ospedaliera provinciale</th> <th colspan="5">Posti letto</th> </tr> <tr> <th>Area</th> <th>Azienda Ospedale</th> <th>ordinari</th> <th>DH</th> <th>TOT</th> <th colspan="2">di cui LPARE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Area nord</td> <td>AUSL Carpi</td> <td>270</td> <td>9</td> <td>279</td> <td colspan="2">20</td> </tr> <tr> <td>Mirandola</td> <td>116</td> <td>6</td> <td>122</td> <td colspan="2">24</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Area sud</td> <td>Pavullo</td> <td>124</td> <td>5</td> <td>129</td> <td colspan="2">35</td> </tr> <tr> <td>Vignola</td> <td>89</td> <td>7</td> <td>96</td> <td colspan="2">21</td> </tr> <tr> <td>NOS spa Sassuolo</td> <td>221</td> <td>25</td> <td>246</td> <td colspan="2">28</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Area centro</td> <td>AOU Policlinico</td> <td>589</td> <td>32</td> <td>621</td> <td colspan="2">27</td> </tr> <tr> <td>NOCSAE</td> <td>472</td> <td>15</td> <td>487</td> <td colspan="2">99</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Area centro 4</td> <td>Privato accreditato</td> <td colspan="2">Hesperia Hospital</td> <td colspan="2">96</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>Fogliani</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>15</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	Rete ospedaliera provinciale		Posti letto					Area	Azienda Ospedale	ordinari	DH	TOT	di cui LPARE		Area nord	AUSL Carpi	270	9	279	20		Mirandola	116	6	122	24		Area sud	Pavullo	124	5	129	35		Vignola	89	7	96	21		NOS spa Sassuolo	221	25	246	28		Area centro	AOU Policlinico	589	32	621	27		NOCSAE	472	15	487	99		Area centro 4	Privato accreditato	Hesperia Hospital		96		96	Fogliani	50	50	15		
Rete ospedaliera provinciale		Posti letto																																																																							
Area	Azienda Ospedale	ordinari	DH	TOT	di cui LPARE																																																																				
Area nord	AUSL Carpi	270	9	279	20																																																																				
	Mirandola	116	6	122	24																																																																				
Area sud	Pavullo	124	5	129	35																																																																				
	Vignola	89	7	96	21																																																																				
	NOS spa Sassuolo	221	25	246	28																																																																				
Area centro	AOU Policlinico	589	32	621	27																																																																				
	NOCSAE	472	15	487	99																																																																				
Area centro 4	Privato accreditato	Hesperia Hospital		96		96																																																																			
	Fogliani	50	50	15																																																																					

	Igea	150	10	160	69		
	Rosa	30		30	7		
Area sud	Pineta	94		5	99	80	
	TOT. LETTI PROVINCIA			2.301	114	2.415	429
	tot letti x 1.000 abitanti					3,4	
	tot letti LPARE x 1.000 ab.						0,61
	popolazione di riferimento					702.949	

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

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

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

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

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

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

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

Proseguirà il monitoraggio dell'attività (registro traumi) del centro traumi gravi del NOCSAE che, pur non essendo attualmente inserito tra i trauma center regionali, presenta volumi di attività e performance in linea con le altre strutture regionali (Parma, Cesena, Bologna). È in corso la ulteriore definizione dei rapporti e dell'articolazione dell'offerta di prestazioni nell'ambito della rete di endoscopia digestiva. L'endoscopia di Carpi, oggi in grado di garantire anche prestazioni di 2° livello per quanto attiene l'interventistica, resta il riferimento per l'area nord, in rete con l'Ospedale di Baggiovara per le prestazioni di 3° livello. Per l'area sud il riferimento per il 2° ed il 3° livello resta al momento l'Ospedale di Baggiovara e

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

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

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

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

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

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

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

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

- 6) Concentrazione dell'attività programmata complessa e urgente in accordo con il principio volume/esiti con riconduzione presso gli hub provinciali AOU-NOCSAE della casistica complessa, soprattutto oncologica, e/o per complessità clinica del paziente. Le attività di chirurgia di urgenza e programmata, anche oncologica limitatamente al colon-retto di media complessità sono svolte anche presso le strutture di Carpi per le rispettive aree di afferenza (nord e sud). A Mirandola, Pavullo e Vignola continuerà ad essere garantita l'attività in elezione per casistica di media complessità erogabile in regime di rinvio, di day surgery o ambulatoriale, per bacini di utenza anche più ampi di quelli geografici di afferenza, specializzando la propria funzione in modo da elevare le performance produttive della struttura al servizio dell'intera rete dell'offerta, consentire l'attività di équipes chirurgiche provenienti da differenti strutture ed il mantenimento per queste stesse équipes di un portafoglio di competenze alto e differenziato, da mettere al servizio dell'offerta secondo modelli di decentramento produttivo. Definizione delle vocazioni produttive delle diverse strutture della rete con mantenimento della capacità delle strutture decentrate di rispondere alle esigenze autosufficienza soprattutto per le attività a bassa complessità ed ampia diffusione, con particolare riferimento all'attività chirurgica, ortopedica e ginecologica a maggior impatto epidemiologico. Mantenimento delle funzioni di medicina interna privilegiando la logica della prossimità in considerazione della sostanziale omogeneità della casistica, concentrando solo le discipline a maggior valenza specialistica per favorire il mantenimento di adeguate skill professionali non che un accettabile tasso di attrattività delle strutture stesse per il personale neo-assunto.
- Condivisione dell'utilizzo di piattaforme produttive negli ospedali/strutture della rete con particolare riferimento ai blocchi operatori di Pavullo, Mirandola e Vignola per i quali è in corso di implementazione il percorso di estensione alla équipe di Chirurgia di Sassuolo per l'Area Sud e di Carpi per l'Area Nord degli spazi di sala operatoria disponibili per differenti discipline chirurgiche generali e specialistiche. In ambito di diagnostica specialistica le diagnostiche per immagini di Carpi (RM e TAC) sono da tempo utilizzate in modo congiunto dalla locale équipe di radiologia e da quella neuroradiologica del NOCSAE.
- Un caso particolare meritevole di evidenza è rappresentato dalle attività chirurgiche svolte presso la Casa della Salute di Castelfranco che rappresenta un esempio concreto di piattaforma produttiva territoriale. In questa sede sono chiamati ad operare su percorsi condivisi con il territorio di arruolamento e gestione della continuità di cura, diversi specialisti ospedalieri afferenti alle due Aziende pubbliche modenesi. (dermatologici, chirurghi vascolari, endoscopisti, ortopedici, oculisti e ginecologici). Altra specificità della Casa della Salute di Castelfranco è rappresentata dalla presenza del Centro di riferimento di 3° livello per la terapia del dolore, che oltre a coordinare la rete territoriale, è in grado di assicurare gli interventi di maggiore complessità in regime di day surgery e ricovero ordinario anche presso l'Ospedale Civile di Baggiovara.
- Al fianco di tali attività si svolgono quelle pre-operatorie e quelle relative ai percorsi di specialistica ambulatoriale (cardiologia, ortopedia, oculistica, chirurgia generale, diabetologia, geriatria, ginecologia, dermatologia, endocrinologia, urologia, pneumologia, nefrologia, medicina riabilitativa). Nella medesima struttura, trova collocazione uno dei due OSCO attivi in provincia e, a far tempo dal 2019 sarà accolto il primo Hospice.
- 7) Miglioramento e verifica dei percorsi di centralizzazione dei pazienti critici che necessitano di assistenza in TI con definizione delle strutture di riferimento in funzione dei quadri clinici presenti, attraverso la ridefinizione delle afferenze per livello di area e per livello provinciale, nonché dei protocolli di inquadramento e di accompagnamento clinico.
- 8) Sviluppo dei percorsi di ri-decentramento dei pazienti centralizzati che hanno superato la fase di acuzie che richiedeva il loro ricovero presso l'hub. La restituzione al territorio di provenienza di tali pazienti oltre ad agevolare i percorsi dei pazienti più fragili (dimissione protetta, avvio di progetti di presa in carico della fragilità/cronicità, assistenza domiciliare), risulta rilevante nell'ottica di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse della rete; da un lato, infatti, si liberano le "preziose" risorse delle strutture hub che in questo modo sono nuovamente disponibili per gli interventi di maggiore complessità. È in quest'ottica che trovano inquadramento le iniziative per la definizione e adozione dei percorsi di dimissione protetta per pazienti fragili e attivazione di sistema informatico condiviso di supporto a questa gestione.
- 9) Sviluppo del Team GRACER cerebrolesioni-mielolesioni. La Rete GRACER rientra nella rete assistenziale del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e nella Delibera di Giunta del 22/07/02 n° 1267 relativa alla organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello "Hub & Spoke". Il governo della rete a livello della provincia di Modena per quanto riguarda i bisogni riabilitativi dei pazienti con grave lesione cerebrale, si caratterizza per le modalità di invio dei pazienti ai centri Hub regionali e ai centri H/S e le modalità di rientro nel territorio dai centri di alta

	<p>specialità, nonché il governo dei rientri in strutture di alta specialità regionali ove fosse necessario. La rete GRACER vede Ospedali con funzione Spoke per acuti (A), ospedali Hub di alta specialità, Ospedali H/S, Ospedali Spoke O e servizi con funzioni territoriali Spoke T. Obiettivi del TEAM sono di valutare il livello di intensità assistenziale e di intervento socio-assistenziale più appropriata per ciascun paziente identificando i bisogni riabilitativi e definendo precocemente rispetto alla dimissione ospedaliera la presa in carico territoriale dei pazienti in coerenza con la valutazione multidimensionale effettuata dalle UVM territoriali di residenza, condividendo ed elaborando criteri comuni; definire un percorso personalizzato di rientro dai centri Hub e H/S mediante il coordinamento con i referenti della Aree Fragili dei Distretti; monitorare il risultato del percorso in coerenza con il progetto riabilitativo individuale; promuovere il coinvolgimento del caregiver nel progetto riabilitativo individuale (scheda 5 PdZ)</p>
Destinatari	pazienti del SSR, le Aziende Sanitarie e le Case di Cura Private Accreditate e i rispettivi professionisti
Azioni previste	<p>1- Ridefinire le discipline incluse nelle reti Hub&Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto ai bacini di utenza, unità operative, assetto della rete.</p> <p>2- Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), miglioramento del livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere, incrementando il passaggio del ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali (ospedali di comunità).</p> <p>3- Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete.</p> <p>4- Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitari e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera.</p> <p>5- Sviluppare la valutazione sull'esperienza dell'organizzazione dei reparti per intensità di cure.</p> <p>6- monitoraggi dei PDTA a valenza provinciale, attraverso audit e revisione periodica.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unioni dei Comuni
Referenti dell'intervento	m.panico@ausl.mo.it; d.angeletti@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- 3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

Razionale	<p>Rendere concreto il processo di integrazione fra reti cliniche/assistenziali significa ridisegnare, in simultanea, le cure primarie, l'assistenza ospedaliera e le soluzioni residenziali o domiciliari. Non si può riorganizzare l'assistenza primaria e la rete ospedaliera se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture intermedie territoriali, la cui carenza, o mancata organizzazione in rete, ha inevitabilmente forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.</p> <p>Il Rapporto OASI 2010 evidenzia come nella letteratura internazionale questo delicato tema dell'integrazione tra ospedale e territorio è stato negli anni sviluppato principalmente con due prospettive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intermediate care, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l'ospedale ed il domicilio del paziente e che si caratterizza per il contenuto socio-assistenziale delle prestazioni erogate e per il coordinamento multi-professionale; - la transitional care, che include l'intermediate care e rappresenta invece l'assetto organizzativo che consente le modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza. <p>L'Ospedale di Comunità, rappresenta uno snodo intermedio, sia per l'ospedale che per il domicilio, i cui tratti costitutivi, possono essere sintetizzati in :</p> <ul style="list-style-type: none"> - servire un bacino di utenza afferente al territorio di pertinenza - non essere dotati di funzioni specialistiche - avere dimensioni ridotte - essere collocato al di fuori degli ospedali generali - assistere pazienti in carico al medico di medicina generale - trattare un case mix che può coinvolgere tutte le branche specialistiche - fornire, quando appropriato, un programma riabilitativo finalizzato al recupero delle attività in particolare in soggetti anziani <p>Gli elementi chiave, comuni a tutta la filiera organizzativa delle Cure Intermedie (che oltre agli OSCO comprendono i reparti di post acuzie e lungodegenza, le CRA e l'ospedalizzazione a domicilio) sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'implementazione delle "transitional care" (cure traslocazionali), cioè di quell'insieme di attività in grado di garantire il coordinamento e la continuità nel passaggio da un setting di cura all'altro; • la continuità terapeutico-assistenziale; • l'efficace comunicazione bidirezionale tra struttura inviante e struttura ricevente; • l'adeguata preparazione dei pazienti e dei caregiver a ricevere le cure previste dal setting successivo e dal loro coinvolgimento diretto nel piano di trasferimento. <p>PROSSIMITÀ: valenza distrettuale GARANTIRE INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO E CONTINUITA' DELLE CURE SUPPORTO: in relazione alla impossibilità di gestire a livello domiciliare le disautonomie nella cronicità, facilitazione paziente / famiglia</p>
------------------	--

	<p>SUPPORTO/FORMAZIONE: possibilità di costruire un percorso di care giver per i famigliari come prospettiva di successiva domiciliarizzazione del paziente. Coinvolgimento delle risorse della comunità. INCENTIVAZIONE DI UNO STEP INTERMEDIO DI CURA PER PAZIENTI CRONICI: luogo di incontro tra valutazioni ospedaliere, MMG, SADI, CdS</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del sistema sanitario provinciale ha definito la attivazione di posti letto ospedalieri in posti letto distrettuali (ospedali di comunità, strutture intermedie) nelle strutture di Fanano e Castelfranco. L'OsCo è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti. Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione. Gli OsCo si caratterizzano nella degenza a gestione infermieristica, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal proprio MMG, nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio; si tratta pertanto di cure intermedie che realizzano, per questi soggetti, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera e prima del rientro al proprio domicilio, in raccordo con l'ADI. L'Ospedale di Comunità deve essere un luogo "aperto", dove gli spazi sono pensati per una tipologia di degenza che prevede la presenza dei familiari senza vincoli di orario, con la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole, dove prevale la cura ai bisogni della persona rispetto alla cura medica. Il personale infermieristico diventa il principale protagonista del nuovo modello assistenziale, nonché il riferimento operativo nella gestione del reparto nel corso delle 24 ore. La responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato quindi a svolgere una funzione di "case management", particolarmente strategica per l'impianto dell'Ospedale di Comunità. Prendendo in esame, infine, l'attività dei due OsCo già attivi in Provincia di Modena (Fanano e Castelfranco), che si collocano a ponte fra l'assistenza territoriale e l'ospedale, per tutti i casi che non necessitano di un ricovero ospedaliero in ambiente specialistico, ma di un'assistenza sanitaria non erogabile al domicilio, emerge quanto segue. Per entrambe le strutture gli indici di occupazione sono di circa il 70%. L'OsCo di Castelfranco Emilia è dotato di 17 posti letto, nell'anno 2016 ha avuto 254 persone ricoverate e la proposta di ricovero avviene nel totale dei casi dalla Commissione UVM; l'OsCo di Fanano è dotato di 15 posti letto e nell'anno 2016 ha avuto 177 ricoveri, proposti solo in minima parte dalla Commissione UVM (7%) e nella maggioranza dei casi da MMG o da altri Medici. La degenza media supera le 6 settimane nell'0.4% dei casi presso la Struttura di Castelfranco Emilia e nel 4% dei casi presso quella di Fanano. Presso l'OsCo di Fanano la percentuale di re-ricoveri è del 16% per la classe di età 65-74 e del 13% per gli ultra75enni. Presso l'OsCo di Castelfranco Emilia la percentuale di re-ricoveri è pari al 3.6% per entrambe le classi di età. Le motivazioni dei ricoveri sono differenti nelle due strutture modenesi: a Castelfranco Emilia le motivazioni più frequenti per l'ammissione in OsCo sono la necessità di educazione/addestramento del paziente e/o caregiver, sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa e riattivazione funzionale; presso l'OsCo di Fanano la principale motivazione è la necessità di monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica, seguito dalla riattivazione funzionale e dalla necessità di sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa. Dall'analisi delle motivazioni socio-familiari, infine, per entrambe le strutture prevale la perdita di autonomia e disabilità, seguita per Castelfranco dalle difficoltà abitative e per Fanano dall'assenza di familiari/parenti. Le due strutture rispondono principalmente alla domanda dei residenti dei Distretti di Castelfranco Emilia e di Pavullo. Dall'analisi dei dati si evince una differente modalità di "utilizzo" e una diversa vocazione dei due OsCo: uno più legato alle strutture Ospedaliere dalle quali provengono la maggior parte degli accessi mediati tramite valutazione UVM e l'altro in maggiore continuità con le articolazioni territoriali. In entrambi i casi il governo dell'accesso alle strutture, tramite procedure e criteri codificati, assume evidentemente un'importanza strategica in un'ottica di utilizzo efficiente delle risorse e a garanzia di equità per i pazienti utenti. A livello provinciale si ritiene opportuno affrontare la problematica suddividendola in 3 tipologie di interesse: a. OsCo attivi (Castelfranco E., Fanano)</p>

	<p>b. OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi (Mirandola e Finale E.)</p> <p>c. Ipotesi di completamento rete OsCo (Modena, Vignola),)</p> <p>d. Continuum assistenziale fra Ospedali, OsCo, CRA e domicilio</p> <p>Per quanto riguarda gli OsCo attivi, necessità di verificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • appropriatezza e modalità di accesso • efficacia degli interventi • livelli di efficienza • valutazione dell'esperienza dei pazienti/familiari ed operatori • dimissione <p>Per quanto riguarda gli OsCo in progettazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definizione modello organizzativo, utilizzando le esperienze degli OsCo già funzionanti • coinvolgimento risorse del territorio • aspetti comunicativi <p>Per quanto riguarda il completamento rete OsCo provinciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definizione del fabbisogno per i Distretti • mappatura delle strutture potenzialmente riconvertibili <p>valutazione costi strutturali e di gestione</p>
<p style="text-align: center;">Destinatari</p>	<p>OsCo attivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pazienti • famigliari • operatori OsCo • fornitori (H, MMG, CRA) – Distretto - DSS <p>OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cittadinanza • Associazioni • MMG • Servizio Sociale Territoriale • Ospedali invianti • CRA <p>Ipotesi di completamento rete OsCo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direzione AUSL Mo • CTSS • Comitato di Distretto • Uffici di Piano (per quanto attiene alle CRA)
<p style="text-align: center;">Azioni previste</p>	<p>OsCo attivi</p> <p>1. Audit</p> <p>OsCo/DAST/H riferimento/ PUASS/DSS</p> <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ appropriatezza degli accessi ▪ standardizzazione modalità di accesso ▪ monitoraggio risultati ▪ ottimizzazione gestione (occupazione posti letto, re-ricoveri, ecc.) ▪ valutazione delle modalità di dimissione ed esiti sul territorio <p>2. Corso formazione care giver</p> <p>3. Raccolta ed elaborazione esperienza pazienti/care giver ed operatori</p> <p>4. Possibili percorsi MMG (CRA) → OsCo</p> <p>OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione assistenza medica in OsCo 2. Individuazione e formazione personale di assistenza 3. Elaborazione e condivisione percorsi di accesso e dimissione <p>Ipotesi di completamento rete OsCo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi dati SIRCO e valutazione audit OsCo attivi per individuazione fabbisogno per

	Distretto 2. Valutazione ulteriore possibile fabbisogno di strutture per la realizzazione di OsCoValutazione fattibilita' e sostenibilita' Presentazione dati a Direzione Aziendale, CTSS, Comitato di Distretto
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	CTSS, Comunità (associazioni di pazienti di volontariato); Servizi Sociali nel percorso assistenziale individualizzato in ambito PUASS.
Referenti dell'intervento	Dallari an.dallari@ausl.mo.it Serantoni c.serantoni@ausl.mo.it Fancinelli m.fancinelli@ausl.mo.it Dall'Olio e.dallolio@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: audit

Descrizione: valutazione aspetti gestionali

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** N

- **Obiettivo 2020:** N

4 Budget di salute

Approvato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

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

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

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	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;C;D;

Razionale	<p>Gli interventi di cura e riabilitazione più avanzati in Salute Mentale sono rivolti primariamente a contrastare il pericolo della neo-istituzionalizzazione attraverso metodi finalizzati alla prossimità territoriale delle cure, alla domiciliarità e alla de-ospedalizzazione degli interventi. La metodologia del Budget di Salute risponde a questi obiettivi attraverso interventi di politica sanitaria diretti ad intervenire sui determinanti sociali della salute, a favorire l'empowerment e a far sì che l'utente e i cittadini siano riconosciuti come co-produttori di salute, valorizzando le risorse informali della Comunità secondo il principio della sussidiarietà.</p> <p>Approccio già sperimentato in Canada, in USA e in UK, l'esperienza italiana del Budget di Salute si qualifica per il forte impulso diretto all'empowerment e per l'approccio rivolto ai diversi determinanti sociali della salute, il tutto realizzato all'interno della progettazione integrata che caratterizza l'assistenza sociosanitaria italiana.</p> <p>Le prime esperienze nazionali di interventi riabilitativi attraverso la metodologia del Budget di Salute hanno portato la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 2155 del 27 dicembre 2011, all'approvazione del progetto, denominato "Budget di Salute", finalizzato alla definizione di «... percorsi individualizzati di accompagnamento territoriale e di supporto alla domiciliarità, all'interno del quadro programmatico offerto dai piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale...»</p> <p>Nel 2013 nella realtà modenese è stato steso il "Protocollo operativo" relativo al Budget di Salute tra DSMDP e Comune, frutto di una condivisione di intenti con il Terzo settore e le Associazioni di volontariato, atto che ha caratterizzato le successive convenzioni e accordi. La successiva Delibera della Regione Emilia Romagna 1554/2015 ha definito le "Linee di indirizzo per la realizzazione di Progetti con la Metodologia del Budget di Salute" descrivendolo come "uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento si è concluso"....."per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale."</p> <p>Gli interventi riabilitativi, infatti, che hanno dimostrato un'efficacia nel modificare il decorso delle malattie mentali, sono proprio quelli nell'ambito dell'inclusione attraverso l'asse lavoro, l'asse casa e della socializzazione. Sono ambiti che corrispondono anche ai determinanti sociali della salute, indicati dall'OMS quali obiettivi verso i quali indirizzare le politiche sanitarie. La metodologia del Budget di Salute, in particolare, fa riferimento al modello dell'abitare supportato, caratterizzato da una progettazione in ambienti reali con un elevato livello di</p>
------------------	--

	<p>integrazione nella Comunità e di inclusione sociale, così da rappresentare lo strumento principe per contrastare il pericolo della istituzionalizzazione che, come evidenziato dalle rilevazioni epidemiologiche, si nasconde dietro la tradizionale residenzialità psichiatrica. Per quanto riguarda il Distretto di Pavullo si evidenzia in particolare la necessità di promuovere un cambiamento culturale al fine di ridurre la diffidenza, ampliare la rete di aiuto ,sia in termini di supporto materiale che morale, al di fuori del contesto dei Servizi.</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Il Budget di Salute è uno strumento a sostegno della progettazione terapeutico riabilitativa in ambito sociosanitario delle persone in carico al DSM-DP. Tale progettualità si realizza secondo modalità personalizzate e si attua negli ambiti dell'abitare, della formazione/lavoro e della socialità con l'obiettivo della recovery e della restituzione dei diritti di cittadinanza. L'investimento economico, definito "budget di salute", rappresenta la sintesi delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie per innescare tale processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale accettabile e alla cui produzione perciò partecipano il paziente stesso, la famiglia e la comunità.</p> <p>La realizzazione prende inizio da una presa in carico congiunta, che vede parte attiva gli operatori del DSM-DP e del Settore Politiche Sociali che costituiscono l'Equipe integrata. Questa, in stretta relazione con gli obiettivi personali espressi dalla persona, attraverso una fase di valutazione multidisciplinare, arriva a definire i traguardi verso i quali indirizzare la progettazione.</p> <p>Tre sono gli strumenti utili per arrivare a tali obiettivi: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), il Contratto stipulato dai protagonisti della programmazione.</p> <p>L'UVM rappresenta il processo attraverso il quale l'Equipe integrata, tramite le competenze professionali e gli opportuni strumenti di valutazione ambientale, personale e funzionale, arriva ad una lettura individualizzata dei problemi complessi e molteplici di cui sono portatori le persone, individua gli obiettivi, almeno in uno degli ambiti dedicati alla progettualità integrata (abitare, lavoro, socialità), arriva a delle adeguate proposte progettuali di intervento, formula infine un giudizio di fattibilità e di equità rispetto all'utilizzo delle risorse. Al termine di tale processo viene a costituirsi l'Equipe di Progetto.</p> <p>All'interno della progettazione integrata l'UVM rappresenta anche una fase di periodica verifica: sono infatti previsti momenti di confronto e di verifica progettuale tra gli attori del processo per permettere un regolare monitoraggio e una verifica degli obiettivi raggiunti.</p> <p>Il PTRI rappresenta lo strumento concreto di programmazione e di definizione degli interventi riabilitativi che accompagna il percorso verso la recovery a partire dagli specifici bisogni di quel paziente e dalle risorse a disposizione, tanto personali quanto contestuali, consentendo di descrivere e attestare le modifiche dei percorsi intrapresi e dei risultati e delle verifiche in itinere.</p> <p>Il Contratto rappresenta un momento fondamentale della progettazione perché rappresenta il segno tangibile del coinvolgimento e della partecipazione attiva della persona al suo progetto di vita. Permette la definizione dell'impegno di ciascuno e quale sia l'utilizzo delle risorse, sia di comunità che professionali, sia umane che economiche; le responsabilità, gli impegni e le azioni di ciascuno; i tempi di realizzazione e la scadenza delle verifiche.</p> <p>La progettazione è rivolta agli ambiti dei determinanti sociali della salute che caratterizzano i percorsi di integrazione sociosanitaria.</p> <p>Abitare: la metodologia del Budget di Salute si realizza attraverso le varie sfaccettature dell'abitare supportato e si pone come superamento della residenzialità istituzionale per favorire il recupero di una vera autonomia abitativa.</p> <p>Lavoro: per quanto riguarda i percorsi di formazione, riabilitazione attraverso il lavoro e il reinserimento nelle realtà produttive.</p> <p>Socialità: Il Progetto Social Point, attivo nel Distretto del Frignano, si basa sulla collaborazione tra DSM-DP e mondo del Volontariato.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Pazienti dei Centri di Salute Mentale; pazienti in carico alle Dipendenze Patologiche; pazienti in carico alla NPIA; pazienti in carico alla Psicologia Clinica; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria.</p>
<p>Azioni previste</p>	<p>AMBITO PROVINCIALE</p> <p>a) Evidenza a livello di ciascuna realtà distrettuale di un atto (accordo di programma, convenzione, delibera o altro) che confermi la metodologia del Budget di Salute come premessa alla progettazione sociosanitaria in Salute Mentale</p> <p>b) Implementazione dello strumento nei pazienti CSM per favorirne l'uscita dai percorsi di residenzialità psichiatrica e in particolare adozione della metodologia nelle situazioni di</p>

	<p>esordio psicotico fin dalle prime fasi della progettazione</p> <p>c) Consolidare l'adozione della metodologia BdS a livello distrettuale attraverso la definizione e l'uso di strumenti condivisi tra AUSL ed Enti Locali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UVM: definizione di modalità di attuazione secondo le linee guida regionali pur tenendo conto delle caratteristiche peculiari delle realtà locali • PTRI: diffusione dello strumento attualmente in uso nella realtà modenese associato all'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento • Contratto: come segno concreto della partecipazione al progetto della persona <p>d) Diffusione dell'uso della metodologia ai pazienti SerT, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Psicologia clinica</p> <p>e) Programmazione di eventi formativi congiunti ed eventi aperti alla comunità</p> <p>f) Sperimentazione dello strumento BdS rispetto ad altre tipologie di soggetti fragili</p> <p>AMBITO DISTRETTUALE</p> <p>Al fine di promuovere un cambiamento culturale, favorire la cultura dell'inclusione sociale, della co-progettazione e creare una rete di aiuto sociale, si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di azioni formative rivolte a "centri di ascolto informali" (bar, parrucchiera, etc.) per estendere la cultura della salute mentale e ampliare la rete di aiuto; • Iniziative informative e di sensibilizzazione costanti da realizzare sia in ambito scolastico, per ragazzi e genitori, sia in contesti leggeri, valorizzando l'apporto di utenti esperti; • Potenziamento delle attività già esistenti sia in termini di integrazione sociale che di sensibilizzazione per favorire e rafforzare il senso di comunità e la reale inclusione sociale, in un'ottica di co-costruzione della "cosa comune"; • Coinvolgimento delle Aziende locali e delle Associazioni di Categoria in iniziative volte a sensibilizzare queste realtà al tema della salute mentale e sviluppare collaborazioni in ambito lavorativo, anche attraverso la promozione di attività solidali (es. bollino responsabilità sociale) e possibilità di riconoscimento/pubblicità da parte delle Istituzioni preposte. • Sviluppo di rapporti con le varie realtà artigianali per favorire la professionalizzazione/avvicinamento al lavoro
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Domiciliarità e prossimità: salute in carcere, umanizzazione e reinserimento; Promozione autonomia: misure a contrasto della povertà (RES, SIA/REI); avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Legge Regionale 14/2015); la casa come forma di inclusione e benessere sociale. Partecipazione e responsabilizzazione: valorizzazione esperienze esperienziali e aiuto tra pari;
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	DSMDP, DCP, Enti Locali, Enti del Terzo Settore, Associazioni Volontariato, Associazioni Utenti, Associazioni Familiari, Comunità intera, Giustizia, Gruppi di Auto-mutuo-aiuto, Utenti esperti
Referenti dell'intervento	AMBITO PROVINCIALE :f.starace@ausl.mo.it; AMBITO DISTRETTUALE: g.caloro@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: n° attività

Descrizione: formazione, informazione e sensibilizzazione

Tipo: Numerico

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

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

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d’iniziativa
- 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
- 7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell’ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell’aiuto tra pari
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

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

Razionale	<p>La Legge Regionale n.2 del 2014 e le linee attuative della legge approvate con DRG n. 858 del 16 giugno 2017 forniscono indicazioni operative per il sistema dei servizi socio-sanitari in merito alle azioni da sviluppare per l’ identificazione, il coinvolgimento, la valorizzazione e il sostegno del ruolo del caregiver.</p> <p>Il caregiver viene riconosciuto come componente informale della rete di assistenza della persona, risorsa del sistema integrato della rete dei servizi socio-sanitari, ma anche portatore di specifici bisogni che richiedono ascolto e tutela. Le linee attuative offrono indicazioni funzionali precise in merito: al riconoscimento del caregiver nella rete assistenziale: - nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) il caregiver deve essere formalmente identificato e coinvolto nel percorso di definizione realizzazione e valutazione del PAI, il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nella redazione del PAI è anche previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017; art.1 , comma 3)e dal Piano Nazionale Cronicità ; alla programmazione e realizzazione di interventi di informazione, formazione e di azioni di sostegno al benessere del caregiver in un ottica integrata di raccordo e coordinamento con la rete locale e al riconoscimento delle competenze del caregiver familiare nell’ambito del Pai.</p> <p>Un aspetto fondamentale è altresì rappresentato dai “Giovani caregiver” che si prendono cura assiduamente di un familiare bisognoso di assistenza, con responsabilità da adulti e conseguenze significative nella loro vita di tutti i giorni, a scuola, al lavoro, nelle relazioni sociali. Sono figli, fratelli, nipoti o, in qualche caso, giovani genitori di persone affette da disabilità fisiche o mentali, da malattie terminali o croniche, o da dipendenze. In Italia, secondo i dati ufficiali disponibili, elaborati dall’Istat ma che risalgono al 2011, sono almeno 170 mila i giovani caregiver tra i 15 e i 24 anni. Un numero di certo sottostimato visto che la fascia d’età esaminata esclude i bambini più piccoli e i giovani adulti</p> <p>L’ Azienda USL di Modena nell’ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 partecipa al progetto della scheda 4.2 - Azioni situate di promozione alla salute mentale fisica nei confronti dei caregiver. Si tratta di un progetto volto a ridurre gli aspetti di rischio per la salute mentale dei caregiver che presentano un alto tasso di fragilità e di rischio per la propria salute. E’ stata effettuata una mappatura delle azioni finalizzate a migliorare le competenze e la qualità dell’assistenza fornita (es. corsi di formazione, tutoring infermieristico, caffè Alzheimer ed altro) e una ricognizione delle azioni rivolte al benessere dei caregiver. Le fonti della mappatura sono state molteplici: PdZ 2015, programma aziendale demenze, ricognizione interna al DSM-DP, il Centro Servizi del Volontariato, le singole Associazioni di volontariato, e focus group con operatori e rappresentanti del terzo settore. Gli esiti, comunque parziali, evidenziano una significativa sensibilità al tema (in particolare nel distretto di Carpi) e una</p>
------------------	---

	<p>ricchezza di iniziative frutto di una proficua collaborazione tra pubblico e terzo settore, al contempo emergono una frammentazione delle informazioni, non omogeneità nelle pratiche assistenziali nel riconoscimento e valorizzazione del ruolo del caregiver, necessità di metodi e di strumenti condivisi relativi all' identificazione, al coinvolgimento del caregiver nel PAI e alla valutazione del carico assistenziale della relativa tenuta.</p>
Descrizione	<p>L'azienda ritiene importante favorire un percorso di messa a sistema /governance delle azioni volte al riconoscere, valorizzare e sostenere i caregiver, a tal scopo ritiene prioritario promuovere attività di sensibilizzazione/formazione dei professionisti con disseminazione di buone prassi e individuazione di metodi e strumenti condivisi da utilizzare nei percorsi di assistenziali. Inoltre potrebbe essere utile declinare la funzione di informazione/orientamento accompagnamento ai servizi a favore dei caregiver individuando un modello organizzativo sperimentale da implementare su tutto il territorio provinciale.</p> <p>Infine i servizi dedicati in generale ai giovani caregiver in Italia sono rari. Emerge come esistano prevalentemente progetti rivolti ai fratelli di persone disabili, finalizzati di solito alla promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto, a creare occasioni di conciliazione e a informare sul tema del "dopo di noi". E in effetti i caregiver lamentano l'assenza di supporto da servizi territoriali dedicati. Tra le forme di sostegno più utili: i gruppi di mutuo-aiuto, informazioni e orientamento sui servizi disponibili, attività di svago per rilassarsi e divertirsi, per contribuire a rendere visibili questi ragazzi, a fare in modo che la loro voce sia ascoltata e soprattutto cercare di valorizzare le loro esperienze perché da ostacolo si trasformino in valore aggiunto che possa aiutarli nel loro percorso verso l'età adulta.</p>
Destinatari	<p>Cittadine/i , caregiver e persone accudite, professionisti dei servizi socio- sanitari e sociali e sanitari , Enti del terzo settore. Particolare attenzione sarà dedicata ai caregiver con caratteristiche di fragilità e ai giovani caregiver</p>
Azioni previste	<p>AZIONI DI AMBITO PROVINCIALE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Costituire un coordinamento aziendale per condividere le attività, le iniziative e la programmazione al fine di condividere buone prassi/metodi di lavoro coinvolgendo anche il terzo settore oltre all'area sociale. 2. Promuovere la sensibilizzazione e il coinvolgimento della Comunità tramite campagne informative coordinate e diffuse sul tema (es.Caregiver day) 3. Sensibilizzare/formare gli operatori al riconoscimento e valorizzazione del caregiver attraverso eventi formativi diffusi, ma mirati ad alcune aree funzionali sensibili (UVM; DSM-DP; Lungodegenze; Oncologie) 4. Individuare metodi e strumenti condivisi di rilevazione della tenuta assistenziale/ benessere del caregiver nella fase di presa in carico e condivisione del progetto di intervento 5. Coordinare sul territorio provinciale , l'implementazione della funzione di orientamento: l'accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, e alle opportunità e risorse sul territorio rivolte ai caregiver 6. Coordinare la formazione specifica rivolta ai caregiver per il sostegno allo svolgimento delle attività di cura, per il loro supporto ed empowerment; 7. Promuovere progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver; 8. Coordinare i percorsi di riconoscimento delle competenze del caregiver familiare 9. Predisporre un progetto sperimentale sui giovani caregiver in collaborazione con il Terzo settore e il mondo della scuola. <p>AZIONI SPECIFICHE DI AMBITO DISTRETTUALE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento dell'offerta già presente di risposte di sollievo e sperimentazione di nuove opportunità a sostegno della domiciliarità (cfr. scheda Piano della Non Autosufficienza) anche attraverso il coinvolgimento del servizio civile, del mondo del volontariato e delle reti di buon vicinato; 2. Messa in rete di occasioni formative/informative e di sostegno domiciliare finalizzate da una parte a sostenere il lavoro di cura e contestualmente a sviluppare progetti di sostegno a domicilio anche da parte del volontariato; 3. Promuovere lo sviluppo di azioni tese a valutare la possibilità di offrire risposte di incrocio domanda/offerta assistenti familiari; 4. Mantenimento dell'offerta già presente di Interventi psicologici rivolti a caregiver di

	<p>pazienti affetti da demenza caratterizzati da una fase di accoglienza e valutazione e da una di trattamento individuale/familiare o di gruppo, erogati dagli psicologi afferenti al CDCD, in integrazione con la rete dei servizi;</p> <p>5. Percorsi per genitori di bambini/e e ragazzi/e con disabilità intellettiva promosso dall'U.O NPIA distrettuale;</p> <p>6. Parenttraining autismo promosso dal DSM.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Fondamentale il raccordo con il PRP (scheda 4.2), e con le con le schede attuative n. 1, n.4, n. 7, n.11, n.21.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Per le azioni di ambito provinciale : Unioni dei Comuni, Terzo, ASSR</p> <p>Per le azioni specifiche di ambito distrettuale : Distretto Sanitario, Unione dei Comuni del Frignano, Centro per l'impiego, Terzo Settore, cittadini</p>
Referenti dell'intervento	<p>Azioni provinciali</p> <p>Zanoli c.zanoli@ausl.mo.it</p> <p>Guiducci p.guiducci@ausl.mo.it</p> <p>Cattabriga r.cattabriga@ausl.mo.it</p> <p>Azioni specifiche di ambito distrettuale :</p> <p>dal n. 1 al n. 3 –</p> <p>Antonella Bardani a.bardani@ausl.mo.it;</p> <p>Marina Marti mmarti@unionefrignano.mo.it</p> <p>Azione n. 4 :</p> <p>Simona Moscardini s.moscardini@ausl.mo.it</p> <p>azione n.5 e n. 6 : Antonella Riccò a.ricco@ausl.mo.it</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

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

Razionale	<p>Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami familiari e sociali, l'isolamento, 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. In ambito distrettuale è presente e fortemente radicata una buona rete di servizi socio sanitari territoriali domiciliari, diurni e residenziali di piccole dimensioni (cfr scheda piano della non autosufficienza), che offrono alle persone con disabilità e con disabilità acquisita anche grave, una presa in carico personalizzata a partire da una valutazione multidimensionale che viene effettuata da equipe multiprofessionale (UVM).</p> <p>Nel corso del 2017, inoltre, a seguito di approvazione, con D.G.R.n. 733/2017, del Programma Regionale di attuazione della Legge n. 112/2016 e del decreto Interministeriale Attuativo del 23/11/2016 che prevede interventi a favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare o in vista del venir meno di tale sostegno, cosiddetto "Dopo di noi", sono state avviate a livello distrettuale diverse azioni innovative ed in particolare il progetto "scuola di autonomia", nato dalla co-progettazione tra Servizio Sociale Associato del Frignano, Area Fragili del Distretto Sanitario e le due Associazioni presenti sul territorio del Frignano, Anffas Onlus e Frignout, con l'obiettivo di sviluppare programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile delle persone con disabilità grave, sia attraverso situazioni laboratoriali che weekend di sollievo.</p> <p>Permane però la necessità di sviluppare azioni tese ad un maggiore coinvolgimento delle reti di solidarietà (reti informali, volontariato, associazionismo) al fine di favorire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona disabile nella comunità di appartenenza.</p>
Descrizione	<p>La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata all'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della</p>

	vita.
Destinatari	Persone con disabilità,
Azioni previste	<p>1. Implementazione di progetti di comunità cogestiti da operatori, volontari e associazioni finalizzati ad organizzare momenti di socializzazione esterni ai servizi consueti ed alle famiglie.</p> <p>2. Interventi volti allo sviluppo della sensibilizzazione delle società sportive all'inclusione delle persone con disabilità, anche minori, all'interno delle loro attività.</p> <p>3. Mantenimento della valutazione multidimensionale in sede di U.V.M. con il coinvolgimento degli interessati/famigliari/amministratori di sostegno;</p> <p>4. mantenimento/sviluppo dei servizi rivolti ai disabili e a persone con disabilità acquisita/gravissima disabilità (cfr. scheda Piano della Non autosufficienza);</p> <p>5. mantenimento/sviluppo del progetto " scuola di autonomia" attivato nell'ambito del cosiddetto "Dopo di Noi" con le Associazioni di famigliari di disabili presenti sul territorio distrettuale;</p> <p>6. sviluppo di iniziative di sensibilizzazione rivolte alla comunità al fine di facilitare l'inclusione sociale e la partecipazione attiva dei ragazzi/e con disabilità in una situazione di maggiore protezione, anche attraverso il coinvolgimento di esercizi commerciali in un'ottica di "Comunità Amica";</p> <p>7. sviluppo di azioni volte a favorire progetti di auto-mutuo aiuto con individuazione di facilitatori (sia persone con disabilità che familiari) al fine di aumentare la consapevolezza, superare il "senso di vergogna" e sviluppare maggior conoscenza/fiducia verso i servizi;</p> <p>8. sviluppo di azioni informative relative all'amministratore di sostegno</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Gli interventi per le persone con disabilità devono riguardare l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). Occorre dunque promuovere l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl, Enti Locali, Centro per l'impiego, Enti del Terzo Settore, Associazioni Volontariato, Associazioni dei Familiari, Istituzioni scolastiche,
Referenti dell'intervento	Ricci ericci@unionefrignano.mo.it Bardani a.bardani@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 26.189,00

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **26.189,00 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Azienda Usl di Modena - Dipartimento di Cure Primarie - RLCP
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	<p>La legge 38 del 2010 sancisce il diritto di aver accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Successivi interventi normativi regionali forniscono alle Aziende Sanitarie Locali indicazioni circa le modalità organizzative idonee per garantire tale diritto. In particolare la DGR 560 del 2015 e la 1770 del 2016 descrivono gli elementi essenziali della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP). A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, sono stati definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e delle qualità assistenziale percepita. La Direzione Generale, nel gennaio 2017, ha deliberato l'Istituzione della Rete Locale di Cure Palliative dell'Azienda USL di Modena individuando le modalità di erogazione delle cure nei nodi 1) domicilio, 2) hospice, 3) ambulatorio ed 4) ospedale. Ha definito i professionisti coinvolti a vario titolo nelle attività della rete, le figure di coordinamento e di governo clinico. Ha infine programmato uno sviluppo almeno triennale delle attività.</p>
Descrizione	<p>Il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative dell'Ausl di Modena, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie; essa è costituita dall'insieme degli interventi diagnostico- terapeutici, e assistenziali dedicati ai pazienti alle loro famiglie e caregiver, a fronte di patologie croniche evolutive per le quali non è possibile adottare terapie efficaci per il prolungamento della vita. La Rete è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali e le interconnessioni dalle modalità organizzative adottate.</p> <p>. Target delle cure palliative sono tutte le persone affette da patologie croniche, inguaribili, evolutive che impattano gravemente sulla loro qualità di vita. L'accesso avviene attraverso qualunque professionista sanitario che individua il bisogno di Cure Palliative, segnalando il caso, anche telefonicamente, ai Punti Unici di Accesso già presenti in ogni Distretto, i quali registrano la segnalazione e attivano l'Unità di Valutazione di Cure Palliative Distrettuale. Le richieste di consulenza palliativista nel Nodo Ambulatorio e Ospedale potranno pervenire ai Punti di Accoglienza / PUASS o gestite secondo percorsi che verranno predisposti dal Coordinamento della R LCP. Dal gennaio 2018 è attiva in ciascuno dei 7 Distretti L'Unità di Valutazione per le Cure Palliative.</p> <p>Nodo domicilio: ciascuno dei 7 distretti è dotato di Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPD):</p> <ul style="list-style-type: none"> -MMG esperti inter pares (20 nella provincia) con il ruolo di consulenti ai Medici curanti -sottogruppo di Infermieri dedicati, formati in Cure Palliative - psicologo (al momento 5 distretti su 7) - Unità di valutazione attiva -Progetto CRA : Formazione alle CRA di 6/7 Distretti ; attivazione delle istruzioni operative specifiche previste in Delibera in 6/7 Distretti

	<p>Nodo Ambulatorio: Attivo un ambulatorio di cure palliative precoci in ciascuna Area (3)</p> <p>Nodo Ospedale : Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in 2 Ospedali su 5 (Carpi e Sassuolo) ; Formazione e implementazione organizzativa per l'utilizzo di linee guida in 8 UUOO dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Attività come case manager di Infermiere territoriale esperto in cure palliative presso i D.H. oncologici di Modena, Sassuolo, Vignola .</p> <p>Nodo Hospice : collaborazione conl'Azienda Ospedaliera per i pazienti candidabili alle cure palliative reclutati presso le sedi del Policlinico o di Baggiovara ed azioni formative preparatorie all'apertura dell'Hospice territoriale di Castelfranco Emilia</p>
Destinatari	<p>Pazienti target di cure palliative in tutta la provincia quantificabili come segue :</p> <p>deceduti per tumore : circa 2100 /anno</p> <p>stime di letteratura scientifica complessive : 370/ 100 000 abitanti per anno (2590)</p>
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nodo domicilio: completamento della dotazione di psicologi entro il 2018 in 7/7 distretti 2. supporto alle UCPD dei Medici Palliativisti Dedicati 3. -Progetto CRA : completamento della formazione entro il 2018 e attivazione delle istruzioni operative con l'azione consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati in tutte le 56 CRA della provincia 4. Nodo Ambulatorio: Attivazione di un ambulatorio in ciascun distretto . Nel 2018 raggiungere l'obiettivo di copertura di 5/7. Nel 2019 e nel 2020 5. Nodo Ospedale : Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in tutti gli Ospedali della provincia ; nel 2018/19 completamento del programma negli Ospedali di Vignola e Mirandola 6. Nodo Hospice : Apertura del primo Hospice territoriale nella Casa della Salute di Castelfranco entro il 2019 . successive aperture di un Hospice in Area Nord e in Area sud
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Progetto CRA :</p> <p>la Direzione Sociosanitaria dell'Azienda ha promosso e condiviso con gli Enti Locali in ciascuno dei 7 Uffici di Piano un progetto di implementazione delle pratiche che riguardano le Cure Palliative nelle Case Residenza per Anziani . Ogni distretto in sede di coordinamento sanitario delle CRA ha organizzato un Incontro di presentazione del progetto e del documento di indirizzo allegato alla delibera della Direzione Generale . In tale sede è poi stato stabilito un calendario di incontri formativi rivolti a tutto il personale di tutte CRA della provincia . Oltre ai contenuti tecnico- professionali propri delle cure palliative sono stati forniti strumenti per la valutazione del paziente target e per la costruzione di PAI di fine vita . Inoltre sono state definite le modalità di supporto consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati alle cure palliative dei Servizi Domiciliari di ciascun Distretto . In 3 Distretti : Modena, Castelfranco e Carpi è stato fatto un primo incontro di verifica in sede di coordinamento con riscontri molto positivi</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL di Modena, Enti locali , Enti gestori
Referenti dell'intervento	<p>Vacondio p.vacondio@ausl.mo.it</p> <p>Franzelli a.franzelli@ausl.mo.it</p> <p>Camatti m.camatti@ausl.mo.it</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 5

1°: incidenza deceduti

Descrizione: per tumori assistiti con cure palliative a domicilio o hospice su totale deceduti per tumore

Tipo: Numerico

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

- Obiettivo 2018: > 60%

- Obiettivo 2019: > 60%

- Obiettivo 2020: > 60%

2°: programma formazione

Descrizione: rivolto agli operatori della rete

Tipo: S | N

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

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: S

3°: programma formazione

Descrizione: rivolto agli operatori invianti

Tipo: S | N

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

- Obiettivo 2018: S

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

4°: programma informativo

Descrizione: rivolto ai cittadini

Tipo: S | N

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

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

5°: referente CP pediatriche

Descrizione: individuazione

Tipo: S | N

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

- Obiettivo 2018: N

- Obiettivo 2019: S

- Obiettivo 2020: N

8 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
 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore
 36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Distretto di Modena e Castelfranco Emilia con il coinvolgimento delle Unioni presenti sul territorio provinciale per l'attivazione dei progetti di reinserimento sociale dei detenuti "dimessi". Servizio Sociale Territoriale Unione dei Comuni
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;E;

Razionale	<p>Livello provinciale: Il DPCM 01/04/2008 ha sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN; i principi di riferimento della riforma prevedono: "Il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; le linee guida sono quelle emanate dalla Regione in ambito sanitario penitenziario, ed i Protocolli siglati tra Regione e il Ministero della Giustizia per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena, al reinserimento sociale delle persone detenute e ad una appropriata tutela e promozione della salute. Nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d'attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-as-sistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.</p> <p>Livello distrettuale: Si tratta, sia per i minori che per gli adulti, di costruire percorsi che da un lato consentano un'esecuzione della pena che sia realmente orientata al recupero e al reinserimento sociale, dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.</p>
Descrizione	<p>Livello provinciale: E' necessario affrontare il tema individuando percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extramurario e prevedere, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali, interventi che favoriscano percorsi alternativi, o di dimissione, specie in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari, economiche o limiti personali. E' già operativa in tal senso l' EQUIPE DIMITTENDI a cadenza mensile</p> <p>Dal punto di vista della tutela della salute, prendendo quale modello quello dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, si attua un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della salute. Al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, la presa in carico di ciascun assistito prevede la condivisione di un PAI; l'intervento clinico-assistenziale viene offerto dalla fase di ingresso alla dimissione, con la possibilità per ogni persona dimessa di richiedere la propria Cartella Sanitaria. Vengono costruiti inoltre percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni dal carcere. La persona detenuta assistita è al centro della cura e</p>

	<p>deve essere favorito l'empowerment della persona stessa operando per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.</p> <p>E' già operativa in tal senso la MEDICINA PENITENZIARIA sancita dal DPCM del 01/04/2088 e dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute finanziati dalla Regione tramite la nuova figura dei Promotori di salute.</p> <p>Livello distrettuale:</p> <p>Il Servizio Sociale Territoriale collabora con i Servizi Preposti per la realizzazione degli interventi finalizzati al reinserimento sociale delle persone in esecuzione penale esterna e /o in uscita dal carcere. Per facilitare la territorializzazione degli interventi e la collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale dall'anno 2017 è prevista la presenza periodica dell'Assistente Sociale competente territorialmente dell'USSM. Il Servizio Sociale territoriale, ai sensi degli artt. 6, 9 e 12 del D.P.R. 448/88, su segnalazione dell'USSM (in relazione a richiesta della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni):</p> <ul style="list-style-type: none"> - collabora allo svolgimento delle inchieste sulle condizioni di vita e le risorse personali, familiari, sociali ed ambientali del minore sottoposto a procedimento penale, solo per i procedimenti a piede libero non già in carico all'USSM ; - in coordinamento con l'USSM partecipa alla elaborazione ed attuazione del progetto individuale a favore del minore in misura cautelare ed in occasione dell'elaborazione di un progetto di intervento per la messa alla prova (artt. 19 e 28 del DPR 448/88);
Destinatari	Soggetti detenuti ed internati presso la Casa Circondariale di Modena e Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia.
Azioni previste	<p>Azioni Provinciali</p> <p>sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario;</p> <p>avvio/consolidamento della figura del promotore di salute in carcere</p> <p>promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";</p> <p>realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto.</p> <p>Azioni Distrettuali:</p> <p>Collaborare con i soggetti preposti, come previsto dalla legge, per l'attuazione di progetti di inserimento e re-inserimento socio-lavorativo per coloro che sono in esecuzione penale esterna e/o in uscita dal carcere e che spesso sono portatori di fragilità complesse (personali, familiari, sanitarie, ecc.);</p> <p>Sviluppare azioni di confronto e coordinamento tra i Servizi Territoriali e USSM, anche al fine di realizzare azioni di prevenzione della devianza minorile;</p> <p>Collaborare con l'USSM per la realizzazione delle indagini sulle condizioni di vita familiari e ambientali dei minori sottoposti a procedimenti penali, solo per i reti a piede libero e per i minori non conosciuti dall'USSM;</p> <p>Collaborare con l'USSM per l'elaborazione dei un progetto di intervento per la messa alla prova</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	PRP scheda 4.8
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>-Azioni Provinciali:</p> <p>Soggetti detenuti ed internati presso la Casa Circondariale di Modena e Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia.</p> <p>Azioni Distrettuali: Persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio, minori interessati da provvedime</p>
Referenti dell'intervento	<p>Azioni Provinciali: Azienda USL MODENA – Petrella s.petrella@ausl.mo.it</p> <p>Azioni distrettuali: Servizio Sociale Associato</p> <p>Azione 1: Elena Begliomini – Responsabile Area Adulti e famiglie – tel. 0536/29027 – 0536/73922- e - mail ebegliomini@unionefrignano.mo.it</p>

	Azioni 2/3/4: Patrizia Sarti – Coordinatrice Tutela Minori – tel. 0536/29930 – e-mail psarti@unionecomuni.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: n.interventi

Descrizione: reinserimento sociale

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

9 Medicina di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

9 Medicina di genere

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

25 Contrasto alla violenza di genere

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

Razionale	Partendo dall'approccio all'equità richiamato nella scheda 11, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema così come richiamato dalla legislazione nazionale (legge 405/1975 e legge 22 maggio 78 n°194) e regionale (legge 6/2014) si rende necessario procedere attraverso diverse azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca.
Descrizione	1.partecipazione al coordinamento regionale "medicina di genere ed equità" presso la DG cura alla persona salute e welfare 2.eventuale partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale 3.sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell'azienda, compresi i medici convenzionati
Destinatari	professionisti dell'azienda e delle altre istituzioni e medici convenzionati
Azioni previste	A1. partecipazione al coordinamento regionale "medicina di genere ed equità" presso la DG cura alla persona salute e welfare 2. eventuale partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale 3. sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell'azienda, compresi i medici convenzionati
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<ul style="list-style-type: none"> •EQUITÀ IN TUTTE LE POLITICHE: METODOLOGIE E STRUMENTI; •PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA IN ETÀ FERTILE E PREVENZIONE DELLA STERILITÀ; •CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA; •CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE; •RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE NEL SISTEMA DI SERVIZI SOCIALI, SOCIO-SANITARI E SANITARI; •PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE DI GENERE, INTERGENERAZIONALI, INTERCULTURALI, DI ABILITÀ;

	•PROGETTO ADOLESCENZA: INTERVENTI INTEGRATI PER LA PREVENZIONE, PROMOZIONE DEL BENESSERE, CURA DI PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI;
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, associazionismo ,
Referenti dell'intervento	r.costantino@ausl.mo.it s.borsari@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

10 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d’iniziativa
- 8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
- 9 Medicina di genere
- 11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
- 12 Sostegno all’inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- 32 Promozione dell’equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

Razionale	<p>La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche. L’ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all’utilizzo dei servizi. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale.</p> <p>Se da un lato quindi vanno intraprese azioni di politica pubblica intersettoriali, e il Piano Regionale Sociale e Sanitario ne è un esempio in quanto agisce per modificare i determinanti sociali, dall’altro lato vanno anche considerate azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative: la questione si sposta da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all’interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale.</p>
Descrizione	l’azienda si impegna a promuovere politiche e azioni di contrasto alle disuguaglianze sull’accesso alle prestazioni, ai servizi di salute in generale, alle cure in modo che tutti i cittadini abbiano a fronte di stessi bisogni, stesse opportunità assistenziali.
Destinatari	cittadine/i, professionisti dell’azienda USL
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1.già presente il referente equità nella direzione operativa dell’azienda 2.adozione del piano strategico equità 3.utilizzo di strumenti e metodologie per programmare interventi a contrasto di eventuali disuguaglianze 4.attività di sensibilizzazione dei professionisti 5.monitoraggio degli equity audit già avviati (diabete e percorso nascita)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Scheda 15 - POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO E NEI SERVIZI; EQUIA PRP;</p> <p>scheda 9 MEDICINA DI GENERE ;</p> <p>scheda 32 EQUITÀ D’ACCESSO ALLE PRESTAZIONI ; 1. CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D’INIZIATIVA 8. PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA E REINSERIMENTO DELLE PERSONE IN ESECUZIONE PENALE; 12. SOSTEGNO ALL’INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEO-ARRIVATE;</p>

Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, associazionismo
Referenti dell'intervento	r.costantino@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: equity assessment

Descrizione: applicazione di 1 strumento

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** S

- **Obiettivo 2019:** S

- **Obiettivo 2020:** S

11 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>In questi ultimi anni, il forte incremento di flussi "non programmati" di migranti richiedenti protezione internazionale, ha cambiato profondamente le caratteristiche del fenomeno migratorio, in particolare nel territorio dei 10 comuni del Frignano la popolazione straniera residente, al 01/01/2017, rappresenta il 10.7% della popolazione totale, inoltre sono attualmente accolti circa 115 richiedenti asilo, secondo un sistema di accoglienza diffusa, nei diversi comuni del Frignano, in relazione alle indicazioni formulate e condivise nell'ambito del Tavolo di concertazione tra Prefettura, enti locali e soggetti gestori delle accoglienze.</p> <p>In risposta a tale nuovo scenario, il sistema dei servizi regionali e locali è sollecitato alla definizione di risposte tempestive e competenti in termini interculturali, finalizzate a sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale.</p> <p>In merito a questo punto, nei tavoli di lavoro partecipati per la redazione del Piano di Zona, è emerso quanto la complessità dei percorsi burocratici, legati sia all'acquisizione dei titoli di soggiorno, che alle altre istanze implicate in un percorso di integrazione sociale e socio-sanitaria, rappresenti una grande criticità in quanto spesso comporta tempi lunghissimi, con la conseguente permanenza di queste persone in uno stato di "vuoto", che può incidere negativamente nel loro percorso individuale di integrazione sociale. E' emersa inoltre una positiva collaborazione con le associazioni di volontariato e di promozione sociale del territorio, nei termini di opportunità di integrazione sociale. Nel territorio sono presenti inoltre alcuni nuclei di famiglie affidatarie che stanno accogliendo giovani profughi (Progetto WelkHome Modena).</p>
Descrizione	<p>Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), al fine di rispondere a particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa), promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali.</p>
Destinatari	<p>Cittadini stranieri residenti nei comuni del Frignano e Persone appartenenti a Paesi terzi neo arrivate in Italia, con attenzione a particolari vulnerabilità (es. donne sole, minori non accompagnati, tratta...)</p>
Azioni previste	<p>a) Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria:</p>

	<p>1) Sostegno da parte dei comuni dell'Unione del Frignano alle azioni di inclusione linguistica (corsi di lingua, corsi educazione civica...) realizzate da locale CPIA, in rete con l'Ufficio di Piano dell'Unione dei comuni del Frignano (Accordo di rete per il supporto e potenziamento delle attività di area vasta del CPIA 1 di Modena, sottoscritto da tutti i comuni dell'Unione del Frignano);</p> <p>2) Sostegno da parte dell'Unione dei comuni del Frignano, attraverso incontri di coordinamento, alla messa in rete dei soggetti gestori delle accoglienze profughi, con il sistema locale dei servizi sociali, sanitari, culturali, sportivi, con la realtà locale dell'associazionismo/volontariato e con il CPIA, onde favorire l'integrazione sociale delle persone neo arrivate (attività di volontariato in attuazione del Protocollo Regionale per la realizzazione di attività di volontariato da parte dei richiedenti protezione internazionale).</p> <p>3) Adesione da parte dell'Unione dei Comuni del Frignano ai "Protocolli di intesa provinciali con Questura e Prefettura, per il sostegno allo svolgimento delle pratiche amministrative"</p> <p>4) Consultorio donne straniere: viene garantito un ambulatorio settimanale con mediazione araba fissa al giovedì mattina, mentre per le altre etnie viene attivata una mediazione per ogni visita ostetrica, per i colloqui psicologici e per gli incontri multidisciplinari nei casi multiproblematici. (continuità)</p> <p>5) Consolidamento delle azioni di integrazione sociale dei cittadini stranieri, garantite da oltre 10 anni dalle progettazioni "Centro Servizi per cittadini stranieri" e "Mediazione linguistico – culturale nei servizi sociali". Da rilevare inoltre il coinvolgimento del Servizio Sociale dell'Unione dei Comuni del Frignano, alla progettazione provinciale FAMI, volta all'integrazione sociale dei cittadini stranieri.</p> <p>b) Promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, minori stranieri non accompagnati e vittime di tratta, in connessione e coerenza con interventi governativi:</p> <p>6) in merito all'opportunità di partecipare ai Bandi SPRAR da parte degli Enti Locali, anche in forma associata, al fine dell'allargamento della disponibilità di posti SPRAR, verranno effettuate opportune valutazioni.</p> <p>7) Le accoglienze saranno garantite da un sistema di accoglienza diffusa sul territorio, in carico a soggetto gestore esterno individuato dalla Prefettura di Modena. In merito all'attivazione di percorsi individuali di inclusione socio-lavorativa e/o di continuità assistenziale per i soggetti vulnerabili, in particolare per le persone in uscita dalle strutture di accoglienza, il Servizio Sociale dell'Unione dei Comuni del Frignano garantirà il raccordo, attraverso incontri periodici di confronto, con i referenti del soggetto gestore e la rete dei servizi socio-sanitari, onde evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale.</p> <p>8) Percorsi sanitari da parte del servizio di Salute mentale, in ordine alle diverse condizioni psicopatologiche presentate dai richiedenti asilo.</p> <p>9) Istituzione di un tavolo integrato, allargato alle associazioni del terzo settore e alla cittadinanza, per favorire la coprogettazione di interventi volti a sostenere l'inclusione sociale delle persone straniere nel territorio, con specifico riferimento all'organizzazione di gruppi di auto-mutuo aiuto, di dibattito e di confronto aperto sulle tematiche specifiche dell'integrazione sociale delle persone neo arrivate.</p>
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone).</p> <p>Politiche scolastiche, culturali, sportive e della formazione</p> <p>Azioni antidiscriminazione (cfr scheda 14)</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>AZ.USL di Modena – Distretto di Pavullo, CPIA, Soggetti del 3° settore, CSV, Soggetto Gestore delle Accoglienza, Prefettura</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Alessandra Chiappelli 0536/29029 achiappelli@unionefrignano.mo.it</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 34.945,99

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **15.100,00 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **19.845,99 €**

Indicatori locali: 2

1°: beneficiari corsi

Descrizione: corsi alfabetizzazione

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 200 - **Riferita al:** 31/12/2017

- **Obiettivo 2018:** 210

- **Obiettivo 2019:** 220

- **Obiettivo 2020:** 230

2°: n. incontri tavolo

Descrizione: tavolo integrato allargato al 3° settore

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

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

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
- 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
- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 25 Contrasto alla violenza di genere
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

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

Razionale	<p>Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e alle cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione.</p> <p>Sulla scia degli indirizzi europei, accanto alla parità tra donne e uomini devono essere prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi, oltre a quelli in base al sesso, il colore, le origini etniche e sociali, la lingua, la religione o altre convinzioni, le opinioni politiche e ogni altro genere di opinioni, l'appartenenza ad una minoranza, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere o lo stato economico e sociale.</p> <p>Nei tavoli di lavoro partecipati per la redazione del Piano di Zona, è emersa quale criticità l'aumento di atteggiamenti di razzismo nelle scuole superiori ed atteggiamenti di pregiudizio e paure in parte della popolazione generale, atteggiamenti determinati da scarsa conoscenza dei fenomeni culturali "altri". Il territorio del Frignano presenta caratteristiche tali per cui dispersione dei centri abitati, isolamento, grandi distanze, sicuramente possono favorire un radicamento nella popolazione di atteggiamenti di chiusura nei confronti dell'"Altro" del "Diverso", al contempo queste piccole comunità, con le loro strette reti relazionali consolidate, qualora coinvolte, rappresentano spesso un'enorme risorsa a contrasto dell'esclusione sociale, rivelando opportunità di scambio ed integrazione inaspettate.</p> <p>Il Servizio Sociale dell'Unione dei Comuni del frignano ha inoltre rilevato, nell'ultimo anno, un notevole incremento di accessi al servizio, da parte di donne straniere che denunciano situazioni di violenza.</p>
Descrizione	<p>Il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze costituisce un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia.</p> <p>In merito al tema del rispetto delle differenze, al contrasto di violenza di genere, e degli stereotipi, si elencano di seguito le azioni in rete, consolidate nel territorio del Frignano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenza da oltre 10 anni del progetto Centro Servizi per cittadini stranieri che con i

	<p>suoi tre sportelli decentrati sul territorio, può rappresentare un eventuale punto di riferimento per la popolazione straniera in merito sia al tema della discriminazione razziale, che alla violenza di genere o intrafamiliare per questo target di popolazione. (cfr scheda n. 12)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenza da oltre due anni sul territorio del Centro antiviolenza, in grado di proporre, in rete con l'ufficio di piano dell'Unione dei comuni del Frignano, progettazioni rivolte alle scuole, oltre a rappresentare un punto di accesso per l'individuazione di situazioni di violenza. (cfr scheda n. 25) - Esperienze di progettazioni, sostenute dal locale CSV, in rete con associazioni, comunità straniere e parrocchie, sul tema del dialogo interreligioso. - Presenza da oltre 10 anni della progettazione Sportelli d'ascolto in tutte le scuole del Frignano, di ogni ordine e grado, quale intervento in grado di declinare interventi, in coprogettazione con gli insegnanti e rivolti ai gruppi classe, finalizzati al contrasto di stereotipi e pregiudizi su diverse tematiche (sessualità, intercultura...), oltre che interventi volti a promuovere una cultura del rispetto e di mediazione dei conflitti. (cfr scheda n. 17) - Presenza da oltre tre anni del Progetto di Comunità "Frignano in rete a contrasto dell'esclusione sociale" che, con le sue specifiche azioni volte all'integrazione dei minori disabili in attività ludico, ricreative e sportive, in collaborazione con la rete delle associazioni dle terzo settore, di fatto può rappresentare un intervento indiretto a contrasto della discriminazione delle persone disabili.
Destinatari	Tutti i cittadini con particolare attenzione a popolazione straniera e a persone disabili
Azioni previste	<p>1) Promozione di una cultura delle pari opportunità, con particolare attenzione alle giovani generazioni, attraverso l'implementazione di azioni specifiche ed attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere, attraverso due progettazioni presenti e consolidate nel territori dell'Unione del Frignano: Progetto "Centro antiviolenza", in grado di proporre, in rete con l'ufficio di piano dell'Unione dei comuni del Frignano, progettazioni rivolte alle scuole, oltre a rappresentare un punto di accesso per l'individuazione di situazioni di violenza. (cfr scheda n. 25); Progetto "Sportelli d'ascolto nelle scuole del Frignano", quale intervento in grado di declinare interventi, in coprogettazione con gli insegnanti e rivolti ai gruppi classe, genitori ed insegnanti, finalizzati al contrasto di stereotipi e pregiudizi su diverse tematiche (sessualità, intercultura...), oltre che interventi volti a promuovere una cultura del rispetto e di mediazione dei conflitti. (cfr scheda n. 17);</p> <p>2) Consolidamento progetto "Centro Servizi per cittadini stranieri" che con i suoi tre sportelli decentrati sul territorio, può rappresentare un eventuale punto di riferimento per la popolazione straniera in merito sia al tema della discriminazione razziale, che alla violenza di genere o intrafamiliare per questo target di popolazione. (cfr scheda n. 12)</p> <p>3) Azioni a favore dell'inclusione e della partecipazione sociale delle persone con disabilità in tutte le fasi della vita. (cfr scheda n. 6)</p> <p>4) Progetti interculturali volte a favorire la conoscenza di culture "altre" (mostre, eventi...)</p> <p>5) Interventi educativi strutturati e continuativi nelle scuole per la sensibilizzazione sulla tematica della discriminazione in generale</p> <p>Vedi inoltre azioni ricomprese nella scheda n.25 "Contrasto alla violenza di genere"</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative, culturali, scolastiche, della formazione e sportive.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Az USL – Distretto di Pavullo; Scuole del territorio; Associazioni del terzo settore; CSV locale; Centro antiviolenza; Centro servizi per cittadini stranieri;
Referenti dell'intervento	Alessandra Chiappelli 0536/29029; achiappelli@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 1

1°: n° interventi

Descrizione: Interventi educativi e di sensibilizzazione

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 3

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 5

13 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d’iniziativa
- 9 Medicina di genere
- 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
- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 31 Riorganizzazione dell’assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti
- 37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggioranni con bisogni socio-sanitari complessi nell’ambito della protezione e tutela

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

Razionale	<p>I primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo neurologico e psicologico della/del bambina/o.</p> <p>Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l’elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di fornire che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali.</p> <p>Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.</p>
Descrizione	<p>l’obiettivo prioritario è ridurre lo svantaggio sociale che si accumula dai primissimi mesi di vita attraverso interventi a sostegno della genitorialità positiva dal concepimento ai primi due anni di vita</p>
Destinatari	<p>genitori e i loro bimbi nei primi due anni di vita , donne in gravidanza e loro partner e famigliari</p>
Azioni previste	<p>Azioni di ambito provinciale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mappatura dei servizi presenti sul territorio a sostegno dei genitori fin dalle prime settimane di vita e valutazione delle modalità di lavoro e integrazione a sostegno dei genitori 2. potenziamento dell’assistenza al percorso nascita con l’obiettivo di offrire attivamente , a partire dai distretti di Pavullo e dell’area nord, l’assistenza ostetrica a tutte le donne in gravidanza e nel post parto . 3. offerta attiva dello screening della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti 4. promozione e sostegno dell’allattamento e dell’attaccamento madre-bambino, con anche nuove metodiche quali il <i>pelle a pelle subito dopo il parto</i> e <i>“allattare rilassate”</i>

	<p>5. dimissioni appropriate madre bambina/o dopo il parto garantendo la continuità assistenziale : appuntamento col pdls per il neonato e con l'ostetrica del consultorio per la donna</p> <p>6. promuovere e potenziare le attività di sostegno alla genitorialità positiva quali nati per leggere, nati per la musica...</p> <p>7. utilizzare l'home visiting quale strumento di sostegno alla genitorialità nei casi concordati</p> <p>8. definizione di un progetto integrato tra servizi sociali e sanitari ed educativi nei primi anni di vita del bambino e delle loro famiglie;</p> <p>Azioni di ambito distrettuale</p> <p>1. mappatura dei servizi presenti sul territorio a sostegno dei genitori :progetto " home page sito Unione Comuni – Essere Genitori per famiglie e bambini 0-6 anni " del Distretto di Pavullo con notizie linkabili derivate dalle informazioni contenute nella carta dei servizi (quindi sempre aggiornate) relative al percorso nascita, alla salute dell'infanzia, alla educazione, alla cultura , al sostegno delle famiglie (vedi esempio allegato con disegni forniti dalle scuole d'infanzia locali,non con immagini riportate da siti) 2019</p> <p>2 promozione e sostegno dell'allattamento e dell'attaccamento madre-bambino, formazione " a cascata" di tutto il personale ostetrico nel 2018.</p> <p>3 promuovere e potenziare le attività di sostegno alla genitorialità positiva quali nati per leggere nuovo protocollo di intesa proposto</p> <p>4 visite in puerperio nel consultorio familiare entro 3 settimane dal parto - 2018</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Sostegno alla genitorialità; PRP – allattamento , prevenzione dell'obesità infantile
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Consultori famigliari , cure primarie, pediatria di comunità, centri per le famiglie, servizio sociale, servizi educativi prima infanzia , biblioteche, associazioni del territorio,
Referenti dell'intervento	Borsari s.borsari@ausl.mo.it Travagli s.travagli@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

14 Sostegno alla genitorialità

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano/Distretto sanitario
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale. Così come l'impoverimento complessivo del contesto sociale porta un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva.</p> <p>Dai tavoli di lavoro sui piani di zona è emerso che spesso le famiglie non si lasciano coinvolgere e, soprattutto a fronte di situazioni di criticità, tendono a delegare i servizi. Le informazioni sui percorsi socio sanitari risultano essere poco chiare, frammentate e poco fruibili. Viene rilevato un livello insufficiente di coordinamento tra i servizi ed auspicato un metodo di rilevazione ed ascolto dei bisogni dei cittadini in chiave partecipativa, in grado di sollecitare il senso di comunità e di coinvolgere le fasce deboli della popolazione.</p>
Descrizione	<p>I servizi pubblici sanitari, educativi, sociali e i Centri per le famiglie, registrano un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un contemporaneo processo di riduzione delle relazioni sociali. Questa crescente sfiducia e conflittualità si estende nei confronti anche delle istituzioni/servizi pubblici che sono investiti di aspettative, deleghe e richieste a cui sovente si riesce a dare risposte solo parziali. Occorre pertanto ri-orientare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie.</p> <p>Nel territorio del Frignano, non essendo presente un Centro per le famiglie, il sostegno alla genitorialità viene garantito attraverso il progetto "Sportelli d'ascolto", presente in tutti gli istituti scolastici del Frignano e in rete con i servizi sociali e sanitari del territorio che garantisce la funzione di ascolto/sostegno/orientamento supporto anche ai genitori. L'ufficio di Piano inoltre, in accordo con il Comitato di Distretto, ha valutato di declinare il progetto "Sportelli Ascolto" al tema ulteriore della mediazione familiare, in tal modo sarà possibile garantire, alle famiglie del vasto territorio montano del Frignano, un accesso facilitato ad un servizio specialistico dislocato all'occorrenza in sedi territoriali definite.</p>

Destinatari	Famiglie con figli piccoli, adolescenti, giovani adulti con attenzione a particolari vulnerabilità
Azioni previste	<p>1) Verrà data continuità al progetto "Sportelli d'ascolto", in rete con i servizi del territorio, tra cui il Servizio Sociale Associato - Responsabilità familiari e Tutela Minori e il Centro Adolescenza AUSL, il Servizio Dipendenze Patologiche ed il Servizio Salute Mentale, in tutti gli istituti scolastici di ogni ordine e grado del Frignano che garantisce supporto ai genitori, sia attraverso uno specifico servizio di consultazione, che con attività rivolte ai gruppi di genitori. L'ufficio di Piano inoltre, in accordo con il Comitato di Distretto, ha valutato di declinare il progetto "Sportelli Ascolto" al tema ulteriore della mediazione familiare, in tal modo sarà possibile garantire, alle famiglie del vasto territorio montano del Frignano, un accesso facilitato ad un servizio specialistico dislocato all'occorrenza in prossimità presso sedi territoriali individuate. Verrà inoltre garantita la messa in rete del Progetto "Sportelli ascolto" con il Coordinamento pedagogico 0 – 6, per la realizzazione del ciclo di incontri "Crescere oggi", rivolti ai genitori dei bambini della fascia d'età 0 – 6.</p> <p>2) Attivazione di forme di integrazione al reddito, da parte del Servizio Sociale dell'Unione dei comuni del Frignano, a favore delle famiglie fragili, finalizzato a garantire la frequentazione a opportunità di socializzazione dei minori. Quest'anno inoltre l'Unione dei Comuni del Frignano ha partecipato al bando della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena sulla povertà educativa che prevede forme di sostegno al reddito, volte a favorire la partecipazione dei minori ad attività sportive, ludico – ricreative, culturali e di socializzazione.</p> <p>3) Progetto armonizzazione dei tempi del lavoro e della cura, in collaborazione con Associazione locale del terzo settore;</p> <p>4) Azioni di sostegno alle adozioni ed ai percorsi di affido.</p> <p>5) Creare una rete interservizi con approccio innovativo per l'accoglienza, a supporto delle famiglie fragili, in prossimità.</p> <p>6) Valorizzare le attività sportive e agevolarne l'accesso;</p> <p>7) Progetti Sanitari della Neuropsichiatria infantile: Percorsi per genitori di utenti con disabilità intellettiva; Percorsi dell'Azienda Ausl di Parent training (Autismo; ADHD; Disturbi del Comportamento).</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche scolastiche, educative, culturali, sportive</p> <p>- collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.);</p> <p>- costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	UNIONE - AUSL – SERVIZI EDUCATIVI – COORDINAMENTO PEDAGOGICO – UFFICI SCUOLA / CULTURA DEI COMUNI – ISTITUTI SCOLASTICI – TERZO SETTORE
Referenti dell'intervento	da azione 1 alla 6 Chiappelli Alessandra achiappelli@unionefrignano.mo.it azione 7 Antonella Riccò a.riccò@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 34.336,75

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **6.000,00 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **28.336,75 €**

Indicatori locali: 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

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

16 Sostegno alla genitorialità

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

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

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

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale sia a livello regionale che territoriale. La programmazione degli interventi ha come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio, definita sulla base di dati, ricerche e ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.</p> <p>Nei tavoli di lavoro partecipati per la redazione del Piano di Zona, in merito al tema adolescenza, è emersa la percezione di un aumento della fragilità dei giovani sempre più a rischio di isolamento e comportamenti da dipendenza in generale (Internet, gioco, sostanze, nello specifico abuso alcool). Inoltre la mancanza di punti di aggregazione, in cui i giovani possano esprimersi, pare correlarsi con una loro scarsa partecipazione attiva. Emerge inoltre quanto le famiglie non si lascino coinvolgere e tendano a delegare ai servizi/istituzioni, a fronte di criticità. I tavoli di lavoro hanno altresì espresso alcune proposte che suggeriscono l'utilizzo di modalità di approccio diversificate, anche informali, per potere raggiungere gli adolescenti, facendo maggiore informazione anche in luoghi non istituzionali e realizzando una mappatura di bisogni e risorse anche attraverso canali non istituzionali. I gruppi suggeriscono inoltre di aumentare il coinvolgimento della scuola e sensibilizzare i giovani sui temi della solidarietà, valorizzando altresì le attività sportive e agevolandone l'accesso.</p>
Descrizione	<p>Con la DGR.n.590/2013 il coordinamento preposto, in seno all'Ufficio di Piano dell'Unione dei Comuni del Frignano, ha messo a sistema tutte le progettazioni sociali, sanitarie, educative volte alla promozione del benessere e alla prevenzione del rischio nella popolazione adolescenziale/giovanile, attraverso la costituzione del G.IA. "Gruppo Integrato Adolescenza", formato dai referenti dei vari soggetti istituzionali della rete che si occupano di adolescenti, che costituisce un ambito privilegiato di analisi e riflessione condivisa sul tema della prevenzione dei comportamenti a rischio nella popolazione adolescenziale, ai fini di progettazioni sempre più mirate ed efficaci che garantiscano la realizzazione di servizi e interventi integrati, facilmente accessibili, flessibili ed in prossimità. Le progettazioni ricomprese attualmente nel</p>

	<p>Progetto Adolescenza distrettuale e di cui sarà garantita la continuità nel triennio, sono le seguenti: progetti per la promozione della cittadinanza attiva; progettazioni, sostenute dal bando Regionale sulle Politiche giovanili; Progetto "Sportelli d'ascolto" in tutti gli istituti scolastici del Frignano; Progetto "Interventi di prossimità nel Frignano", che prevede lo sviluppo di interventi di educativa di strada; Progettazioni nei singoli comuni volte ad offrire opportunità culturali/di socializzazione per il tempo libero e a sostenere il successo scolastico per lo sviluppo dell'autonomia personale e della vita di gruppo; progetto provinciale antidispersione scolastica "Diritto al futuro"; progetti Sanitari "Spazio Giovani Consultorio" e "Centro adolescenza"; Progetto Peer education AUSL.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori servizi</p>
<p>Azioni previste</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coordinamento interistituzionale/interservizi e monitoraggio "Progetto adolescenza": Verrà data continuità al G.IA. "Gruppo Integrato Adolescenza", istituito nel 2015 ai sensi della DGR. n. 590/2013. Il Gruppo di Lavoro interistituzionale e interservizi, formato dai referenti dei vari soggetti istituzionali della rete che si occupano di adolescenti, ha messo a sistema tutte le progettazioni sociali, sanitarie, educative volte alla promozione del benessere e alla prevenzione del rischio nella popolazione adolescenziale/giovanile e tramite incontri periodici tra i diversi operatori dei servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici, terzo settore, rappresenta un ambito privilegiato di analisi e riflessione condivisa sul tema, ai fini di progettazioni trasversali, mirate ed efficaci, che garantiscano la realizzazione di servizi e interventi integrati, facilmente accessibili, flessibili ed in prossimità. Verrà garantita inoltre la partecipazione al tavolo di lavoro e co-progettazione sia agli adolescenti, che ai gestori di locali, che ai genitori, per una coprogettazione partecipata. 2) Consolidamento dei punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti (Spazi giovani consultoriali, Centri adolescenza...), con équipe opportunamente formate. 3) Consolidamento ed implementazione del Progetto "Sportelli d'ascolto" in tutti gli istituti scolastici del Frignano che, oltre a garantire supporto agli adulti significativi di riferimento, esercita la funzione di ascolto/sostegno/orientamento a favore degli alunni delle scuole secondarie di primo grado e di secondo grado, grazie a modalità organizzative che consentono un facile accesso e al coordinamento, che mantiene il progetto in rete con i servizi sociali e sanitari del territorio, (Neuropsichiatria Infantile, Spazio Giovani e Consultorio, Servizio Dipendenze Patologiche; Centro Salute Mentale) 4) Progetti per la promozione della cittadinanza attiva dei giovani Progetto "Cantieri giovani", gestiti dal CSV locale e sostenuti dall'Unione; 5) Partecipazione dell'Unione a progetto provinciale antidispersione scolastica "Diritto al futuro", coordinato dalla Fondazione San Filippo Neri di Modena; 6) Progettazioni, sostenute dal bando Regionale sulle Politiche giovanili, che prevedono la realizzazione di due progetti innovativi: attivazione di punti informativi e di distribuzione della Youngercard in 9 comuni del Frignano ed il progetto Proworking "Divenire" per la realizzazione di interventi di orientamento al lavoro; 7) Progettazione e attuazione di interventi di promozione di sani stili di vita e di educazione all'affettività e alla sessualità, interventi di sensibilizzazione e prevenzione sul tema del gioco d'azzardo (cfr. scheda n. 19), in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con il coinvolgimento attivo degli studenti come peer educator, come previsto dal Piano regionale della Prevenzione. 8) Verrà data continuità al Progetto "Interventi di prossimità nel Frignano", che prevede lo sviluppo di interventi di educativa di strada, attraverso modalità di aggancio "informali", volte alla prevenzione dei comportamenti a rischio, legati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali, coordinato da Unione dei comuni del Frignano, in stretta sinergia con soggetto attuatore e Servizio AUSL Dipendenze Patologiche. Nell'ambito di tale progetto, oltre agli interventi in prossimità (scuole, feste, luoghi informali, mezzi di trasporto...), rivolti direttamente alla popolazione adolescenziale giovanile, verranno garantite anche azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte agli adulti significativi (genitori, insegnanti), oltre che ai gestori dei locali ed agli editor organizzatori delle feste giovanili. 9) Saranno attuati i progetti previsti dal Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 rivolti agli adolescenti (Scuole libere dal fumo; tra rischio e piacere...), che verranno richiesti dagli istituti scolastici del territorio, anche in continuità con gli anni precedenti e con l'utilizzo della metodologia della peer education. I temi dei progetti riguarderanno le dipendenze patologiche (tabagismo, alcool, e sostanze, gioco d'azzardo..) 10) Continuità dei progetti AUSL sulla Peer education: progetti annuali di autogestione a scuola: proposta /offerta di argomenti a scelta - incontri a tema. 2018-2019 11) fare rete tra servizi e attori informali per una reciproca conoscenza (distribuzione di

	materiale informativo nei locali, discoteche,ecc.) 2018 -2019
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche educative, scolastiche, culturali, sportive.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl – Distretto di Pavullo; Istituti scolastici del territorio; Csv locale; Associazioni del terzo settore; Uffici sport, cultura, scuola dei 10 comuni del Frignano;
Referenti dell'intervento	Alessandra Chiappelli 0536 29029 achiappelli@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 151.410,02

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **151.410,02 €**

Indicatori locali: 2

1°: incontri coordinamento

Descrizione: numero incontri

Tipo: Numerico

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

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

2°: inclusione destinatari

Descrizione: allargamento del coordinamento ai destinatari

Tipo: S | N

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

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

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	Accanto al dato demografico della riduzione della natalità, determinato da molteplici fattori economici, sociali e relazionali, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità quali l'abuso di sostanze, l'obesità e il sovrappeso, la diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, le malattie sessualmente trasmesse e l'HIV.
Descrizione	Il Piano Nazionale Fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla durata e come proteggerla evitando comportamenti che possano metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente. Gli obiettivi prioritari sono la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare. Ulteriori obiettivi sono il potenziamento e la valorizzazione delle attività consultoriali individuate come punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione. I consultori famigliari rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.
Destinatari	giovani adulte/i 20-34 anni ,
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> partecipazione alla formazione regionale dei professionisti dedicati in ogni distretto agli spazi giovani adulti (tre per distretto) su prevenzione diagnosi e follow-up endometriosi . programmazione e realizzazione di interventi formativi per i professionisti della rete assistenziale territoriale su " stili di vita e salute riproduttiva" , formazione all' utilizzo di strumenti adeguati per favorire scelte di stili di vita consapevoli nei ragazzi quali la consulenza motivazionale breve , health literacy ed altro apertura in ogni distretto di uno spazio giovani adulti con il personale dedicato (medici ginecologi e e andrologi ostetriche, psicologhe/i) promozione e progettazione di interventi multipli di informazione rivolti ai cittadini in questa fascia d'età per dare strumenti per mettere in atto stili di vita salutari e per accedere ai servizi a loro dedicati . applicazione della delibera regionale sulla contraccezione gratuita per le ragazze e i ragazzi fino al compimento del 26 anno d'età, e per fasce di popolazione svantaggiata E02 E 99 nel post parto e post IVG .

<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Delibera Num. 1722 del 06/11/2017 Regione Emilia-Romagna PSSR: sceda 9. Medicina di genere PSSR: sceda 25. Contrasto alla violenza di genere</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Consultori famigliari, servizi territoriali (sert, salute mentale, cure primarie) specialisti ospedalieri ginecologi/andrologi , Enti locali, associazionismo ,</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>s.borsari@ausl.mo.it;a.mastinu@ausl.mo.it</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

17 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
- 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Riferimento scheda distrettuale: 34 Misure economiche a sostegno dei soggetti fragili

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

Razionale	L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnata da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.
Descrizione	Piano Regionale Triennale per il contrasto al GAP
Destinatari	Cittadini <ul style="list-style-type: none"> • Giocatori d'azzardo patologici e loro familiari • Esercenti di locali con giochi di azzardo • Studenti e Docenti • Personale sanitario, sociale, educativo e delle associazioni del territorio
Azioni previste	OBIETTIVO GENERALE 1 Promuovere presso la cittadinanza la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale: obbiettivi da declinare in ambito dei singoli territori sociali <ul style="list-style-type: none"> • Eventi pubblici: azioni a carattere culturale per promuovere una sensibilizzazione efficace sul territorio riguardo al fenomeno del gioco d'azzardo rivolti alla cittadinanza • Stesura di brochure informativa con elenco delle "agenzie di aiuto" del territorio

dell'Unione dei Comuni del Frignano.

- Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo: momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento
- Valorizzazione marchio SlotFreeER ed eventi collegati: Implementare mappatura locali con e senza slot e altri gap e attività di empowerment dei locali slot
- Sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie: sportelli, convenzioni con centri antiusura, ecc.
- Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura: rete territoriale con terzo settore e ente locale

AZIONI SPECIFICHE DI AMBITO DISTRETTUALE :

3 eventi nel triennio:

- 1) Laboratorio teatrale rivolto alla cittadinanza sul tema della probabilità matematica legata al gioco (tempo previsto 2019).
- 2) Evento informativo presso la Casa del Volontariato di Pavullo ed un evento nell'alto Frignano per informare la popolazione sulle "agenzie di aiuto del territorio" (tempi previsti 2018 e 2020).
- 3) Stesura di brochure informativa con elenco delle "agenzie di aiuto" del territorio dell'Unione dei Comuni del Frignano (tempi previsti 2020)

1 evento formativo per esercenti di locali

- 1) Evento formativo nel triennio rivolto agli esercenti dei locali di gioco, da attuare in sinergia fra SDP e professionisti degli Enti accreditati che si occupano di GAP.

☐ 1 evento informativo per esercenti di locali e brochure

1) Campagna informativa rivolta agli esercenti di locali che ospitano slot machine per sensibilizzare alla scelta del marchio SlotFreeER (tempo previsto 2019).

2) Produzione di brochure e locandina con elenco dei locali che hanno aderito alla iniziativa del marchio Slot-freeER, per evidenziare le "zone socialmente protette da slot" (tempo previsto 2020).

3) Diffusione del materiale informativo sulle "zone socialmente protette da slot".

☐ 1 evento informativo

1) Diffondere l'informazione sulla presenza dello sportello Federconsumatori già attivo nel distretto di Pavullo (tempo previsto 2018).

2) Prevedere contributo economico al cittadino con debiti da gioco per copertura della tessera Federconsumatori (tempi previsti: 2018-2019-2020)

☐ gruppo di auto aiuto

1) Dare vita a gruppo per sostegno di famigliari con utente affetto da GAP nel distretto di Pavullo in collaborazione con Enti accreditati (tempo previsto 2019)

OBIETTIVO GENERALE 2

Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e ampliamento con quanto previsto dal PRP:

- Potenziamento della prevenzione, conoscenza del fenomeno e rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in ambito scolastico: utilizzo di percorsi laboratoriali rivolti a studenti e docenti

AZIONI SPECIFICHE DI AMBITO DISTRETTUALE

☐ 3 eventi formativi

1) Proseguire con l'esperienza del progetto "Probabilmente" presso Polo scolastico di Pavullo e Pievepelago (tempi previsti : 2018-2019-2020).

☐ 1 evento informativo

2) Favorire la conoscenza del fenomeno ludopatie, con un evento informativo rivolto al target della popolazione giovanile, considerata particolarmente a rischio (Laboratorio interattivo) (tempo previsto 2020)

OBIETTIVO GENERALE 3 Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo:

- Formazione specifica con l'obiettivo di creare una rete territoriale competente nell'intercettazione precoce del fenomeno, nella cura di interfacce per la cura e il trattamento, in continuità con la formazione regionale prevista.

	<p>OBIETTIVO GENERALE 4 Definizione di percorsi e linee di indirizzo per facilitare l'accesso ai percorsi di cura AUSL e che permetta di integrare i servizi dipendenze patologiche con altri servizi coinvolti nel percorso di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di un coordinamento o tavolo di lavoro territoriale Ausl, Ente locale, terzo settore, gruppi AMA
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Trasversalità: Scheda 17 Progetto Adolescenza Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 prevede nel setting 5 azioni e progetti specifici per la promozione di scelte salutari di vita da agire nel contesto scolastico. Le azioni previste dal Piano Provinciale GAP adottato con deliberazione del disrettore generale n. del</p> <p>Scheda 22 Misure al contrasto della povertà Scheda 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili Scheda 26 metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità Scheda 28 c) Gruppi di automutuoaiuto per alcolisti e per dipendenti da gioco d'azzardo e loro famigliari Scheda 34 Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali Scheda 36 Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territori</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Ausl, EE.LL, Scuole, Associazioni territoriali, Associazioni di categoria</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Pifferi, g.pifferi@ausl.mo.it Ambito distrettuale: Bianchini m.bianchini@ausl.mo.it</p>
<p>Risorse non finanziarie</p>	

Totale preventivo 2018: € 22.805,55

- Programma gioco d'azzardo patologico: **22.805,55 €**

Indicatori locali: 2

1°: eventi informativi

Descrizione: azioni a carattere culturale per promuovere sensibilizzazione sul gioco d'azzardo

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

2°: eventi formativi

Descrizione: per esercenti

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 0

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Riferimento scheda distrettuale: 19 Innovazione della rete dei servizi per persone non autosufficienti nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

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

Razionale	<p>L'effettuazione di un sovracampionamento aziendale per l'edizione 2018-2019 PASSI d'Argento permette di avere dati locali su stato di salute, stili di vita, ricorso ai servizi socio-sanitari e bisogni di salute socio-assistenziali della popolazione ultra 64enne della provincia di Modena. La sedentarietà costituisce un problema fondamentale per la popolazione di qualsiasi età, nell'anziano lo stile di vita sedentario è sostenuto e complicato da condizioni patologiche e scarsa motivazione. La prescrizione e la somministrazione di attività motoria adattata e personalizzata possono favorire nella popolazione over 60 la riduzione di fattori di rischio per numerose patologie croniche, la riduzione della prescrizione dei farmaci per condizioni patologiche sensibili all'attività motoria, la socializzazione e l'aggregazione.</p>
Descrizione	<p>PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza nazionale che indaga condizioni di salute, abitudini e stili di vita, ricorso ai servizi socio-sanitari e bisogni di salute socio-assistenziali della popolazione con 65 anni e oltre. La popolazione in studio è costituita dalle persone ultra 64enni non istituzionalizzate che possiedono un telefono e che parlano la lingua italiana. Per la raccolta dei dati viene utilizzato un questionario standardizzato, che rileva molte dimensioni come lo stato di salute, la qualità della vita, le cadute, le attività della vita quotidiana di base (Activities of Daily Living – ADL) e strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - IADL), il bisogno di assistenza socio-sanitaria, l'essere risorsa sociale, la partecipazione ad attività sociali e il rischio di isolamento sociale, gli stili di vita, i fattori fisici e sensoriali. Completano il quadro informazioni sulle condizioni dell'abitazione e sulla percezione della sicurezza nel quartiere e dati socio-demografici. PASSI d'Argento suddivide la popolazione ultra 64enne in quattro sottogruppi a cui sono destinati diverse priorità e modalità di intervento socio sanitario: in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa; in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità; a rischio di disabilità; con disabilità.</p> <p>La somministrazione del questionario può avvenire in due modalità: per intervista telefonica o per intervista faccia a faccia. Le persone con meno di 80 anni sono invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata (80 anni e oltre) si propone in prima battuta la modalità a faccia a faccia. Nel caso in cui la persona estratta fosse impossibilitata a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici, viene intervistato un familiare o una persona di fiducia (denominata proxy) a stretto contatto con la persona campionata, ciò consente di raccogliere informazioni anche sugli ultra</p>

	<p>64enni non in grado di sostenere un'intervista a causa delle proprie condizioni di salute. PASSI d'Argento è un'indagine regionale e quindi fornisce informazioni a livello regionale e viene effettuata grazie ad un finanziamento regionale. L'Ausl di Modena effettua un sovracampionamento aziendale con risorse proprie per raggiungere la numerosità sufficiente all'ottenimento di informazioni provinciali.</p> <p>Numerosi progetti sono attivi ed orientati, secondo le indicazioni del piano regionale di prevenzione, alla promozione dell'attività motoria. I programmi di prescrizione e somministrazione di esercizio fisico ed attività fisica adattata sono rivolti a tutta la popolazione, quando però riguardano il soggetto anziano la valutazione e la prescrizione dell'attività motoria adattata in forma autonoma o assistita segue percorsi necessariamente più articolati. I Percorsi per la prescrizione dell'Attività motoria adattata si differenziano in E.F.A. (esercizio fisico adattato) ed A.F.A. (attività fisica adattata). Il percorso EFA prevede la valutazione e la somministrazione di esercizio fisico dedicata a soggetti con patologie croniche stabilizzate (sindrome metabolica, esiti stabilizzati di sindrome coronarica acuta, diabete mellito di tipo 2) finalizzata al miglioramento delle condizioni di salute, alla riduzione della prescrizione di farmaci ed alla prevenzione delle complicanze. Tale percorso prevede la valutazione del caso presso il Servizio di Medicina dello Sport, la somministrazione di esercizio fisico adattato, da parte di un laureato in scienze motorie afferente al Servizio, monitorato presso la palestra convenzionata con la AUSL (sia per Modena che per la sede di Carpi) fino ad un periodo di 8 settimane, successivamente viene valutato e programmato l'invio dell'utente al circuito delle palestre accreditate per Attività Motoria adattata (palestre che promuovono salute, DGR 2127 – dicembre 2016) sul territorio provinciale con costante monitoraggio e consulenza da parte del personale del Servizio di Medicina dello Sport. L'AFA è un percorso orientato alla riattivazione muscolare dedicato a soggetti affetti da condizioni patologiche che non richiedono un particolare monitoraggio per l'avvio alla pratica dell'attività motoria (lombalgia cronica, esiti stabilizzati di protesi d'anca, morbo di Parkinson). Dopo l'arruolamento in base ai criteri di inclusione definiti da protocolli regionali il medico di medicina generale può inviare l'utente direttamente al circuito di palestre accreditate sul territorio oppure, in caso di particolare necessità di approfondimento clinico, al Servizio di Medicina dello sport per le opportune valutazioni. Per i soggetti affetti da patologie non incluse nei protocolli AFA ed EFA sono attive convenzioni per la prescrizione di attività motoria adattata (es.: Sclerosi Multipla, patologie psichiatriche, pazienti in attesa di trapianto di organo o trapiantati) tra Servizio di Medicina dello Sport-AUSL di Modena e Associazioni di pazienti, reparti specialistici. Ulteriori opportunità possono essere esplorate ed attivate allo stesso fine. Ulteriori opportunità di promozione del movimento e di aggregazione/socializzazione sono offerte con il supporto da parte del Servizio a gruppi di cammino organizzati da società sportive, associazioni, enti locali, etc. al fine di sostenere e supervisionare la sicurezza e la correttezza dello svolgimento dell'attività motoria e, ove necessario, fornire su richiesta del MMG dello specialista la consulenza specifica e personalizzata nelle situazioni più complesse.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>Direzione Sanitaria, Direzione Socio-sanitaria, Direttori di Distretto, Dipartimento di Cure Primarie - Area anziani, Programma fragilità, Dipartimento di Sanità Pubblica, Uffici di Piano, Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, Aree sociali dei Comuni, Associazionismo del terzo settore</p>
<p>Azioni previste</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. - Sovracampionamento aziendale e interviste telefoniche o vis a vis a cittadini con 65 anni e oltre o eventualmente a una persona che ne sia in stretto contatto con loro e che ne conosca le abitudini e i bisogni di salute e assistenza (proxi) nel caso di impossibilità nel sostenere un'intervista. 2. Promozione attività motoria per il benessere e la salute dell'anziano attraverso la declinazione negli ambiti specifici di intervento di progetti preesistenti e già attivi sul territorio provinciale condotti dal Servizio di Medicina dello Sport con la collaborazione dei MMG, specialisti, Associazioni, Enti Locali, Società sportive. 3. Favorire la socializzazione e la aggregazione attraverso il movimento per la salute 4. Offrire momenti di formazione-informazione sui benefici dell'attività motoria per l'anziano 5. Fornire consulenza, monitoraggio e supervisione per la sicurezza della somministrazione dell'attività motoria adattata nei vari contesti 6. Favorire e sostenere la realizzazione di nuove realtà di aggregazione per la condivisione di attività motoria per la salute dell'anziano anche attraverso programmi a fine ricreativo, ludico-motorio (ginnastica dolce, ballo, fitness, etc.) <p>AZIONI SPECIFICHE DI AMBITO DISTRETTUALE</p>

	Promozione gruppi di cammino (anno 2018 Comune di Serramazzoni e anno 2019 Comune di Pavullo)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le informazioni raccolte possono essere utili per mettere in campo politiche e interventi per favorire l'invecchiamento attivo mediante il contrasto dell'isolamento sociale e dei fattori di rischio comportamentali e per riconoscere i bisogni socio-assistenziali e le non autonomie favorendo una migliore assistenza socio-sanitaria da parte di tutte le figure coinvolte, modulata secondo i bisogni dei sottogruppi di popolazione. Collaborazione ed integrazione con servizi Ospedalieri per proposte dedicate a differenti tipologie di soggetti .
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl di Modena Associazioni pazienti; Associazioni Sportive; Enti Locali
Referenti dell'intervento	g.carrozzi@ausl.mo.it;g.savino@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

19 Innovazione della rete dei servizi per persone non autosufficienti nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 4 Budget di salute
- 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
- 7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
- 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
- 24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;C;

Razionale	Se da una parte emerge, quindi, la necessità di consolidare i servizi già esistenti rendendoli più flessibili dall'altra si rende necessario sviluppare progetti sperimentali e/o innovativi tesi a sostenere i nuovi bisogni di domiciliarità e ad ampliare la gamma dei beneficiari. Occorre inoltre promuovere delle azioni volte a superare la logica "prestazionale" o "dell'intervento" su specifici target e a favorire un ampliamento del concetto "culturale" di domiciliarità che non ponga l'attenzione unicamente sulle persone non autosufficienti, ma accompagni e sostenga le famiglie e/o il singolo cittadino, anche e soprattutto, nella fase cosiddetta di "fragilità".
Descrizione	La costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza attivato dal 2007, ha consentito di dare risposte più appropriate ai problemi legati alla Non Autosufficienza, attraverso l'implementazione di una rete di servizi in grado di garantire nel tempo la presa in carico di persone anziane e disabili. L'attuazione del processo di accreditamento ha poi consentito il consolidamento e la qualificazione di una rete per servizi a favore di cittadini non autosufficienti, affermando l'importanza della programmazione distrettuale, potenziando le forme di integrazione socio-sanitarie tra i servizi, facilitando i rapporti tra la committenza e i soggetti gestori dei servizi. Per quanto riguarda l'ambito distrettuale, i cambiamenti demografici e sociali stanno evidenziando tutte le caratteristiche dell'attuale società moderna che richiedono una revisione complessiva del sistema di welfare attualmente presente.
Destinatari	Persone non autosufficienti e/o fragili, loro familiari, caregiver e assistenti famigliari
Azioni previste	A) messa in rete di tutte le opportunità residenziali anche temporanee a favore di anziani autosufficienti in situazione di fragilità sociale e/o disagio abitativo ; B) approvazione di un regolamento di ambito distrettuale per la disciplina delle Case Famiglia C) Definizione di un programma distrettuale per sostenere il lavoro di cura a domicilio : "sistematizzazione" e messa in rete di attività già presenti e definizione di azioni specifiche e/o

	<p>convergenti su diversi assi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduzione di elementi di flessibilità sull'utilizzo di centri diurni per anziani al fine sia di dare risposte adeguate ai cambiamenti espressi dalle famiglie e sia per ampliare il numero dei beneficiari nel rispetto del numero complessivo dei posti autorizzati per ciascun centro diurno - azioni a sostegno del caregiver e implementazione degli interventi di sollievo; - azioni innovative di rete tese a favorire l'emersione, qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari; - Sviluppo di iniziative di socializzazione rivolte ad anziani e alle loro assistenti famigliari anche in sinergia con il volontariato e i centri diurni assistenziali. <p>D) definizione del programma distrettuale di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - valorizzazione delle diverse realtà aggregative (compresi circoli ricreativi e/o frazionali) al fine di creare e/o potenziare, forme di socializzazione a favore di anziani soli o isolati; - sviluppo di azioni tese ad incentivare il volontariato ad intraprendere azioni di sostegno alla domiciliarità; - sviluppo di esperienze di coabitazione (tra anziani e tra anziani/famiglie); - sostegno a progetti di buon vicinato; - costruzione di un percorso, con il coinvolgimento di tutta la rete che possa sostenere ed accompagnare le famiglie che trovandosi in difficoltà, si rivolgano ai servizi della rete. <p>E) Sviluppo di azioni di supporto alla rete di servizi residenziali per persone non autosufficienti presenti in ambito territoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del progetto aziendale "Cure Palliative nelle CRA e CSRR" attraverso la sperimentazione in ambito distrettuale di attività integrative di supporto infermieristico notturno per particolari situazioni valutate dall'UCDP in sinergia con l'area Fragili; - attivazione di azioni legate al progetto aziendale "CRAPSOS" con l'obiettivo di ridurre ricoveri impropri dalle CRA versus Ospedale, facilitare la continuità assistenziale, favorire l'appropriatezza del interventi, ridurre i tempi di attesa di persone non autosufficienti in ambito di P.S. <p>F) Verranno realizzate percorsi nell'ambito del progetto regionale "Vita indipendente"</p> <p>G) Definizione di un percorso complessivo sull'utilizzo del FRNA e su tutti gli aspetti interconnessi attraverso il coinvolgimento dei diversi attori del sistema. Oltre i già esistenti percorsi valutativi tra servizi sociali e socio - sanitari, particolare attenzione verrà posta nei riguardi delle OO.SS. per giungere alla definizione di un tavolo di lavoro permanente per un confronto costante e stabile sulle diverse tematiche afferenti all'ambito della non autosufficienza</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Integrazione delle politiche sociali, sanitarie, socio-sanitarie, abitative.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Bardani a.bardani@ausl.mo.it Marti mmarti@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 2.020.212,00

- FRNA: **306.224,00 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **1.703.076,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici (MLPS "Vita Indipendente"): **10.912,00 €**

Indicatori locali: 0

20 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Approvato

Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Servizio Sociale Territoriale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	<p>Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto i 4 milioni e 598 mila di individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. Il SIA si è configurato come misura ponte che ha anticipato alcuni elementi essenziali del REI – Reddito di inclusione – attuativo della Legge n°33 “Delega recante norme relative al contrasto della povertà”, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali», approvata nell'anno 2017. Contestualmente all'avvio del SIA, la Regione Emilia Romagna – L.R. 24/2016 “Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito” - ha deciso di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari del SIA con risorse dedicate del bilancio regionale con l'istituzione del Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Alla data odierna sono attive entrambe le misure a contrasto della povertà ed è in corso la definizione di un percorso di integrazione tra RES e REI.</p>
Descrizione	<p>Il Servizio Sociale Territoriale, attraverso gli Sportelli Sociali e al Servizio Sociale Professionale presenti su ciascun comune dell'Unione del Frignano, ha messo in campo tutte le azioni e le modalità di presa in carico integrata necessarie per garantire a tutti i cittadini che possiedono i requisiti previsti dalle misure governative e regionali l'accesso e il godimento delle misure stesse. Per godere dei benefici previsti dal SIA/REI e dal RES oltreché rientrare nei parametri individuati dalla leggi nazionali e regionali, è richiesto al richiedente e al suo nucleo familiare l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dal Servizio Sociale in rete con altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.</p>
Destinatari	<p>Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme</p>
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> Potenziare le ore del personale degli Sportelli Sociali e delle Ass. Sociali dei 10 Comuni del Distretto anche attraverso la partecipazione ai bandi PON previsti; Qualificare ulteriormente le competenze degli operatori sociali rispetto alla presa in carico integrata, in particolare rispetto all'interfaccia con i servizi del lavoro, attraverso specifici percorsi formativi; Migliorare il raccordo operativo con i servizi pubblici del lavoro rispetto alla definizione del progetto personalizzato di attivazione lavorativa anche attraverso l'attivazione degli strumenti di cui alla LR 14/2015; Istituzione e formalizzazione di un'equipe integrata per la condivisione dei progetti personalizzati RES e REI che veda la partecipazione del Servizio Sociale, del Centro per l'Impiego e all'accorrenza di altre figure utili alla realizzazione del progetto personalizzato a

	<p>sostegno del nucleo;</p> <p>5. Rafforzare gli interventi a supporto dei nuclei famigliari/singoli cittadini definiti nell'ambito del progetto personalizzato per sostenere il processo/gli impegni assunti dai nuclei famigliari/singoli cittadini stessi (tirocini, sostegno socio – educativo domiciliare e territoriale, assistenza domiciliare, servizi di prossimità, etc);</p> <p>6. Ampliare e rafforzare i processi di collaborazione ed integrazione con le Associazioni di Volontariato presenti sul territorio attraverso le azioni a sostegno cittadini fragili e vulnerabili seguiti dal Servizio Sociale e sanitari previste nella convenzione stipulata con l'Associazione Servizi per il Volontariato Modena (ASVM) nell'ambito del più ampio progetto "Frignano in rete te X favorire l'inclusione 2018-2021 - Percorsi di impegno sociale a favore di persone in condizione di vulnerabilità socio-sanitaria e a rischio di emarginazione".</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche del lavoro, Politiche sanitarie, Politiche educative, Politiche di conciliazione, Politiche sull'immigrazione.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano – Centro per l'Impiego del Distretto del Frignano - Servizi Educativi comunali – ASVM/Centro Servizi Volontariato del Frignano – Altri soggetti del Terzo Settore – Mondo delle imprese presenti sul territorio d
Referenti dell'intervento	Elena Begliomini – Responsabile Area Adulti e famiglie – tel. 0536/29027 – 0536/73922- e -mail ebegliomini@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 54.000,00

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **14.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **40.000,00 €**

Indicatori locali: 1

1°: N° equipe integrate

Descrizione: equipe congiunte tra SST, CPI e Servizi Sanitar

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 8

- **Obiettivo 2019:** 9

- **Obiettivo 2020:** 12

21 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	<p>La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine ha portato all'aumento di cittadini che si rivolgono al Servizio Sociale oltre che per un sostegno economico anche per il sostegno nel reperimento di un'occupazione.</p> <p>All'interno della cornice di inquadramento del mercato del lavoro, si confermano alcuni fenomeni specifici che stanno interessando tutto il percorso della crisi. In primo luogo la conferma di coinvolgimento dei soggetti più a rischio e deboli nel mercato del lavoro. Il riferimento è in particolare legato alle figure professionali più a margine dal punto di vista della qualifiche in virtù di scarsi livelli di specializzazione, ma anche di difficoltà di orientamento e approccio al lavoro stesso. L'impatto della situazione sopra evidenziata, si riverbera ed esacerba, da un lato, le difficoltà di ingresso dei più giovani nel mercato del lavoro, e dall'altro, in virtù della debolezza della domanda, il riposizionamento dei lavoratori di età più elevata fuoriusciti dal circuito lavorativo. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali che siano loro di supporto, oltre che al loro disagio che, se non trattato, può portare ad una condizione di prostrazione che in casi limite determina anche condizione di isolamento sociale. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali e determina la creazione e il consolidamento di reti sociali. La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari." Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità; 2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.
Descrizione	<p>In attuazione di quanto previsto dalla LR. 14/2015 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari" nel corso dell'anno 2016 è stato approvato il 1° Piano Integrato Territoriale del Distretto del Frignano contenente le linee programmatiche a sostegno del reinserimento al lavoro, inclusione sociale e autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità. L'attuazione, in via sperimentale, delle misure contenute nel PIT 2016 e delle modalità di lavoro integrate attraverso l'équipe multiprofessionale tra servizio sociale, sanitari e del lavoro, ha permesso di acquisire maggiori competenze utili per la definizione della programmazione triennale del Piano Integrato Territoriale del Distretto del Frignano 2018 - 2020 e Piano annuale delle attività 2018. Il PIT triennale 2018 - 2020 è stato approvato con Accordo di</p>

	programma tra Unione dei Comuni del Frignano, Azienda Usl di Modena e Regione Emilia Romagna; il Piano annuale 2018 dal Comitato di Distretto in data 30.05.2018.
Destinatari	Famiglie e persone in condizione di fragilità secondo i criteri stabiliti dalle norme
Azioni previste	<p>Come da indicazioni regionali la programmazione del Piano Integrato Territoriale 2018 – 2020 è stata oggetto di apposita approvazione con atto di Consiglio dell’Unione n. 9 del 28.05.2018. Di seguito si riportano le principali priorità individuate dal Piano, per un maggiore dettaglio si rimanda al documento allegato al Piano Povertà del Distretto del Frignano.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rafforzare le interconnessioni tra gli interventi e le misure previste dal Piano Integrato Territoriale con le progettazioni in atto in ambito sociale e sanitario a supporto dei percorsi di inclusione sociale; 2. creare un sistema di relazioni stabile con la rete del mondo produttivo presente sul territorio del Frignano che permetta di mettere a sistema le esperienze e le relazioni che ciascun servizio (CPI, Servizio Sociale e Servizio sanitario) ha creato in questi anni nell’ottica di una sempre maggiore integrazione con le risorse presenti sul territorio; 3. migliorare il processo di integrazione territoriale, organizzativo e professionale tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari anche attraverso rimodulazioni organizzative interne ai servizi; 4. rafforzare i confronti e gli scambi con il mondo del volontariato e dell’associazionismo locale, in quanto soggetti capaci di sostenere percorsi di inclusione sociale nell’ambito della più complessiva progettazione personalizzata messa in campo dai servizi, con particolare riferimento al tema dei trasporti; 5. rendere disponibili sul territorio opportunità formative grazie alle misure contenute nella LR. 14/2015, che altrimenti, sia in considerazione delle difficoltà degli spostamenti legati alla peculiarità del territorio e sia all’ assenza di sedi fisse di enti di formazione, non sarebbe possibile avere sul territorio del Frignano; 6. attivare sistemi di confronto e relazione con le aziende ospitanti anche attraverso la collaborazione delle organizzazioni di terzo settore, degli enti di formazione e di altri soggetti del privato; 7. Arrivare a livello distrettuale alla creazione e al consolidamento di una unica equipe integrata multidimensionale che veda il cittadino e il suo progetto personalizzato al centro nella sua interezza. Equipe unica che vede fuse la L.14/15, il REI e il RES.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali a contrasto della povertà (REI di cui al Dlgs. n. 147 del 15/09/2017/RES di cui alla LR. 24/2016) – Politiche del Lavoro – Politiche Sanitarie -Politiche di conciliazione – Politiche sull’Immigrazione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano – Centro per l’Impiego del Distretto del Frignano - Servizi Educativi comunali – ASVM/Centro Servizi Volontariato del Frignano – Cooperative sociali - Imprese del territorio del Frignano – Associazioni di cate
Referenti dell’intervento	Ricci Emanuela – Responsabile UDP - tel. 0536/29929 – e-mail ericci@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 16.648,90

- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **16.648,90 €**

Indicatori locali: 1

1°: confronti attivati

Descrizione: confronti con associazioni imprenditoriali del territorio

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

22 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Approvato

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano / Servizio Sociale Territoriale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati. La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.
Descrizione	<p>Le politiche abitative rientrano tra le funzioni trasferite all'Unione dei Comuni per essere gestite in maniera associata. Sul tema dell'"abitare" inteso come insieme di soluzioni tra loro differenziate e correlate, i bisogni espressi dai 10 Comuni del Frignano riflettono le peculiarità sociali legate alle loro caratteristiche socio – demografiche ed economiche.</p> <p>Sul territorio del Frignano i Comuni che evidenziano le maggiori problematiche rispetto alla "casa" sono i Comuni di Pavullo nel Frignano e Serramazzoni.</p> <p>Al momento la gestione associata delle politiche abitative si è concentrata sulle seguenti linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestione delle procedure legate al settore strategico dell'Edilizia Residenziale Pubblica; - la promozione di progetti di "co – abitazione" tra utenti seguiti dal Servizio Sociale Territoriale e dal Centro di Salute Mentale dell'Azienda Usl di Modena/Distretto di Pavullo; - ridefinizione del progetto denominato "comunità alloggio" per anziani ubicata a Fanano in sperimentazione di "appartamento per soggetti fragili" <p>Per quanto riguarda l'Edilizia Residenziale Pubblica, l'Unione dei Comuni ha recentemente adottato i Regolamenti, valevoli per l'intero Frignano, in materia di Assegnazione degli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica; Regolamento per la sospensione della dichiarazione di decadenza dagli alloggi ERP; Regolamento canoni ERP. L'Unione ha così recepito le novità introdotte dalla Regione anche rispetto al principio del favorire il ricambio delle famiglie assegnatarie valutando i requisiti per l'accesso e i requisiti definiti dalla Regione per la permanenza negli alloggi ERP. Questo secondo il principio di equità sociale. Molto rimane da fare rispetto alla necessità di garantire sul territorio dell'Unione del Frignano politiche abitative che consentano di mettere in campo una strategia complessiva capace di integrare i diversi interventi pubblici esistenti non solo che afferiscono ad altre normative di settore (i contratti di locazione privati; le case pubbliche latamente intese – Edilizia Residenziale Sociale; i mutui prima casa; ecc.) ma anche con forme nuove – ad ex. iniziative di social housing, sviluppo di progetti di co – housing - , e innovative di risposta, come ad ex. i progetti dell'"Abitare solidale".</p>
Destinatari	Nuclei in condizioni di disagio abitativo che hanno difficoltà a restare nel mercato
Azioni previste	

	<p>1. rafforzare l'integrazione tra i servizi comunali (titolari dei contratti con Acer Modena per la gestione del patrimonio ERP) e l'Unione dei Comuni del Frignano rispetto alla gestione degli alloggi ERP;</p> <p>2. promuovere tavoli di confronto con i servizi comunali competenti per condividere strategie integrate rispetto all'Edilizia Residenziale Sociale, i contratti di locazione, etc;</p> <p>3. promuovere tavoli di confronto con l'ASSPI locale e le Agenzie Immobiliari presenti sul territorio del Frignano per valutare forme di collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale;</p> <p>3. valutare la possibilità sul Comune di Pavullo di sviluppare un progetto innovativo attingendo dalle esperienze in atto in altri territori regionali (co – housing, social – housing, Abitare solidale);</p> <p>4. ridefinizione del progetto denominato “comunità alloggio” per anziani ubicata a Fanano in sperimentazione di “appartamento per soggetti fragili”.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche nel settore dei LL.PP dei Comuni del Frignano – Politiche nel Settore dell'Edilizia e Urbanistica
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	10 Comuni del Frignano afferenti l'Unione – Terzo Settore – ASSPI e Agenzie Immobiliari locali - ASVM/Centro Servizi Volontariato del Frignano
Referenti dell'intervento	Elena Begliomini- ebegliomini@unionefrignano.mo.it Emanuela Ricci - ericci@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 2

1°: tavoli di confronto

Descrizione: incontri coi servizi comunali che si occupano di politiche abitative

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

2°: progetti innovativi

Descrizione: progetti innovativi sul territorio dell'Unione

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

23 Contrasto alla violenza di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifico soggetto capofila	Distretto sanitario/Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato, che vede coinvolti numerosi soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione (Enti locali, AUSL, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine, Servizi di area giuridica, servizi scolastici ecc.) il fenomeno della violenza contro le donne appare oggi molto rilevante anche nel territorio del Frignano. Sicuramente l'attivazione del Centro Antiviolenza ed il lavoro di rete di questi anni ha contribuito a far emergere parte del fenomeno, soprattutto di quelle situazioni che presentano grandi criticità per i percorsi di uscita dalla violenza legati alle difficoltà sociali ed economiche. Dal confronto realizzato nel tavolo di lavoro emerge tuttavia che la violenza maschile contro le donne è ancora un fatto in gran parte sommerso, poichè considerato come "problema privato", non della collettività. Incide inoltre, rispetto alla difficoltà di far emergere il problema, la vergogna ed il senso di colpa delle donne che subiscono violenza. Permangono inoltre, anche nel nostro territorio, forti stereotipi di genere e pregiudizi anche nelle giovani generazioni rinforzati dai mezzi di comunicazione</p>
Descrizione	<p>Il Piano Regionale individua quali aree di intervento:</p> <p>a) la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;</p> <p>b) la protezione e il sostegno verso l'autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita dalla violenza;</p> <p>c) il trattamento per gli uomini autori di violenza;</p> <p>d) le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.</p> <p>Nel territorio del Frignano già dal 2011 venne recepito il protocollo provinciale a contrasto della violenza di genere e sottoscritto analogo protocollo distrettuale tra Servizi Sociali, Servizi Sanitari, Ospedale e forze dell'ordine che garantisce la governance ed il coordinamento tra tutti i possibili punti di accesso della rete che vengono utilizzati dalle donne che subiscono violenza.</p> <p>Dal giugno 2016 inoltre è attivo il progetto interdistrettuale "Centro antiviolenza", (Bando Regionale di cui alla D.G.R. n. 1708/2014). Il progetto prevede le seguenti azioni: attivazione di sportello ascolto con apertura settimanale; apertura di una casa rifugio; interventi nelle scuole per la sensibilizzazione sul tema delle discriminazioni e violenza di genere; Formazione agli operatori della rete dei servizi sociali e sanitari ed alle Forze dell'Ordine; azioni di sensibilizzazione e promozione del progetto in collaborazione con le associazioni di volontariato e di promozione sociale del territorio.</p> <p>Nel primo anno di attività 12 donne si sono rivolte allo sportello di Pavullo, sono state inoltre effettuate 5 collocazioni in emergenza (di cui 3 donne straniere e 2 donne italiane). Il servizio ha rilevato negli ultimi mesi un incremento di accessi da parte di donne straniere, che riportano tra l'altro, in linea con i dati regionali, enormi difficoltà rispetto ad un percorso di autonomizzazione lavorativa ed abitativa.</p>

Destinatari	Donne vittime di violenza Uomini autori di violenza CENTRO AUSL
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidamento del Progetto interdistrettuale Centro Antiviolenza: sportello ascolto; casa rifugio; formazione operatori della rete; interventi di sensibilizzazione nelle scuole; monitoraggio dati e flussi informativi.: aggiornamento del protocollo distrettuale per l'accoglienza alle donne vittime di violenza (anno 2018), Partecipazione al Bando Regionale per l'accesso ai fondi a sostegno dell'autonomia abitativa delle donne vittime di violenza (anno 2018) 2. Azioni di ambito provinciale AUSL : formazione in tutti i distretti per l'accoglienza alle donne vittime di violenza insieme con gli operatori dei servizi di emergenza -urgenza (AVEN 2018) 3. partecipazione all'osservatorio regionale violenza di genere 4. partecipazione al tavolo provinciale prefettizio e alla raccolta dati da esso promossa 5. rafforzare il lavoro integrato della rete distrettuale di prevenzione , accoglienza e accompagnamento delle donne che subiscono violenza di genere : prosecuzione dello screening della violenza domestica nelle gravide seguite presso il consultorio familiare 2017 - 2018 6. prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza e loro monitoraggio (Centri Liberiamoci dalla violenza-LDV). <p>Azioni di ambito distrettuale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piano di sensibilizzazione della popolazione capillare, anche in contesti informali, aggregativi e tramite l'utilizzo di social network, coinvolgendo anche la popolazione maschile; 2. Interventi di educazione al rispetto e alla gestione dei conflitti realizzati nelle scuole ed in contesti educativi formali e non, anche rivolti ai genitori; 3. Sviluppare forme di collaborazione con i gruppi sociali (es ass.ni di volontariato, parrocchie) al fine di creare una rete con la regia delle Istituzioni; 4. Favorire spazi e gruppi di confronto tra le persone, di dialogo, per una "Alfabetizzazione emotiva".
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	L'azione rivolta alle donne vittime di violenza necessariamente vede il coinvolgimento di numerose aree di attività oltre a quella dei servizi sociali e sanitari: area scuola, formazione professionale e lavoro, politiche abitative, politiche della sicurezza.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Prefettura, Forze dell'ordine (carabinieri, polizia e polizia municipale), case delle donne contro la violenza, consultori famigliari compresi il centro LDV di Modena, cure primarie, pronti soccorso generali e ostetrico-ginecologici, servizi sociali,
Referenti dell'intervento	Azioni Ausl m.bastai@ausl.mo.it Azioni distrettuali psarti@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

24 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Approvato

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

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

Razionale	<p>La Health Literacy (HL), nata negli USA negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Le com-petenze alfabetiche e numeriche degli italiani, secondo lo studio PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, 2011-2013) promosso dall'OCSE, sono insufficienti per accedere alle informazioni e destreggiarsi nella società. Lo studio, che ha analizzato le competenze alfabetiche e numeriche della popolazione adulta (16-65 anni) di 24 paesi tra Europa, America e Asia, colloca l'Italia all'ultimo posto per competenze alfabetiche e al penultimo per competenze numeriche, stimando che il 47% di italiani sia, inconsapevolmente, "analfabeta funzionale". Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti a interrompere per fare domande, mentre spesso i professionisti sanitari usano termini scientifici, parlano rapidamente e interrompono il paziente. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le com-petenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali</p>
Descrizione	<p>A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.</p>
Destinatari	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR.
Azioni previste	A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il

	<p>monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Trasversalità dell'approccio nella formazione dedicata ad intere unità operative e a gruppi di professionisti multidisciplinari nell'ambito delle attività di integrazione ospedale-territorio, integrazione socio-sanitaria e nello sviluppo e applicazione dei PDTA, con il supporto dei referenti aziendali HL e dei professionisti già impegnati nella formazione tra pari. Condivisione di materiale informativo tra le Aziende in un'ottica di benchmarking.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR. Professionisti sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, personale amministrativo e di front office per la semplificazione</p>
Referenti dell'intervento	<p>Costantino, r.costantino@ausl.mo.it Podetti s.podetti@ausl.mo.it</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

25 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Approvato

Riferimento scheda regionale

- 1 Case della salute e Medicina d'iniziativa
- 4 Budget di salute
- 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
- 19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
- 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

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

Razionale	<p>CENTRO DI INCONTRO DEMENZE: la realizzazione di un Centro incontro demenze, secondo le indicazioni regionali, appare complesso da attuare sul territorio del Frignano anche per le specifiche caratteristiche geo-morfologiche che caratterizzano l'ambito distrettuale. Appare maggiormente valutabile l'ipotesi di intraprendere azioni sui diversi sub-ambiti del distretto, anche all'interno delle due case della salute, di iniziative ascrivibili a quelle previste dalle indicazioni regionali .</p> <p>L 'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia</p>
Descrizione	<p>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE</p> <p>La demenza è considerata dall'OMS un problema di sanità pubblica e interessa sia la persona con demenza sia il familiare/caregiver che la assiste. Le numerose analisi evidenziano l'importanza di dare risposte adeguate attraverso la realizzazione di programmi di supporto multicomponentiali, quali il programma di "Supporto" dei centri d'incontro, quali luoghi a bassa intensità assistenziale tesi ad assicurare interventi ed attività per le persone con demenza e per i caregiver/familiari.</p> <p>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE</p> <p>In Regione sono presenti numerose esperienze di valorizzazione del sapere esperienziale del quale le persone con disturbo mentale sono portatrici. Il riconoscimento di questo sapere modifica la percezione sociale della malattia mentale e riduce lo stigma, ma introduce anche elementi innovativi nei servizi di cura, favorendo il passaggio da un modello di approccio paternalistico a una vera condivisione del percorso di cura. E' importante mappare e conoscere queste esperienze.</p> <p>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMILIARI</p> <p>La Regione ha riconosciuto alle Associazioni che gestiscono questi gruppi (AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat) un riconoscimento formale attraverso la sottoscrizione di protocolli di collaborazione Tali protocolli riconoscono il ruolo di risorsa per il sistema della cura alle Associazioni richiamando la seguente definizione "L'auto aiuto non è un'attività, ma una risorsa. Il concetto di auto aiuto è importante nell'ambito della salute in quanto può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza e di migliorare la salute" OMS 1997</p>
Destinatari	<p>Personne con demenza e loro familiari/caregiver, persone utenti centri SM e famiglie, la</p>

	comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali
Azioni previste	<p>CENTRI DI INCONTRO DEMENZE</p> <p>A livello locale: seminari/ incontri rivolti a tutti i responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione, di iniziative locali ascrivibili alle indicazioni contenute nel documento regionale.</p> <p>AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE</p> <p>Cfr. scheda “ Budget di Salute”</p> <p>GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D’AZZARDO E LORO FAMIGLIARI</p> <p>Cfr . scheda “Prevenzione e contrasto al gioco”.</p> <p>Relativamente al gruppo GA (giocatori anonimi) si risponde con una offerta provinciale; si cercherà di dare vita sul territorio ad un gruppo di sostegno per famigliari di giocatori, per dare supporto e risposta alla problematica del gioco che coinvolge sempre anche la famiglia.</p> <p>Relativamente ai gruppi di auto aiuto per alcolisti ci si avvale della presenza del gruppo AA e del gruppo ALANON, di recente formazione è il gruppo CAT (Club Alcologici territoriali).</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali, volontariato e 3° settore
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

26 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

- 15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi
- 16 Sostegno alla genitorialità
- 31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

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

Razionale	<p>L'intesa Stato Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita (PN) e, a questo fine "[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il man-tenimento/attivazione dei punti nascita."</p> <p>Nel 2015 sono stati emanati quattro documenti che definiscono le condizioni per aderire alle richieste dell'intesa del 2010 sui punti nascita:</p> <ul style="list-style-type: none"> il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività; il DM 11.11.2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede, all'art.1, che il CPNn debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN che viene confermato do-ver essere > 1000 parti anno; il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in appli-cazione dell'art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPNn gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero; <p>La DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali. I Punti Nascita in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell'Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017. Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati.</p> <p>Le gravidanze che necessitano di un'assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l'età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un'assi-stenza specifica per la patologia di cui sono portatori. Miglioramento dell'appropriatezza, della qualità e della sicurezza del percorso nascita. L' Azienda USL di Modena ha realizzato quanto definito dalle vigenti normative (DM 70/2015; DM 11/11/2015 e relativo protocollo metodologico, DGR 2040/2015), procedendo alla chiusura del PN di Pavullo ed alla riorganizzazione del PN di Mirandola (mantenuto aperto in deroga).</p>
------------------	---

	<p>si ritiene prioritario: Garantire l'assistenza a tutte le donne in gravidanza secondo il principio della completa presa in carico per tutte le fasi del percorso nascita, sia nelle situazioni fisiologiche che in quelle con fattori di rischio, comprese le diverse forme di disagio/difficoltà Garantire l'offerta attiva di tutti i servizi del percorso nascita alle donne del territorio montano, con particolare attenzione al puerperio ed all'allattamento (home visiting). L'offerta attiva deve essere un obiettivo da estendere progressivamente anche all'Area Nord ed a tutto il territorio provinciale</p>
Descrizione	<p>Aumentare il livello di sicurezza per le utenti e per i neonati nel rispetto dell'appropriatezza, potenziando la rete assistenziale del percorso nascita, sia nelle articolazioni territoriali che ospedaliere, ponendo particolare attenzione all'interazione sinergica di tutte le strutture della rete. Necessità di percorsi definiti, conosciuti e fruibili territorio-ospedale-territorio, rimarcando che, dopo l'ospedale, c'è il ritorno a casa, momento di importanza non certo minore per la salute... Nella logica del contrasto alle disuguaglianze, dare garanzia dell'accompagnamento con mediazione delle donne straniere in tutto il percorso per mettere a disposizione percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.</p>
Destinatari	<p>Tutte le donne in gravidanza ed i neonati e le loro famiglie, residenti nel territorio della Provincia di Modena.</p>
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dei percorsi assistenziali previsti e programmati per le diverse necessità della donna in gravidanza e della sua famiglia. 2. Nella logica dei percorsi, valutare l'appropriatezza degli strumenti diagnostici ed assistenziali utilizzati (dal monitoraggio della gravidanza alla modalità di parto, al percorso puerperale, agli esiti di salute materni e neonatali) compresa l'appropriatezza della tipologia di professionista che prende in carico. 3. Valutazione sistematica del funzionamento dei nodi della rete assistenziale, per focalizzare le sinergie, sia quelle efficaci che quelle che necessitano di interventi correttivi e/o migliorativi. 4. Percorso "home visiting" in puerperio: in affiancamento all'intervento delle ostetriche (e dei servizi sociali ove necessario) valutare il coinvolgimento del volontariato. 5. Introduzione della offerta dei test di valutazione della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti 6. Favorire la libera scelta delle donne sui percorsi della gravidanza attraverso una ampia e completa informazione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Interventi sul territorio provinciale, con alcune specifiche relative al territorio montano (Distretti di Pavullo, Vignola, Sassuolo), ed a quello di Area Nord (indicazioni del protocollo metodologico). Descrittivo Rete integrata di sostegno supporto alla</p>
Referenti dell'intervento	<p>Accorsi, p.accorsi@ausl.mo.it</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

27 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Approvato

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

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

Razionale	<p>La garanzia dell'effettiva accessibilità alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano uno degli esempi del tema in oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione.</p> <p>Proprio per questo alto valore al contempo simbolico e sostanziale, il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.</p> <p>L'applicazione della Legge Regionale 2/2016 art 23, della DGR. 377 del 22/03/2015 e successive circolari operative, costituisce una delle azioni prioritarie con le quali la Regione Emilia Romagna intende garantire il rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sanzionando i comportamenti contrari al corretto utilizzo delle risorse destinate a garantire l'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione.</p> <p>Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla diagnostica pesante, rappresenta un obiettivo prioritario per la Regione Emilia-Romagna. A tale proposito la DGR 704/2013 ha definito le condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM e la DGR 1056/2015 ha posto l'appropriatezza tra gli obiettivi da conseguire per il contenimento dei tempi di attesa. Anche l'intesa sottoscritta il 2 luglio 2015 fra Governo e Regioni sulle misure di razionalizzazione ed efficientamento del Servizio Sanitario Nazionale ha posto particolare enfasi sulle condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di inappropriata.</p> <p>La presa in carico dei cittadini con patologie croniche o che necessitano di visite/esami di secondo livello o di percorsi di follow-up è stato individuato tra gli obiettivi prioritari della Regione Emilia-Romagna, così come ribadito nella DGR 1056/2015, nell'ottica di garantire continuità delle cure e dell'assistenza, nonché facilitazione dell'accesso alle prestazioni.</p>
Descrizione	<p>Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale: Applicazione delle disposizioni previste dalla Regione Emilia Romagna per garantire l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali- Il presente intervento prevede una serie di azioni coordinate e strutturate finalizzate alla corretta applicazione delle sanzioni per ritardate o mancate disdette di prenotazioni di specialistica ambulatoriale, nel rispetto delle condizioni operative dettate dalla Regione nella Circolare 4 bis del 4 dicembre 2016.</p> <p>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - Il presente intervento prevede una serie di azioni che coinvolgono medici di medicina generale, specialisti e direzioni sanitarie al fine di condividere appropriati percorsi clinico-organizzativi di accesso alle prestazioni</p>

	<p>nell'ottica di promuovere un utilizzo efficiente delle risorse e di facilitare la presa in carico dei bisogni di salute del cittadino. Incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito: Le azioni previste dal presente intervento coinvolgono medici specialisti e direzioni sanitarie al fine di favorire percorsi clinico-organizzativi di presa in carico diretta dei cittadini da parte delle strutture sanitarie presso cui sono in cura per l'effettuazione dei follow-up e degli approfondimenti di secondo livello.</p>
<p>Destinatari</p>	<p>L'intera popolazione: l'intervento viene realizzato su tutto il territorio provinciale (Provincia di Modena), con riferimento alle prenotazioni di specialistica ambulatoriale erogate da tutti gli erogatori pubblici presenti sul territorio aziendale e da quelli privati accreditati per la specialistica ambulatoriale medici prescrittori.</p>
<p>Azioni previste</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione dei criteri clinici di appropriatezza prescrittiva e dei percorsi di accesso in collaborazione con medici specialisti, medici di medicina generale e direzione sanitaria. Diffusione degli stessi ai prescrittori. In tale ambito viene dedicata particolare attenzione alla predisposizione ed all'aggiornamento continuo del catalogo urgenze della Provincia di Modena contenente le indicazioni clinico-organizzativa per le prestazioni richiedibili con priorità urgente. 2. Organizzazione di momenti informativi e formativi con medici specialisti e medici di medicina generale (riunioni di nucleo di cure primarie) sui criteri clinici di appropriatezza prescrittiva. 3. Definizione e utilizzo di strumenti di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. 4. Definizione di percorsi clinico-organizzativi di presa in carico rispetto alle principali patologie croniche, con particolare attenzione a quelle oncologiche, e alle prestazioni di secondo livello o di percorsi di follow-up. 5. Sviluppo dei day service ambulatoriale quale modalità organizzativa volta a favorire la tempestività e la continuità della presa in carico. 6. Definizione di obiettivi di budget per le UU.OO. relativi alla presa in carico delle casistiche sopra descritte. 7. Promozione dell'utilizzo di applicativi per la presa in carico tramite prenotazione diretta dello specialista su agende interne. 8. Spostamento delle disponibilità per visite di controllo e prestazioni di II livello da agende CUP ad agende interne. 9. Definizione e utilizzo di strumenti di monitoraggio della presa in carico. 10. Definizione delle posizioni da sanzionare attraverso procedure informatiche che mettono a confronto le prestazioni di specialistica effettivamente erogate e le prenotazioni di specialistica ambulatoriale; 11. Trasmissione dei verbali di accertamento e di richiesta di pagamento delle sanzioni, tramite notifica di atto giudiziario; 12. Attivazione di un canale di raccolta informatizzato, tramite casella di posta elettronica dedicata, delle motivazioni che hanno impedito il rispetto dei termini di disdetta, che vengono valutate sulla base dei criteri fissati dalla normativa; 13. Disponibilità di una linea telefonica dedicata alle contestazioni e richieste di chiarimenti, anche in merito alle finalità dell'azione sanzionatoria; 14. Verifica della efficacia dell'attività sanzionatoria nei tre anni, desumibile dalla progressiva auspicata riduzione del rapporto tra: n. sanzioni annuali/n.prenotazioni annuali.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>le parti sociali; gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie; le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).</p>

Referenti dell'intervento	Fabbri giuliana.fabbri@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

28 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Approvato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	Provinciale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	E;

Razionale	<p>La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute.</p> <p>La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).</p> <p>In questa articolata rete di offerta, il Pronto Soccorso in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.</p> <p>Il Pronto Soccorso ,oggi ,si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.</p>
Descrizione	<p>In relazione a quanto premesso risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati quali il fast-track o l'affidamento specialistico. La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.</p> <p>Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati.</p>

Destinatari	pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato.
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aggiornamento del Piano provinciale di gestione dei percorsi in emergenza ed urgenza <ul style="list-style-type: none"> • Politrauma e Trauma service; • STEMI • TROMBOLISI nell'ICTUS ,incluso il Progetto Telestroke area Sud • aggiornamento del trattamento in urgenza delle emorragie digestive • STAM e STEN 2. Implementazione dei Protocolli avanzati di trattamento infermieristico in emergenza territoriale (DGR 508/2016); 3. Implementazione attività di elisoccorso provinciale ed attivazione di aree provinciali per attività di elisoccorso notturno 4. Piani di gestione del sovraffollamento dei PS per Presidio Ospedaliero e per Area (Nord, Centro, Sud). istituzione Patients flow facility group con rilevazione Posti letto disponibili per PS 2 vv /die ; previsti interventi a risposta rapida , intermedia e lunga nei singoli Presidi Ospedalieri 5. Attivazione dei percorsi fast track nei PS provinciali e di percorsi di affido specialistico: Carpi, Mirandola, Vignola,Pavullo 6. Implementazione di aree di degenza a rapido turno over (medicina d'urgenza e medicina): Baggiovara, Policlinico, Carpi, Vignola, Mirandola 7. Pianificazione dipartimento emergenza urgenza delle dotazioni e competenze del personale medico e delle professioni sanitarie in relazione agli standard di prodotto (emergenza territoriale, PS, OBI,medicina d'urgenza, medicina delle catastrofi) ; piani per la gestione delle carenze di personale medico ed infermieristico , job rotation (personale medico ed infermieristico per l'emergenza territoriale) 8. Piani per la Gestione delle cronicità e delle fragilità nei PS : es percorso CRAPSOS, scompenso cardiaco, BPCO. Azioni Distrettuali con i servizi territoriali, le case della salute, le CRA, i MMG 9. Ruolo socio sanitario dei PS: implementazione del progetto attivato nel 2012-14 per la gestione delle difficoltà socio economiche, della violenza di genere, sui minori, delle fragilità psichiche degli adulti e degli adolescenti, del gioco d'azzardo e delle dipendenze in genere, della salute dei migranti e degli homeless, della salute sessuale. Ricerca delle sinergie con i servizi sociali, il volontariato, enti ed associazioni provinciali 10. Osservatorio permanente con il Volontariato per la gestione dei servizi di emergenza urgenza e per i servizi intraospedalieri 11. Attivazione centrale trasporti intraospedalieri (2018) 12. Applicativo unico informatico provinciale di Pronto Soccorso per ottimizzare strategie e performance (Patient's input) 13. Gestione Dati e monitoraggio e sinergia con Data & Business Intelligence Chief Manager : <ul style="list-style-type: none"> • on line PS AUSL sul sistema BI aziendale Pagoda, tabelle e grafici dinamici con aggiornamento ogni 3' su Pazienti in attesa , Pazienti in carico divisi codice colore, Pazienti in OBI, N Pazienti valutati in PS ultime 24 ore. • Rilevazione NEDOCS indice dinamico di sovraffollamento dei PS • rilevazione settimanale per sorveglianza virologica influenza dati nazionali, regionali, dati epidemiologici provinciali di Modena
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Toscani s.toscani@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

29 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Approvato

Riferimento scheda regionale

35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

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

Razionale	<p>Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Techno-logy) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori.</p> <p>Sviluppare servizi ICT (Innovation and Communication Technology) a servizio di aree disagiate della provincia sfruttando le potenzialità che il mercato della telemedicina mette oggi a disposizione in una logica di distribuzione delle informazioni cliniche. La logica è quella della "prossimità" tecnologica e digitale"</p>
Descrizione	<p>Fornire alla popolazione target, dell'area disagiata, un servizio strutturato di controllo e monitoraggio delle patologie croniche in un'ottica di erogazione di un servizio personalizzato sul paziente cronico ma diversificata in funzione della prossimità, del contesto di vita e di assistenza.</p> <p>In quest'ottica definire e strutturare uno scenario organizzativo e tecnologico sostenibile.</p>
Destinatari	<p>Popolazione target da registro cronicità, utenti (singole persone/famiglie, associazioni di utenti, di familiari...), volontari.</p>
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione delle aree disagiate (con diverse caratteristiche geografiche) in provincia, della popolazione residente e nell'ambito della popolazione residente definire la prevalenza delle malattie croniche individuate (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, pazienti in terapia anticoagulante orale, malattie neurodegenerative). 2. Definire i criteri di arruolamento dei pazienti, la loro classificazione sia in termini di malattia che di stadio di gravità della stessa. 3. Definire i criteri per il monitoraggio dello stadio di gravità della malattia e di conseguenza lo scenario assistenziale che ne deriva. 4. Di conseguenza definire lo scenario organizzativo per l'utilizzo delle tecnologie di telemedicina nei seguenti ambiti <ul style="list-style-type: none"> • domicilio • ambulatorio infermieristico • consulto medico specialistico
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Il progetto può essere visto come applicazione del progetto regionale di Telemedicina, approvato con la Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015, all'interno del quale è anche prevista l'acquisizione di una piattaforma tecnologica (software o insieme di moduli software di comunicazione) con interfaccia web che dovrà essere sviluppati avendo a</p>

	<p>riferimento il livello Regionale, ma con articolazione a livello delle singole Aziende Sanitarie Regionali, con hosting nei Data Centres e nei Servers Regionali del Sistema Sanitario Regionale. In esso confluiranno dati di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori.</p> <p>La struttura sopra definita dovrà essere funzionale, nel suo complesso a realizzare i due flussi di informazione seguenti:</p> <p>SHORT LOOP: questo flusso corrisponde al monitoraggio autonomo del paziente, attraverso il quale l'utente può tenere sotto controllo continuamente il proprio stato di salute all'esterno dell'ospedale e verificare, se del caso, il proprio livello di adesione alle indicazioni ricevute.</p> <p>LONG LOOP: questo flusso permette il monitoraggio ospedale-territorio, attraverso il quale è garantita l'interazione medico-paziente in maniera semplice, immediata e sicura. Attraverso questo flusso il personale medico può comunicare con il paziente, personalizzare il processo di cura e tenere sotto controllo i suoi parametri.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>AUSL e comuni afferenti alle case della salute della area montana. In prima battuta Montefiorino, Pievepelago e Fanano</p> <p>Ambito territoriale di realizzazione (di norma distrettuale, specificare in caso diverso se subdistrettuale/provinciale/aziendale)</p> <p>Dis</p>
Referenti dell'intervento	Garagnani m.garagnani@ausl.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

30 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

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	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Servizio Sociale Territoriale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata. La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: è caratterizzata dal carattere pluriculturale, da una nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, da una crescente fragilità economica di molti nuclei, da nuove forme di povertà ed esclusione sociale, da difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico, dalla povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, da patologie croniche e dalla multimorbilità.</p> <p>Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare e che al tempo mettono in luce aspetti di fragilità e vulnerabilità del sistema stesso (precarizzazione contrattuale crescente negli organici dei servizi sociali sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento, mancanza di ricambio generazionale, etc..) e che contribuiscono ad un'accentuazione della frammentazione delle azioni che vengono messe in campo ed alla difficoltà ad investire nell'innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, i quali rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.</p>
Descrizione	<p>La convenzione sottoscritta in data 21/05/2018 ha confermato l'intenzione dei Comuni del Frignano di gestire in maniera associata le funzioni sociali e socio-sanitarie attraverso il Servizio Sociale Associato dell'Unione dei Comuni del Frignano.</p> <p>La gestione associata delle funzioni all'interno dell'Unione dei Comuni ha consentito fin dalla sua nascita nell'anno 2014 di dare vita ad una struttura organizzativa, delineata già dall'anno 2013, coerente con quanto previsto dalle Linee guida regionali di cui alla DGR n. 1012/2014. Il Servizio Sociale Territoriale fin dal suo avvio ha previsto accanto ad un livello centralizzato di alcune funzioni (funzioni amministrative, coordinamento suddiviso per Aree di intervento, Tutela Minori) un livello decentrato per garantire vicinanza ai cittadini e al contesto territoriale attraverso la presenza su ogni comune dello Sportello Sociale e del Servizio Sociale Professionale (Assistente Sociale). L'impostazione metodologica sperimentata nella presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale, fatta esclusione per le situazioni di Tutela Minori, è quella della "trasversalità" con l'obiettivo di superare la logica di lavoro per target di intervento e implementare una modalità di lavoro di sistema all'interno del quale impostare in maniera diversa il lavoro con le comunità di riferimento su ciascun comune del Frignano.</p>
Destinatari	Servizio sociale territoriale come struttura e come operatori; cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità
Azioni previste	<p>1. Ridefinire sulla base delle indicazioni condivise in sede di approvazione della nuova convenzione per la gestione associata del servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -i livelli di coordinamento del Servizio Sociale Territoriale; -le modalità di gestione della Tutela Minori;

	<p>-la riparametrazione sul territorio dell'Unione degli standard di personale (operatori Sportelli Sociali e Assistenti Sociali) anche attraverso un rafforzamento del personale;</p> <p>-ridefinire l'organizzazione dell'Ufficio di Piano;</p> <p>2. Attuare il trasferimento c/o la Casa della Salute "Cimone" con sede c/o il Comune di Fanano al termine dei lavori di ristrutturazione finanziati con i fondi del PSSR 2014 – 2020 – Misura 7 – tipo di operazione 7.4.01 "Strutture polifunzionali socio assistenziali per la popolazione", dello Sportello Sociale e del Servizio Sociale Professionale;</p> <p>3. consolidare i percorsi di consulenza giuridica e supervisione professionale rivolti agli operatori del SST;</p> <p>4. consolidare le collaborazioni in atto coi Distretti della Provincia a sostegno degli interventi di supporto al SST per rispondere alle situazioni di emergenza dei minori durante la chiusura del SST;</p> <p>5. Attivare azioni mirate a migliorare la diffusione delle informazioni relative ai servizi sociali e sanitari presenti sul territorio dell'Unione attraverso:</p> <p>-Ridefinizione dei percorsi di integrazione tra Sportelli Sociali e Sportelli Informativi sanitari oltreché tra Sportelli Sociali e il "Centro servizi per cittadini stranieri: sportelli informativi territoriali" e lo Sportello Informativo distrettuale gestito da Acer;</p> <p>-Sviluppo di un raccordo stabile con gli Sportelli informativi dei comuni del Frignano, dei patronati, delle organizzazioni sindacali e datoriali;</p> <p>-Promozione della creazione di punti informativi "non istituzionali" sui comuni dell'Unione;</p> <p>-Promozione del confronto con le Imprese del territorio per attivare percorsi "informativi in azienda"</p> <p>6. Promuovere percorsi formativi che utilizzano metodologie e modalità innovative per:</p> <p>- consolidare il lavoro di rete per migliorare l'integrazione tra Servizio Sociale Professionale e Servizi sanitari sulla presa in carico di situazioni complesse;</p> <p>- migliorare l'acquisizione di metodologie per rendere più efficace il lavoro di comunità;</p> <p>- promuovere percorsi formativi di sensibilizzazione che coinvolgano soggetti informali presenti sul territorio (baristi, parrucchiere, etc) disponibili a collaborare con il Servizio Sociale Territoriale in quanto "sentinelle" capaci di intercettare i bisogni espressi dai cittadini.</p> <p>7. Proseguire la sperimentazione in atto con il Csm/AUSL di Pavullo per promuovere l'Approccio Dialogico" come prassi di lavoro quotidiana nella presa in carico da parte degli operatori dei servizi sociali e sanitari.</p> <p>8. Promuovere azioni di conoscenza del Servizio Sociale per rinsaldare i rapporti di fiducia tra Servizio e cittadini;</p> <p>9. Promuovere azioni più incisive per favorire il raccordo/integrazione con i servizi comunali che si occupano di servizi culturali e sportivi.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie, Politiche Scolastiche ed educative, Politiche del Lavoro, Politiche Abitative, Politiche integrazione stranieri, Politiche culturali e sportive
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del Frignano, Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano, Istituti scolastici di ogni ordine e grado, Servizi Educativi rivolti all'infanzia, Servizi per il lavoro, Enti e Uffici preposti alle politiche abitative, servizi giuridici, Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Ricci Emanuela tel. 0536/29929 – e-mail ericci@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 64.590,89

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **64.590,89 €**

Indicatori locali: 3

1°: n. azioni avviate

Descrizione: miglioramento percorsi informativi

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2

2°: n. percorsi formativi

Descrizione: percorsi realizzati

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 1

3°: n.incontri

Descrizione: incontri con servizi comunali

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 3

- **Obiettivo 2020:** 3

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

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	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc.</p> <p>Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.</p>
Descrizione	<p>Dall'avvio della gestione associata i bambini e i ragazzi in carico al Servizio Sociale che hanno necessitato di interventi affidamento eterofamiliare a tempo pieno e di collocazione in comunità residenziale senza la presenza della madre al 31 dicembre 2017 sono stati n. 24 I comuni che mediamente sono stati interessati maggiormente da situazioni che richiedono interventi di tutela sono stati Pavullo nel Frignano e Serramazzoni.</p> <p>Nel corso dell'anno 2017 è stata adottata dalla CTSS una deliberazione contenente le linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 1102/2014, al fine di uniformare quanto più possibile nel territorio modenese le procedure della presa in carico integrata dei casi complessi. Successivamente ogni territorio distrettuale ha approvato i criteri, condivisi a livello Provinciale, per la compartecipazione economica alla spesa derivante dagli interventi relativi ai casi di cui sopra.</p> <p>Ad oggi nel Territorio dell'Unione dei Comuni del Frignano le situazioni in carico che comportano la compartecipazione finanziaria per gli interventi previsti nella DGR 1102/2014 tra Servizio Sociale e Servizi Sanitari (Psicologia clinica/Neuropsichiatria Infantile) sono complessivamente n.4.</p> <p>E', inoltre, in corso di condivisione tra Enti Locali della Provincia di Modena e Servizio di Psicologia Clinica dell'Azienda Usl un documento operativo contenente le modalità di presa in carico e lavoro integrato socio sanitario nell'ambito della Tutela Minori, ivi compresi i casi complessi.</p>

Destinatari	Bambini, adolescenti e neomaggiorenni a rischio evolutivo, genitori e famiglie vulnerabili. Famiglie affidatarie e enti gestori di comunità, Terzo settore
Azioni previste	1. Declinare a livello provinciale/distrettuale attraverso la definizione di un protocollo operativo i percorsi specifici contenuti nella normativa regionale ivi incluse modalità e strumenti di lavoro; 2. Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie quali il Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I e il Modello dialogico; 3. tra servizi sociali, educativi, neuropsichiatria infantile, dipartimenti cure primarie, case della salute, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ospedali, sistema di accoglienza (Comunità educative, Famiglie Affidatarie, volontariato, ecc.).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Modena/Distretto di Pavullo – Rete delle Famiglie Affidatarie -Associazioni Terzo Settore – Coop. Sociali
Referenti dell'intervento	Patrizia Sarti tel.053629930 mail.psarti@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 85.174,53

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **85.174,53 €**

Indicatori locali: 2

1°: protocollo

Descrizione: predisposizione ed approvazione

Tipo: S | N

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

- **Obiettivo 2018:** 0

- **Obiettivo 2019:** 1

- **Obiettivo 2020:** 0

2°: n. minori

Descrizione: trattati in equipe /UVMM

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 4

- **Obiettivo 2019:** 4

- **Obiettivo 2020:** 4

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

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Il ricorso alla prassi vaccinale costituisce un efficace strumento non solo di tutela della salute della cittadinanza (minori e adulti), ma anche un importante strumento di tutela della qualità della vita per categorie di persone fragili: persone che per condizioni individuali non possono usufruire di questo strumento di protezione nei confronti di alcune patologie infettive (beneficio derivante dal cosiddetto “effetto gregge”) e portatori di patologie croniche (di qualsiasi età, ma prevalentemente anziani) per i quali il sopravvenire di malattie infettive costituirebbe un aggravarsi delle patologie di base, limitazione alla piena fruizione delle capacità residue, necessità di cure, anche di lunga durata, presso strutture di degenza o socio-sanitarie o assistenziali.</p> <p>La normativa e la programmazione sanitaria nazionale e regionale, sulla base di tali motivazioni, danno ampio risalto al tema della vaccinazione come strumento di tutela della salute e come fattore di equità e si caratterizzano per obiettivi di copertura vaccinale di alto livello.</p> <p>Tali obiettivi non si esauriscono unicamente in indici di copertura vaccinale riferiti a fasce d'età, ma si indirizzano anche verso categorie di persone “fragili” che necessitano come tali di attenzione specifica: l'attuazione di iniziative mirate (di informazione, di proposta, di spazi dedicati) possono rientrare nell'alveo della cosiddetta “medicina di iniziativa” e di “care giving” che caratterizzano la mission dell'Az. Usl di Modena</p> <p>Fra i riferimenti normativi, si richiamano i più recenti: 1) Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione E-R 2) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 del 19 gennaio 2017 3) aggiornamento dei LEA (G.U. 18-03-2017) 4) Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale approvato con DGR n. 427 del 05/04/2017</p>
Descrizione	<p>Obiettivo della Regione è, in generale, adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire, per tutte le fasce d'età, l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza.</p> <p>Dovrà inoltre essere garantita la corretta applicazione del Decreto-legge, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per razionalizzazione l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e alla organizzazione dei recuperi dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati nei tempi previsti dal Decreto 77/2017</p>
Destinatari	<p>Vaccinazioni Adulti. Soggetti di età pari o superiore ai 18 anni, con particolare riguardo alla popolazione anziana, ai portatori di patologie croniche, ai portatori di patologie specifiche ad elevato rischio per malattie infettive, alle donne in età fertile rubeotest negative, alle donne in stato di gravidanza, ai portatori di HIV, alle situazioni di trapianto di organo solido effettuato o in programma e in generale in risposta ai diritti esigibili previsti dai LEA</p> <p>Vaccinazioni minori. Tutti i minori di età compresa tra 0 e 18 anni, residenti o domiciliati in uno</p>

	dei comuni della provincia di Modena					
	Vaccinazioni Adulti: offerta attiva ai destinatari, in collaborazione con MMG, Consultorio Familiare, Ospedali Aziendali , Policlinico-Baggiovara, Sassuolo, Servizi Sociali, delle vaccinazioni riportate nella tabella sottostante per il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti					
	vaccinazione	Destinatari	Modalità	2018	2019	2020
	Antinfluenzale	>= 65 anni	offerta attiva	75%	75%	75%
		Categorie rischio personale sanitario	offerta attiva incremento	incremento	incremento	incremento
	Pneumococco	coorte 65 enni Pn 23 a 66 anni	Offerta Attiva	Pn 13 a 65 anni	55%	75% 75%
	Dift-Tet-Pertosse	tutti adulti	Att ordinaria	incremento	incremento	
		gravide 28-32 sett	Att ordinaria	incremento	incremento	
	Zoster	coorte 65 enni	offerta attiva	20%	35%	50%
	Vaccinazioni Adulti: attività vaccinale a favore di categorie specifiche (fragili)					
	a) Istituti penitenziari: antidiftotetica, antiepatite B, antipneumococcica, antinfluenzale (anno 2017 somministrate 195 dosi di vaccino in collaborazione con i medici delle strutture) Obiettivi: mantenimento					
	b) Percorsi dedicati a soggetti a rischio definiti da protocolli interaziendali AOU e AUS: trapiantati di cellule staminali, trapiantati o in attesa di trapianto di organo solido, persone positive al virus dell'immunodeficienza umana. Obiettivo: mantenimento					
	2013	2014	2015	2016	2017	
	2 pazienti presi in carico	in carico 361 pazienti presi in carico	87 pazienti presi in carico	in carico 173 pazienti	in carico 275 pazienti	
Azioni previste	2 nuovi pazienti	85 nuovi pazienti	86 nuovi pazienti	102 nuovi pazienti		86 nuovi pazienti
	c) Percorsi dedicati a soggetti con patologie croniche con elevato a rischio per malattie invasive batteriche: in accordo col PRP 2015 – 2018 e in collaborazione con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, previsto inserimento nella lettera di dimissioni indicazione all'esecuzione presso ambulatori specifici del Sip di programma personalizzato di vaccinazioni. Obiettivo: incremento degli accessi					
	tipo di vaccino	2014	2015	2016	2017	
	Pneumococco 23 val.		759	502	872	1.117
	Pneumococco 13 val.		940	729	931	1597
	Emofilo influenza b		211	167	216	395
	Meningococco ACW135Y coniug.		270	278	390	4.535*
	Meningococco B a DNA ricomb.		77	401	390	1.450*
	* il dato comprende sia soggetti con fattori di rischio per malattie invasive batteriche sia soggetti sani che hanno richiesto la vaccinazione contro meningococco					
	d) Persone richiedenti asilo e assistite nell'ambito dei programmi Mare Nostrum e Triton: in attuazione della normativa nazionale e delle disposizioni regionali in materia, vengono garantite le medesime prestazioni vaccinali che si applicano alla popolazione residente. Attività gennaio 2014 – febbraio 2018 Obiettivo: mantenimento					
	Totale persone che hanno completato il ciclo di 3 vaccinazioni					679
	Totale persone che hanno completato il ciclo di 2 vaccinazioni					1.447
	Totale persone che hanno iniziato il ciclo con la prima dose					2.070
	N° di sedute vaccinali dedicate			309		
	N° di dosi di vaccini somministrati			12.367		
	Vaccinazioni Minori: offerta attiva ai destinatari, in collaborazione con PLS, MMG, Consultorio Familiare, Ospedali Aziendali , Policlinico-Baggiovara, Sassuolo, Servizio Sociale , delle vaccinazioni riportate nella tabella sottostante per il raggiungimento degli obiettivi di					

	<p>copertura previsti</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>vaccinazione</th> <th>Destinatari</th> <th>Modalità</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MeningococcoB</td> <td>coorte 12 mesi</td> <td>offerta attiva</td> <td>75%</td> <td>95%</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>Rotavirus</td> <td>coorte 12 mesi</td> <td>offerta attiva</td> <td>60%</td> <td>75%</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>Varicella 1 dose</td> <td>coorte 24 mesi</td> <td>offerta attiva</td> <td>75%</td> <td>95%</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>HPV maschi</td> <td>coorte 11 enni</td> <td>offerta attiva</td> <td>60%</td> <td>75%</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>IPV</td> <td>coorte 13 enni</td> <td>offerta attiva</td> <td>60%</td> <td>75%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Meningococco ACWY</td> <td>coorte 13 enni</td> <td>offerta attiva</td> <td>75%</td> <td>95%</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A integrazione di quanto previsto in termini di offerta vaccinale alla popolazione , il Servizio Igiene PUBBLICA (SIP) e la Pediatria di Comunità (PdC), intendono definire nel corso del 2018 , il Protocollo per le vaccinazioni in ambiente protetto, in integrazione con le strutture ospedaliere del territorio</p> <p>nel corso del 2019 , l'attivazione sul sito WEB aziendale di un'unica pagina di accesso a tutte le prestazioni vaccinali erogate dalla Ausl di Modena</p> <p>nel corso del 2020 , sviluppare la possibilità per il cittadino di accedere a una piattaforma WEB per la gestione diretta degli spostamenti degli appuntamenti vaccinali, relativi ad alcune tipologie</p>	vaccinazione	Destinatari	Modalità	2018	2019	2020	MeningococcoB	coorte 12 mesi	offerta attiva	75%	95%	95%	Rotavirus	coorte 12 mesi	offerta attiva	60%	75%	95%	Varicella 1 dose	coorte 24 mesi	offerta attiva	75%	95%	95%	HPV maschi	coorte 11 enni	offerta attiva	60%	75%	95%	IPV	coorte 13 enni	offerta attiva	60%	75%	90%	Meningococco ACWY	coorte 13 enni	offerta attiva	75%	95%	95%
vaccinazione	Destinatari	Modalità	2018	2019	2020																																						
MeningococcoB	coorte 12 mesi	offerta attiva	75%	95%	95%																																						
Rotavirus	coorte 12 mesi	offerta attiva	60%	75%	95%																																						
Varicella 1 dose	coorte 24 mesi	offerta attiva	75%	95%	95%																																						
HPV maschi	coorte 11 enni	offerta attiva	60%	75%	95%																																						
IPV	coorte 13 enni	offerta attiva	60%	75%	90%																																						
Meningococco ACWY	coorte 13 enni	offerta attiva	75%	95%	95%																																						
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Programmare interventi di formazione per gli operatori sanitari dei servizi territoriali ed ospedalieri e per gli operatori delle scuole (nidi e materne)																																										
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Ausl di Modena, Aziende ospedaliere, Enti comunali e gestori privati di scuole																																										
Referenti dell'intervento	Sighinolfi g.sighinolfi@ausl.mo.it																																										
Risorse non finanziarie																																											

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

33 Il Piano della Non Autosufficienza.

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 dell'anziano
- 21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
- 29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Riferimento scheda distrettuale: 19 Innovazione della rete dei servizi per persone non autosufficienti nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Ufficio di Piano/Distretto sanitario
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;C;

Razionale	<p>In ambito distrettuale, a partire dal 2016, è stato avviato un processo di revisione della programmazione dei servizi socio-sanitari accreditati rivolti a persone non autosufficienti, valevole sino al 2021, che ha individuato tipologie, quantità di servizi e strutture idonee a soddisfare il fabbisogno individuato e ad assicurare risposte differenziate ai diversi bisogni delle persone non autosufficienti. (cfr ALLEGATO scheda 39 Piano della non autosufficienza).</p> <p>Nell'ambito della programmazione complessiva si è, inoltre, avviato, all'interno dell'area anziani, un percorso di ridefinizione dell'offerta residenziale di ambito distrettuale. Tale percorso si è reso necessario per differenti motivazioni, quali: garantire la sostenibilità economica del sistema di welfare; allinearsi alle indicazioni regionali che prevedono uno standard di posti accreditati che deve essere pari al 3% della popolazione ultra75enne; assicurare risposte assistenziali diversificate in base alla specificità dei bisogni.</p> <p>Sulla base della suddetta programmazione, inoltre, oltre alla già realizzata riduzione del numero complessivo dei posti accreditati, si sta procedendo con la redistribuzione dei posti accreditati definitivamente e a disciplinare, attraverso apposito regolamento di ambito distrettuale, una diversificazione dell'intera offerta residenziale accreditata, anche attraverso l'individuazione di due macro-tipologie di ricovero (in regime definitivo e in regime temporaneo) al cui interno confluiscono differenti tipologie di servizio.</p> <p>Parallelamente anche l'offerta accreditata dei centri diurni per anziani richiederà, per l'anno in corso, una riflessione complessiva sull'interno ambito distrettuale tesa a fornire risposte diversificate ai diversi bisogni emersi. Al di là della necessità di introdurre elementi di flessibilità all'attuale organizzazione dei servizi semiresidenziali al fine di fornire risposte immediate e personalizzate ai cittadini/famiglie, si rende necessario :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentare il Centro Diurno ubicato c/o la "Fondazione San Giuseppe" di Fanano di n.1 posto accreditato, a partire dal 1 Settembre 2018; - Effettuare uno studio di fattibilità per l'apertura di un centro diurno presso la struttura "Casa Carani" di Pievepelago. <p>La visione del welfare distrettuale nel triennio 2018/2020 sarà centrata sullo sviluppo di nuovi strumenti di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali senza che vengano meno gli attuali strumenti e le attuali dotazioni, collegando le innovazioni (cfr. scheda 21) alla costante valutazione dei risultati effettivamente raggiunti. Si tratta di costruire risposte di cura e percorsi di affiancamento "a più mani" integrati in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare anche un supporto comunitario (cfr. Scheda 4 e 5).</p> <p>Oltre all'offerta relativa ai servizi accreditati, nel corso degli anni sono state sviluppate e saranno mantenute altre opportunità assistenziali, finanziate con il Fondo Regionale della Non</p>
------------------	---

	<p>Autosufficienza (FRNA), con il Fondo Nazionale della Non Autosufficienza (FNNA), con il fondo "Fondo di Noi" e con risorse proprie dell'Unione dei Comuni del Frignano.</p> <p>Nello specifico:</p> <p>Area Anziani :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trasporti individuali e consegna pasti; - progetto assistenza domiciliare Dimissioni Protette; - ricoveri di sollievo; - servizio di telesoccorso e teleassistenza; - assegni di cura e contributi aggiuntivi per assistenti famigliari; - Attività rivolte a gruppi; - Interventi di integrazione al reddito, continuativi e/o una tantum; - erogazione di contributi economici, anche in collaborazione con alcune associazioni operanti sul territorio; - erogazioni di buoni spesa; - interventi di sostegno dell'accesso alle agevolazioni governative (per elettricità, gas e acqua); - integrazioni al reddito alle rette di ospitalità c/o strutture residenziali o semiresidenziali; - sostegno economico sia in caso di collocazione emergenze abitative sia per progetti di co-abitazione; - Progetto Home Care Premium. <p>Area Disabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricoveri residenziali in strutture non accreditate a minore livello di protezione (esempio appartamenti protetti); - Ricoveri di sollievo; - centri socio-occupazionali; - trasporti individuali e consegna pasti; - assegni di cura disabili, gravissime disabilità acquisite e contributi aggiuntivi per assistenti famigliari; - Gruppi psicoeducazionali; - Attività gruppal; <p>Progetti trasversali area Anziani e Disabili :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari (cfr 21); - Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico; - Programma distrettuale di sostegno delle reti fragili e di prevenzione soggetti fragili (cfr. scheda 21)
Descrizione	<p>La costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, le successive delibere attuative e l'attuazione del processo di accreditamento hanno consentito il consolidamento e la qualificazione di una rete di servizi a favore di persone non autosufficienti, affermato la logica e l'importanza della programmazione distrettuale, potenziato le forme di integrazione socio-sanitarie tra i diversi servizi, facilitato i rapporti tra la committenza e i soggetti gestori dei servizi accreditati.</p>
Destinatari	<p>Personne non autosufficienti e loro familiari e caregiver</p>
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione delle attività ordinarie in merito ai diversi interventi e servizi; -Redazione regolamento di ambito distrettuale per l'accesso ai posti residenziali accreditati e individuazione di un punto unico per la gestione; -Implementazione servizi semiresidenziali per anziani; - Mantenimento dei servizi residenziali e implementazione di azioni a sostegno della domiciliarità rivolte a persone non autosufficienti; - Sperimentazione di azioni innovative di sostegno alla domiciliarità e alla rete dei servizi per persone non autosufficienti (cfr. scheda 21);
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sociali, sanitarie, sociosanitarie</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Azienda Usl di Modena,terzo settore, soggetti gestori dei servizi, organizzazioni sindacali</p>
Referenti dell'intervento	<p>Marti mmarti@unionefrignano.mo.it Bardani a.bardani@ausl.mo.it</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 5.774.793,00

- FRNA: **4.324.467,33 €**

- FNNA: **375.976,00 €**

- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **1.066.349,67 €**

- Altri fondi statali/pubblci (INPS): **8.000,00 €**

Indicatori locali: 0

34 Misure economiche a sostegno dei soggetti fragili

Approvato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifico soggetto capofila	Servizio Sociale Territoriale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;E;

Razionale	<p>Gli effetti della crisi economica che ha interessato il nostro paese ha portato ad un aumento delle famiglie seguite dal Servizio Sociale Territoriale che non rientrano nelle misure nazionali e regionali a contrasto della povertà estrema (SIA/REI – RES). I nuclei famigliari e gli adulti in carico al Servizio Sociale Territoriale che con progetti personalizzati hanno ricevuto interventi volti al recupero dell'autonomia sono stati n. 347. Tutti gli interventi rivolti ai cittadini del Frignano in stato di difficoltà saranno oggetto di una messa a “sistema” accanto agli interventi specifici previsti dalle schede 22 – 23 - 24 e trovano la loro ricomposizione, in quanto politiche unitarie di intervento, nel Piano Povertà del Distretto del Frignano.</p>
Descrizione	<p>Accanto alle misure nazionali e regionali messe in campo per contrastare il fenomeno di povertà assoluta (SIA/REI – RES) il Servizio Sociale Territoriale sostiene, attraverso progetti personalizzati , tutta quella fascia di popolazione in stato di vulnerabilità che pur non rientrando nei parametri di cui alle misure sopra indicate, necessita di un supporto per uscire da situazioni di difficoltà temporanea non solo attivando i percorsi previsti dalle normative vigenti, quali ad esempio quelli previsti dalla LR. 14/2015, ma anche attraverso una serie di interventi propri del servizio sociale che vanno dagli inserimenti lavorativi, contributi economici, attivazione di percorsi di collaborazione con le Associazioni di volontariato presenti sul territorio dell'Unione che rientrano nel progetto “Frignano in rete X favorire l'inclusione 2018-2021 - Percorsi di impegno sociale a favore di persone in condizione di vulnerabilità socio-sanitaria e a rischio di emarginazione”.</p>
Destinatari	<p>Famiglie e persone in condizione di fragilità che non rientrano nei percorsi rivolti ai cittadini che hanno i requisiti per entrare povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme</p>
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rafforzare gli interventi/azioni nell'ambito dei progetti personalizzati a sostegno dei nuclei/persone sole (contributi economici a sostegno dei percorsi di autonomia inclusi contributi per il sostegno delle spese per la casa, tirocini formativi, sostegni socio – educativi domiciliari, percorsi di mediazione, etc); 2. Rafforzare la collaborazione già attiva con le Caritas e le Parrocchie del territorio; 3. Ampliare e rafforzare i processi di collaborazione ed integrazione con le Associazioni di Volontariato presenti sul territorio attraverso le azioni a sostegno cittadini fragili e vulnerabili seguiti dal Servizio Sociale e sanitari previste nella convenzione stipulata con l'Associazione Servizi per il Volontariato Modena (ASVM) nell'ambito del più ampio progetto “Frignano in rete X favorire l'inclusione 2018-2021 - Percorsi di impegno sociale a favore di persone in condizione di vulnerabilità socio-sanitaria e a rischio di emarginazione”.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche del lavoro, Politiche sanitarie, Politiche educative, Politiche di conciliazione, Politiche sull'immigrazione.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano – Centro per l'Impiego del Distretto del Frignano - Servizi Educativi comunali – ASVM/Centro Servizi Volontariato del Frignano – Altri soggetti del Terzo Settore – Mondo delle imprese presenti sul territorio d</p>

Referenti dell'intervento	Elena Begliomini – Responsabile Area Adulti e famiglie – tel. 0536/29027 – 0536/73922- e -mail ebegliomini@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 45.679,36

- Altri finanziamenti (*Fondazione Cassa di Risparmio di Modena*): **45.679,36 €**

Indicatori locali: 0



3.1 ALLEGATO SCHEDA N. 33 PIANO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

PROGRAMMAZIONE DISTRETTUALE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI ACCREDITATI

ANNI 2018 - 2021

Programmazione dei servizi socio-sanitari accreditati del Distretto in attuazione della DGR.n.514/09 e s.m e i.	
Servizi accreditati in ambito Distrettuale	Programmazione anni 2016 -2021
n° servizi di Casa Residenza per anziani accreditati nell'ambito della rete esistente	8
n° servizi di Centro Diurno per anziani accreditati nell'ambito della rete esistente	4
n° servizi di CSRR per Disabili accreditate nell'ambito della rete esistente	1
n° servizi di CSRD per Disabili accreditati nell'ambito della rete esistente	2
n° servizi di Assistenza domiciliare accreditati nell'ambito della rete esistente	1
Programmazione fabbisogno posti dei servizi socio-sanitari fuori distretto accreditati in attuazione della DGR.n.514/09 e s.m. e i.	
Servizi accreditati di altri ambiti territoriali	
n° posti di CSRR per Disabili da accreditare nell'ambito della rete del DISTRETTO DI MODENA	2
n° posti di CSRR per Disabili da accreditare nell'ambito della rete del DISTRETTO DI SCANDIANO	1

Ridefinizione della programmazione posti dei servizi socio-sanitari accreditati anni 2018 - 2021					
SERVIZI RESIDENZIALI ACCREDITATI PER L'AMBITO DISTRETTUALE		2018	2019	2020	2021
n° posti di Casa Residenza per anziani	Anziani	177	177	177	177
	Disabili	5	5	5	5
	GDA	4	4	4	4
n° posti di Centro Socio-Riabilitativo Residenziale per Disabili		9	9	9	9
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI ACCREDITATI PER L'AMBITO DISTRETTUALE		2018	2019	2020	2021
n° posti di Centro Diurno per anziani		31	31	31	31
n° posti di Centro Socio-Riabilitativo Diurno per Disabili		24	24	24	24
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ACCREDITATO		2018	2019	2020	2021
n° ore di Assistenza domiciliare (SAD/SED) nell'ambito della rete esistente		27.957	30.500	30.000	30.000
Programmazione posti dei servizi socio-sanitari fuori distretto					
Servizi di altri ambiti territoriali					
n° posti di CSRR per Disabili nell'ambito della rete del DISTRETTO DI MODENA		2	2	2	2
n° posti di CSRR per Disabili nell'ambito della rete del DISTRETTO DI SCANDIANO		1	1	1	1

PROGRAMMAZIONE POSTI ACCREDITATI PER ANZIANI DEL DISTRETTO				
	Posti accreditati in regime di ricovero definitivo			
Struttura	2018	2019	2020	2021
Casa Carani	20	20	20	20
Fili d'Argento	30	30	30	30
Villa Pineta	16	15	15	15
Casa del Sole	21	20	20	20
Residenza S.Rocco	25	25	25	25
Fondazione S.Giuseppe	23	22	21	20
Villa Frignano	5	6	6	6
Francesco e Chiara	8	10	11	12
Totale	148	148	148	148
	Posti accreditati in regime di ricovero temporaneo			
Struttura	2018	2019	2020	2021
Villa Pineta	15	15	15	15
Francesco e Chiara - Nucleo Demenze	7	7	7	7
Totale	22	22	22	22
	Posti accreditati in regime di ricovero temporaneo- Accoglienza temporanea di sollievo			
Struttura	2018	2019	2020	2021
Villa Pineta	2	2	2	2
Villa Frignano	5	5	5	5
Totale	7	7	7	7
TOTALE COMPLESSIVO	177	177	177	177

Allegato SCHEDA 39 PIANO NON AUTOSUFFICIENZA.xlsx
centri diurni per anziani

Programmazione posti accreditati di centro diurno per anziani - Distretto di Pavullo -		
Struttura	NUMERO POSTI ACCREDITATI - 01/01/2018	NUMERO POSTI ACCREDITATI - 01/09/2018
Villa Frignano	3	3
Fili d'Argento	8	8
Francesco e Chiara	15	15
Fondazione San Giuseppe	4	5
totale	30	31



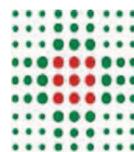
4. Lista indicatori a compilazione distrettuale

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	progetto 1920/2017	realizzazione progetto	S N	N	31/12/2017	N	S	S
11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti	equity assessment	applicazione di 1 strumento	S N	N	31/12/2017	S	S	S
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	beneficiari corsi	corsi alfabetizzazione	Numerico	200	31/12/2017	210	220	230
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	n. incontri tavolo	tavolo integrato allargato al 3° settore	Numerico	0	31/12/2017	0	2	2
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità	n° interventi	Interventi educativi e di sensibilizzazione	Numerico	0	31/12/2017	3	4	5
17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	incontri coordinamento	numero incontri	Numerico	2	31/12/2017	3	3	3
17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	inclusione destinatari	allargamento del coordinamento ai destinatari	S N	N	31/12/2017	N	S	S
22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N° equipe integrate	equipe congiunte tra SST, CPI e Servizi Sanitar	Numerico	5	31/12/2017	8	9	12

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	confronti attivati	confronti con associazioni imprenditoriali del territorio	Numerico	1	31/12/2017	1	2	2
24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale	tavoli di confronto	incontri coi servizi comunali che si occupano di politiche abitative	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2
24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale	progetti innovativi	progetti innovativi sul territorio dell'Unione	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1
3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	audit	valutazione aspetti gestionali	S N	N	31/12/2017	S	N	N
7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	incidenza deceduti	per tumori assistiti con cure palliative a domicilio o hospice su totale deceduti per tumore	Numerico		31/12/2017	> 60%	> 60%	> 60%
7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	programma formazione	rivolto agli operatori della rete	S N	S	31/12/2017	S	S	S
7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	programma formazione	rivolto agli operatori invianti	S N	S	31/12/2017	S	S	N
7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	programma informativo	rivolto ai cittadini	S N	N	31/12/2017	N	S	N
7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative	referente CP pediatriche	individuazione	S N	N	31/12/2017	N	S	N

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale	n.interventi	reinserimento sociale	S N	S	31/12/2017	S	S	S
19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico	eventi informativi	azioni a carattere culturale per promuovere sensibilizzazione sul gioco d'azzardo	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1
19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico	eventi formativi	per esercenti	Numerico	0	31/12/2017	0	1	0
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	n. azioni avviate	miglioramento percorsi informativi	Numerico	0	31/12/2017	1	2	2
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	n. percorsi formativi	percorsi realizzati	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1
36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	n.incontri	incontri con servizi comunali	Numerico	0	31/12/2017	1	3	3
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	protocollo	predisposizione ed approvazione	S N	N	31/12/2017	0	1	0

Intervento	Nome indicatore	Descrizione	Tipo indicatore	Situazione di partenza	Riferito al	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
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	n. minori	trattati in equipe /UVMM	Numerico	4	31/12/2017	4	4	4
4 Budget di salute	n° attività	formazione, informazione e sensibilizzazione	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

***5. PIANO DISTRETTUALE POVERTÀ 2018–
2020 DLGS 147/2017 – DGR 660/2018***

5.1. RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI PER IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ, DI CUI ALL'ARTICOLO 7 COMMA 1 DEL DLGS 147/17, FINANZIABILI ATTRAVERSO QUOTA DEL FONDO POVERTÀ. PRIORITÀ TRIENNIO 2018-2020

Dall'anno 2014 il Servizio Sociale Territoriale è gestito in forma associata dall'Unione dei Comuni del Frignano. L'articolazione del Servizio nelle sue componenti di Sportello Sociale e Servizio Sociale Professionale è stata possibile proprio grazie alla decisione di gestire in maniera associata le funzioni sociali. Le peculiarità e le dimensioni dei comuni che fanno parte del Distretto del Frignano non avrebbero consentito un'articolazione organizzativa capace di garantire la realizzazione non solo di politiche unitarie di ambito distrettuale a contrasto della povertà ma anche di attuare le misure governative (SIA/REI) e regionali (RES) approvate a partire dall'anno 2016.

Nell'anno 2017 grazie alle risorse ottenute tramite il PON 3 "Inclusione", l'Unione dei Comuni ha potuto rafforzare la dotazione organica degli Assistenti Sociali consentendo il raggiungimento del parametro 1/5000 (come meglio specificato al successivo punto 4).

Le risorse economiche per rafforzare gli interventi a sostegno del progetto personalizzato sono già nelle disponibilità del bilancio del Servizio e sono finanziate da fondi regionali e propri dell'Unione dei Comuni.

Al momento si riscontra la necessità di potenziare le ore di apertura degli Sportelli Sociali presenti su ciascuno dei 10 Comuni dell'Unione .

Pertanto obiettivo del Piano Povertà nel triennio di vigenza è quello di rafforzare gli Sportelli Sociali, come da prospetto di cui al successivo punto 4.

5.2. PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE (PON) "INCLUSIONE", DI PROPOSTE DI INTERVENTO PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA) - AZIONE 9.1.1 (PERIODO DI RIFERIMENTO 2016-2019). MODALITÀ DI UTILIZZO FINANZIAMENTO ASSEGNATO ALL'UNIONE DEI COMUNI DEL FRIGNANO

La programmazione delle risorse assegnate all'Unione dei Comuni del Frignano con il finanziamento previsto dall'Avviso n. 3/2016, a valere sul Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione", di proposte di intervento per l'attuazione del Sostegno per l'inclusione attiva (SIA) - Azione 9.1.1 (periodo di riferimento 2016-2019), ha consentito, come previsto dalla proposta di intervento presentata, l'assunzione di n. 1 Assistente Sociale (finanziata in parte con le risorse di cui al suddetto avviso, in parte con risorse del bilancio sociale dell'Unione dei Comuni del Frignano) con l'obiettivo di potenziare l'organico del Servizio Sociale Professionale al fine di garantire le attività di presa in carico (attività di pre-assessment e di assessment) e la definizione dei progetti personalizzati attraverso le équipes multidisciplinari.

Non sono state apportate modifiche e/o rimodulazioni all'intervento finanziato.

5.3.PIANO INTEGRATO TERRITORIALE DEI SERVIZI PUBBLICI, DEL LAVORO, SOCIALI E SANITARI, AI SENSI DELLA LR. 14/2015 E DGR 73/2018

Entro i termini individuati dalla Regione è stato approvato il Piano Integrato Territoriale triennale 2018 – 2020 del Distretto del Frignano – deliberazione di Consiglio dell'Unione n. 9/2018 – e Piano Integrato Territoriale 2018 – approvato dal Comitato di Distretto il 30.05.2018. Il Piano Integrato Territoriale triennale 2018 – 2020 è stato approvato con Accordo di programma tra Unione dei Comuni del Frignano, Azienda Usl di Modena e Regione Emilia Romagna.

Le priorità di intervento individuate nel PIT triennale sono:

- rafforzare le interconnessioni tra gli interventi e le misure previste dal Piano Integrato Territoriale con le progettazioni in atto in ambito sociale e sanitario a supporto dei percorsi di inclusione sociale;
- creare un sistema di relazioni stabile con la rete del mondo produttivo presente sul territorio del Frignano che permetta di mettere a sistema le esperienze che ciascun servizio (CPI, Servizio Sociale e Servizio sanitario) ha creato in questi anni nell'ottica di una sempre maggiore integrazione con le risorse presenti sul territorio;
- migliorare il processo di integrazione territoriale, organizzativo e professionale tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari anche attraverso rimodulazioni organizzative interne ai servizi;
- rafforzare i confronti e gli scambi con il mondo del volontariato e dell'associazionismo locale, in quanto soggetti capaci di sostenere percorsi di inclusione sociale nell'ambito della più complessiva progettazione personalizzata messa in campo dai servizi, con particolare riferimento al tema dei trasporti;
- rendere disponibili sul territorio opportunità formative grazie alle misure contenute nella LR. 14/2015, che altrimenti, sia in considerazione delle difficoltà degli spostamenti legati alla peculiarità del territorio e sia alla assenza di sedi fisse di enti di formazione, non sarebbe possibile avere sul territorio del Frignano;
- attivare sistemi di confronto e relazione con le aziende ospitanti anche attraverso la collaborazione delle organizzazioni di terzo settore, degli enti di formazione e di altri soggetti del privato.

In allegato – Allegato A – il documento integrale del Pit triennale 2018 – 2020 del Distretto del Frignano.

5.4. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE DELL'UNIONE DEI COMUNI DEL FRIGNANO

L'Unione dei Comuni del Frignano ricomprende 10 Comuni e si estende su di un'area montana molto vasta. L'organizzazione del Servizio Sociale Territoriale prevede due livelli operativi: un livello centralizzato e un livello decentrato, territoriale che ricomprende lo Sportello Sociale e il Servizio Sociale Professionale.

A livello centralizzato oltreché garantire le funzioni amministrative, vengono garantiti dei coordinamenti specializzati per la realizzazione sul territorio dell'Unione delle politiche di settore, suddivisi in tre macro aree di intervento: Area Responsabilità Familiari-Adulti, Area Anziani, Area Disabili.

A livello territoriale il Servizio poggia le proprie basi su di una organizzazione che prevede la separazione tra l'accesso al servizio, garantito attraverso lo Sportello Sociale e la presa in carico professionale garantita dagli Assistenti Sociali, così come previsto dalla DGR 1012/2014.

Sportello Sociale

Presso ogni Comune dell'Unione è presente uno Sportello Sociale, con una presenza programmata sul territorio (parametrata in base alle dimensioni dell'Ente) e con un monte ore dedicato garantito da personale formato, così come di seguito indicato:

SPORTELLO SOCILAE					
Comuni	Abitanti Al 01.01.2018	Punti di accesso	Ore di Spor- tello attuali	Incremento ore previste	Totale ore a seguito am- pliamento
Pavullo nel Frignano	17551	1	54	18	72
Serramazzoni	8304	1	18	18	36
Lama Mocogno	2708	1	8	4	12
Polinago	1649	1	5	5	10
Fanano	2946	1	12	-	12
Sestola	2490	1	12	-	12
Montecreto	918	1	6	-	6
Pievelepago	2317	1	9	3	12
Fiumalbo	1240	1	6	2	8
Riolunato	688	1	3	1	4
Totale	40811	10	133	51	184

La presenza di personale all'interno dello Sportello Sociale garantisce la copertura del servizio ed è conforme sia al fabbisogno territoriale per numero di unità presenti e copertura, tuttavia

L'ampiezza del territorio, i nuovi bisogni sociali emergenti oltreché le nuove misure introdotte dal Governo e dalla Regione richiedono un aumento di ore da dedicare all'accesso su alcuni territori. Oltre agli Sportelli Sociali sono presenti i seguenti sportelli di informazione specialistici gestiti in forma associata dall'Unione dei Comuni: lo Sportello Informativo stranieri (con aperture programmate su 3 Comuni del territorio) e lo Sportello Casa per tutti i 10 comuni del Frignano (gestito da Acer Modena).

Servizio Sociale Professionale

In riferimento al Servizio Sociale Professionale ad ogni Comune afferente l'Unione è assegnato uno o più Assistenti Sociali a seconda della popolazione residente. Risulta soddisfatto il requisito essenziale della presenza di almeno un'assistente sociale ogni 5000 abitanti, come si può evincere dalla tabella di seguito riportata:

descrizione	2018
abitanti	40.811
ore AS garantite nel 2018	319,00
n. operatori (dividendo le ore per 36 ore)	8,86
operatori necessari con parametro AS (1/5000 ab)	8,16
ore necessarie con parametro AS (1/5000 ab)	293,84

Il parametro 1/5000 è stato raggiunto nell'anno 2017 con l'Assistente Sociale assunta con i fondi di cui all'Avviso Pon 3 "Inclusione".

Alla data attuale gli Assistenti Sociali assegnati al Servizio Sociale Professionale sono i seguenti:

Assistenti Sociali				
ISTRUTTORE ASSISTENTE SOCIALE	Tipologia di contratto		Ore da contratto	Totale ore sul Distretto
	Full time	Part time		
N. 10	6 (*) di cui n. 3 a T. indeterminato e n. 3 a T. determinato		36	216
		1 a T. indeterminato	30	30
		1 a T. indeterminato	28	28
		1 a T. indeterminato	25	25
		1 a T. indeterminato	20	20
Totale	6	4		319

(*) nel totale è compresa l'Assistente Sociale assunta tramite l'avviso del PON 3 (con contratto a 36 ore di cui 30

coperte dai fondi Pon e 6 ore coperte con risorse del bilancio dell'Unione dei Comuni)

La metodologia di lavoro degli Assistenti Sociali è quella della presa in carico trasversale rispetto alle diverse aree di intervento, fatte salvi gli operatori dedicati alla tutela minori. La presa in carico professionale avviene attraverso la predisposizione di progetti personalizzati. Le fasi che portano alla concretizzazione del progetto personalizzato, ovvero l'analisi preliminare o pre-assessment, la valutazione multidisciplinare o assessment e la definizione del progetto personalizzato, sono di competenza degli Assistenti Sociali Responsabili del Caso. Gli Assistenti Sociali a loro volta, a seconda della complessità della situazione, potranno coinvolgere oltreché gli educatori professionali interni al servizio, uno o più attori della rete (servizi sanitari, centro per l'impiego, istituzioni scolastiche, le Associazioni di volontariato o di promozione sociale, etc.). Gli interventi utilizzati nei percorsi di sostegno all'autonomia messi in campo dal Servizio Sociale sono diversi e vanno, giusto per citarne alcuni, dal sostegno economico, all'attivazione di servizi di prossimità fino all'attivazione di tirocini finalizzati all'inclusione sociale.

A seconda dei bisogni espressi oltre al lavoro di condivisione di prassi svolto in équipe, è prevista l'attivazione di équipe multidisciplinari sia per la presa in carico di situazioni complesse (UVM integrate con gli operatori dei servizi sanitari anziani, disabili, neuropsichiatria, consultorio familiare, salute mentale, dipendenze patologiche, ecc) sia per l'attivazione di percorsi condivisi di inserimenti lavorativi per utenti disabili e soggetti fragili (tavoli operativi distrettuali che prevedono la partecipazione del Centro per l'impiego, ecc.).

5.5. GOVERNANCE DEL DISTRETTO DEL FRIGNANO

A livello distrettuale la “governance” della Rete della protezione e dell'inclusione sociale a livello distrettuale, sarà posta in capo al Comitato di Distretto, organo composto dai 10 Sindaci e dal Direttore dell'Azienda Usl del Distretto del Frignano.

Dall'istituzione dell'Ufficio di Piano Distrettuale, incardinato ora a seguito delle funzioni delegate all'Unione dei Comuni del Frignano, è vigente una convenzione con l'Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano che regola modalità e struttura organizzativa finalizzata alla gestione delle funzioni tecniche, amministrative e gestionali per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari da realizzare congiuntamente sulla base delle normative regionali vigenti sul territorio del Frignano.

La convenzione vigente sarà oggetto, sulla base delle nuove funzioni poste in capo al Comitato di Distretto dalla DGR n. 660/2018, delle opportune modifiche per ridefinire:

- il nuovo assetto della governance locale che vede accanto alla partecipazione dei 10 Sindaci e del Direttore del Distretto anche un referente del locale Centro per l'Impiego;
- l'attribuzione all'Ufficio di Piano del coordinamento tecnico dell'azione programmatoria e organizzativo – gestionale per l'attuazione delle misure di contrasto alla povertà a livello di ambito distrettuale;

- la definizione delle funzioni relative alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale da garantire a livello distrettuale;
- l'individuazione delle modalità di partecipazione e consultazione delle parti sociali e del terzo settore.

5.6. MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'ATTIVAZIONE, COSTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE DEL DISTRETTO DEL FRIGNANO

La sperimentazione in atto dell' équipe multidisciplinare prevista per l'attuazione della LR. 14/2015, costituisce la base per definire una progettazione omogenea e condivisa, laddove si sia di fronte a nuclei beneficiari di REI/RES. E' intenzione difatti partendo dall'esperienza in atto, di ampliare le funzioni dell'équipe sopraindicata quando il bisogno del nucleo sia prevalentemente di tipo occupazionale.

Al momento si individua l' équipe multidisciplinare costituita a livello distrettuale per l'attuazione della LR. 14/2015, quale équipe di riferimento per l'attuazione delle misure a contrasto della povertà opportunamente integrate con tutte le figure professionali che si renderanno necessarie per rispondere ai bisogni dei cittadini del territorio. L'attuale organizzazione dell'équipe multidisciplinare prevede:

- un tavolo ristretto di supervisione e coordinamento dell'intero processo, costituito da un Referente dell'Ufficio di Piano dell'Unione dei Comuni dei Comuni del Frignano, dal Responsabile del Centro per l'Impiego di Pavullo, dai Referenti del Centro di Salute Mentale, del Servizio Dipendenze Patologiche e dell'Area Fragili del distretto di Pavullo n/F. Il tavolo di coordinamento è allargato in funzioni e competenze ad esso attribuito in ordine alle misure REI/RES e più in generale per l'attuazione delle misure a contrasto della povertà, ove siano interessati i Servizi per l'Impiego;
- una équipe multidisciplinare che realizza la presa in carico integrata ed unitaria delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità lavorativa, sociale, sanitaria ed attiva le misure di intervento ritenute opportune dal progetto integrato. L' équipe, inoltre, opera per l'attuazione di interventi a favore di persone in condizione di povertà che richiedono servizi quali il SIA sostituito dal REI e dal RES e altre misure regionali o nazionali a sostegno del reddito.

L'attuale funzionamento prevede che il tavolo di coordinamento e supervisione individui tra i membri dell'équipe multidisciplinare un referente unico con compiti di:

- raccordo sistematico con tutti i soggetti della rete per una gestione efficace ed un monitoraggio costante del complesso degli interventi attivati e da attivare inseriti nei progetti personalizzati, in stretto raccordo con i responsabili dei progetti stessi;

- interfaccia con il Tavolo di coordinamento e supervisione per aggiornamenti sull'andamento del processo ed eventuali criticità.

In base alla peculiarità delle persone da prendere in carico, la composizione dell'équipe è variabile. Oltre alla presenza costante del Referente unico e di un operatore del CPI, l'équipe multidisciplinare prevede la partecipazione di operatori del servizio sociale e/o dei servizi sanitari competenti per i casi specifici. Viene fatta salva la possibilità di integrare con ulteriori figure professionali l'équipe multidisciplinare, sulla base di specifici bisogni delle famiglie, soprattutto in relazione ai beneficiari di REI/RES.

L'équipe si avvale della consulenza di altri operatori dei tre servizi coinvolti (CPI, Servizi sociali e Servizi sanitari), tra cui operatori del Collocamento Mirato e del Servizio di medicina legale, o di interlocutori esterni, in ogni caso in possesso di competenze coerenti con le specificità della persona da prendere in carico e con la definizione del progetto personalizzato.

5.7. MODALITÀ E STRUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE E CONFRONTO CON I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE A LIVELLO DISTRETTUALE

Il Distretto del Frignano recepisce, con l'approvazione del Piano di Zona della Salute e del Benessere sociale 2018 – 2020, il “Protocollo per l'attuazione del Reddito di Solidarietà (RES) e delle misure a contrasto di povertà ed esclusione sociale in Emilia Romagna”.

Sul territorio dell'Unione del Frignano sono già attivi n. 4 Protocolli di collaborazione con le Caritas presenti sui Comuni di Pavullo nel Frignano, Serramazzoni, Fannano e Sestola. Un 5 Protocollo è in corso di approvazione con l'Associazione “La mia voce”, che opera in stretta connessione con l'Associazione Internazionale Regina Elena Onlus, nel Comune di Polinago. Finalità dei protocolli sono quelle di creare le condizioni per agevolare i percorsi evolutivi delle famiglie e delle singole persone che possono trovarsi in condizioni di difficoltà rispetto ai fabbisogni primari, definendo modalità organizzative e di collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale a supporto di famiglie e dei singoli in difficoltà.

Dall'anno 2013 è attivo il progetto “Frignano in rete per contrastare la povertà” con l'obiettivo di attuare azioni a sostegno di famiglie e cittadini singoli a rischio vulnerabilità o che vivono situazioni di povertà e conseguente disagio sociale attraverso la creazione di una rete con le Associazioni presenti sul territorio dell'Unione coordinate dai Servizi per il Volontariato di Pavullo. Il progetto, recentemente oggetto di una rivisitazione, nel triennio 2018 – 2020 ha come obiettivo quello di realizzare azioni non solo rivolte ai cittadini e alle famiglie fragili e vulnerabili seguiti dai Servizi Sociale e sanitari, ma anche di attivare azioni volte a coinvolgere un più ampio numero di soggetti presenti sul territorio dell'Unione che a vario titolo possono entrare nella rete a sostegno dei percorsi a contrasto della povertà.



Il Protocollo regionale si colloca all'interno del quadro sopra esposto e consentirà di rafforzare ulteriormente le collaborazioni già attive, ma anche di sistematizzare, attraverso la sua declinazione a livello distrettuale, le modalità di confronto e di condivisione sui bisogni e sulle tematiche legate al contrasto della povertà.

5.8.SCHEDE DEL PIANO DI ZONA DELLA SALUTE E DEL BENESSERE DEL DISTRETTO DEL FRIGNANO “MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ SIA/REI/RES” E “AVVICINAMENTO AL LAVORO PERSONE FRAGILI E VULNERABILI LR. 14/2015”

Alla presente si allegano – Allegati B) e C) - le schede di intervento attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale declinate all'interno del Piano di Zona della Salute e del Benessere del Distretto del Frignano scheda regionale rif. n. 22 “Misure a contrasto della povertà SIA/REI/RES” e 23 “Avvicinamento al lavoro persone fragili e vulnerabili LR. 14/2015”.



Allegato A

**PIANO INTEGRATO TERRITORIALE
(L.R.14/2015)**

Ambito distrettuale di: PAVULLO NEL FRIGNANO

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.

Il Distretto del Frignano è composto da dieci comuni afferenti alla provincia di Modena: Pavullo nel Frignano, Comuni di Fanano, Fiumalbo, Lama Mocogno, Montecreto, Pievepelago, Polinago, Riolunato, Serramazzoni e Sestola. E' un territorio montano che ricomprende una vasta zona all'interno dell'Appennino tosco – emiliano, con una estensione territoriale complessiva di 689 km² che si sviluppa su quote comprese tra i 200 metri sul livello del mare e oltre i 2000 metri; si colloca al 3° posto per ampiezza territoriale in Regione. Come molte realtà montane dell'Appennino Emiliano – romagnolo, ha come caratteristica fondamentale la propria marginalità logistica. La sua particolare configurazione morfologica consente di suddividere il territorio in tre distinti sub-ambiti: il sub-ambito del Basso Frignano (Pavullo, Serramazzoni, Lama Mocogno e Polinago) il sub-ambito dell'Alto Frignano con due distinte aggregazioni di comuni vicini, quella di Pievepelago, Riolunato, Fiumalbo e quella di Fanano, Sestola, Montecreto. La popolazione residente sull'intero territorio è di 40826 abitanti, pari al 5,83% della popolazione provinciale totale, con una densità media pari a 59 abitanti per kmq. Il 74 % circa della popolazione risiede nel sub-ambito del Basso Frignano, il Comune più densamente popolato risulta essere Pavullo nel Frignano, centro nevralgico del Frignano, seguito da Serramazzoni. L'estesa superficie del distretto legata alla sua dispersività, le sue caratteristiche di territorio fortemente antropizzato che oltre ai centri comunali, presenta innumerevoli borgate, frazioni e case sparse, esprime problematiche e complessità tipiche delle zone montane: dal fenomeno dello spopolamento alle difficoltà legate alla mobilità e ai trasporti. La viabilità in particolare, soprattutto nel lungo periodo invernale, crea difficoltà nei collegamenti, che, tolte le poche strade statali e provinciali, si snodano su una rete viaria tortuosa, ripida e scomoda, soprattutto in condizioni innevate, rendendo non sempre facili gli spostamenti e i collegamenti, che in alcuni casi sono molto limitati e in certi momenti della giornata sono totalmente inesistenti sia tra i diversi comuni sia tra i Comuni e il Comune di Pavullo. Come già rilevato nel primo Piano Integrato Territoriale, queste caratteristiche territoriali compromettono fortemente l'adesione da parte dei cittadini a progetti proposti dai Servizi e in diversi casi è stato uno dei fattori che hanno portato all'interruzione dei progetti predisposti e alla necessità di una loro

ridefinizione. Accanto alle difficoltà legate alla mobilità, che si riverberano sulla possibilità di raggiungere agevolmente i luoghi di lavoro e di formazione, il territorio del Frignano si caratterizza come un territorio che esprime significative differenze anche dal punto di vista del suo sviluppo economico - produttivo. Per quanto riguarda le realtà produttive è opportuno rilevare la presenza di un tessuto produttivo caratterizzato da imprese di ridotte dimensioni (per lo più micro - imprese) alle quali si affiancano solo alcune imprese di medie dimensioni (Pavullo, Polinago, Serramazzone e Pievepelago) nei settori di attività riguardano la meccanica, la mecatronica, la ceramica e la sua filiera, la ristorazione, il benessere e l'ambito dei servizi alla persona. Un terzo delle imprese è di tipo artigianale, sebbene più in generale l'insediamento produttivo nel Frignano ripropone alcune chiare vocazioni legate alle specificità territoriali: tutti i Comuni vedono un primato del campo dei servizi, fatta eccezione di Lama Mocogno e Polinago dove al primo posto troviamo l'agricoltura. Al secondo posto per numerosità delle imprese troviamo in generale l'agricoltura e il commercio, fatta eccezione per Fiumalbo dove prevalgono le imprese edili. L'Alto Frignano (Sestola, Fanano, Montecreto, Riolunato, Pievepelago e Fiumalbo) ha una importantissima vocazione turistica stagionale nei periodi invernali ed estivi. Le peculiarità territoriali vengono ben evidenziate anche dall'analisi degli addetti ai lavori nei vari settori: il peso del manifatturiero è molto rilevante a Pievepelago, Serramazzone, Pavullo, Fanano e Polinago, mentre il commercio e i servizi assumono maggiore rilevanza nei comuni di Sestola, Riolunato e Montecreto e turistica nei comuni dell'Alto Frignano.

All'interno di questa complessiva cornice di inquadramento del mercato del lavoro, si confermano peraltro alcuni fenomeni specifici che hanno caratterizzato tutto il percorso della crisi economica che ha interessato anche il territorio del Frignano negli anni passati: figure professionali più a margine dal punto di vista della qualifica in virtù di scarsi livelli di specializzazione, un aumento nelle difficoltà di ingresso dei più giovani nel mercato del lavoro, il riposizionamento dei lavoratori di età più elevata fuoriusciti dal circuito lavorativo.

Le piccole, piccolissime dimensioni delle imprese presenti sul territorio del Frignano (fatte salve le poche realtà di media dimensione) da un lato e gli effetti della crisi dall'altro, hanno di fatto reso in questi anni difficoltosa sull'intero territorio del Frignano, la ricerca di contesti lavorativi che consentissero di trovare risposte appropriate rispetto al bisogno di attivare percorsi di inserimento lavorativo delle persone più fragili e svantaggiate seguite dai servizi.

E' opportuno inoltre evidenziare i nuovi rischi sociali basati su una modifica dei cicli di vita, da quelli legati alla famiglia a quelli legati alla vecchiaia in termini positivi di aumento della speranza di vita, ma contestualmente correlati all'aumento della probabilità di maturare una condizione di non autosufficienza; all'aumento di forme di lavoro sempre più orientate alla flessibilità e alla precarizzazione; oltre che alla presenza, nello scenario nazionale e internazionale, di nuove domande di integrazione sociale che provengono da cittadini extracomunitari, che portano con sé una propria cultura e un diritto di cittadinanza residuale. Alla luce di quanto sopra espresso è fondamentale non trascurare questioni quali la formazione di base e specialistica delle persone, l'accesso alla conoscenza e alla formazione su tutto

l'arco della vita (lifelong learning), anche alla luce dell'assenza di sedi stabili di Agenzie per il lavoro e Enti formativi. Preme peraltro rilevare che la minore presenza sul territorio di aziende soggette al collocamento mirato ha fatto sì, che negli anni, si sia lavorato molto sul territorio per creare una rete con le piccole aziende, con piccoli contesti lavorativi disponibili ad accogliere persone seguite dai servizi e sostenute con le misure di intervento di politica attiva, richiedendo un importante investimento rispetto alle azioni di sostegno da mettere in campo all'interno dei contesti lavorativi, ma non disponibili a dare sbocchi occupazionali. Le piccole realtà datoriali, pur non avendo vincoli assunzionali, rappresentano però un valore aggiunto rispetto al legame e alla valorizzazione del territorio oltretutto rappresentano ambiti lavorativi più vicini ai tempi di vita delle persone con fragilità.

A completamento dell'analisi di contesto sopra descritta, preme riportare alcuni dati relativi all'attività svolta nel corso dell'anno 2017, dal Centro per l'Impiego di riferimento del distretto - collocato a Pavullo - che consentono di tratteggiare un quadro di insieme delle dinamiche legate al mondo del lavoro sul territorio del Frignano: 757 Dichiarazione di Immediata Disponibilità -DID- e 1785 patti di servizio stipulati per quanto riguarda i servizi ordinari, mentre si sono registrate 27 iscrizioni/reiscrizioni e 100 patti di servizio per i servizi di collocamento mirato.

Alla luce di quanto sopra esposto, la situazione occupazionale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità in cerca di lavoro nel territorio del Frignano, resta tuttora molto critica, acuendo la distanza dal sistema produttivo e richiedendo sempre più al sistema pubblico di supportare e sostenere le fasce più fragili della popolazione del Frignano.

Il Piano Integrato Territoriale triennale si pone anzitutto come strumento programmatico in continuità con la programmazione approvata nel Piano Integrato Territoriale 2016, in corso di sperimentazione e parte integrante del Piano di Zona della salute e del benessere sociale del Distretto del Frignano, in corso di definizione. Obiettivi strategici del Piano Integrato sono:

- promuovere sul territorio una strategia di "sistema" finalizzata a favorire processi di inclusione sociale e di autonomia;
- promuovere logiche di integrazione organizzativa e gestionale tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari, finalizzate al sostegno di percorsi d'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti vulnerabili e svantaggiati, intesi come attori positivi della propria vita e della comunità;
- rafforzare il processo di integrazione tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari, per consentire le necessarie interconnessioni e sinergie con le altre azioni di contrasto alla povertà e di inclusione attiva legate alle misure governative e regionali del REI e del RES;
- costruire un sistema di valutazione degli interventi attivati capace di riorientare le scelte di politica di inclusione attraverso gli interventi previsti dalla LR. 14/2015;
- rafforzare la collaborazione con la rete territoriale del mondo produttivo e non solo (Associazioni volontariato, Promozione sociale, etc) presente nel Frignano.

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..

Rispetto agli obiettivi sopra evidenziati le linee di sviluppo ritenute prioritarie per il triennio 2018 – 2020 saranno quelli di:

- rafforzare le interconnessioni tra gli interventi e le misure previste dal Piano Integrato Territoriale con le progettazioni in atto in ambito sociale e sanitario a supporto dei percorsi di inclusione sociale;
- creare un sistema di relazioni stabile con la rete del mondo produttivo presente sul territorio del Frignano che permetta di mettere a sistema le esperienze che ciascun servizio (CPI, Servizio Sociale e Servizio sanitario) ha creato in questi anni nell'ottica di una sempre maggiore integrazione con le risorse presenti sul territorio;
- migliorare il processo di integrazione territoriale, organizzativo e professionale tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari anche attraverso rimodulazioni organizzative interne ai servizi;
- rafforzare i confronti e gli scambi con il mondo del volontariato e dell'associazionismo locale, in quanto soggetti capaci di sostenere percorsi di inclusione sociale nell'ambito della più complessiva progettazione personalizzata messa in campo dai servizi, con particolare riferimento al tema dei trasporti;
- rendere disponibili sul territorio opportunità formative grazie alle misure contenute nella LR. 14/2015, che altrimenti, sia in considerazione delle difficoltà degli spostamenti legati alla peculiarità del territorio e sia alla assenza di sedi fisse di enti di formazione, non sarebbe possibile avere sul territorio del Frignano;
- attivare sistemi di confronto e relazione con le aziende ospitanti anche attraverso la collaborazione delle organizzazioni di terzo settore, degli enti di formazione e di altri soggetti del privato.

Risorse disponibili

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*
FSE – Fondo Sociale Europeo	€.166.489,00	€.166.489,00	€.166.489,00
FRD – Fondo Regionale Disabili	€.0	€.0	€.0
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	€. 16.648,90	€. 16.648,90	€. 16.648,90
Fondo sociale locale	€. 0	€.0	€.0
Fondo Sanitario regionale	€. 3.200	€. 3.200	€. 3.200
Totale risorse destinate	€ 186.337,90	€ 186.337,90	€ 186.337,90

*Si precisa che le cifre per le annualità 2019 e 2020 sono puramente indicative, e potranno subire delle variazioni determinate dalla eventuale modifica dei parametri di assegnazione delle risorse da parte della Regione.

Interventi previsti

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
<p>FORMAZIONE Rientrano in questo ambito tutti gli interventi con caratteristiche prettamente formative, nei quali è assegnata rilevanza significativa alla dimensione del gruppo in apprendimento (tutto i percorsi hanno lo stage)</p>	<p>Considerate le peculiarità e le difficoltà espresse dal territorio e le fragilità dei cittadini a cui le azioni formative si rivolgono, è indispensabile rendere disponibile la formazione con percorsi non troppo intensivi (percorsi di 150 ore con certificazione di 1 o 2 Unità di competenza). I percorsi formativi dovranno essere progettati in stretto raccordo, viste le peculiarità territoriali, tra servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari. Per rispondere alle esigenze del sistema produttivo presente sul territorio del Frignano, si prevede nel triennio l'attivazione di percorsi formativi di qualificazione iniziale nei seguenti settori: produzione alimentare (operatore di pastificio e panificio); produzione e distribuzione pasti (operatore della produzione pasti); logistica (operatore di magazzino merci,) gestione del</p>

<p>Interventi previsti</p> <p>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>Tipologia di intervento e relative caratteristiche</p>	<p>2018- 2020</p>
	<p>verde (operatore del verde) ; e produzione agricola. con particolare attenzione alle tecniche colturali della produzione); promozione e valorizzazione del territorio.</p> <p>Nel corso del triennio nel Distretto saranno realizzati anche interventi brevi di formazione permanente, con particolare riferimento all'acquisizione e al rafforzamento di competenze trasversali, che si ritengono particolarmente utili per aumentare l'occupabilità dell'utenza in condizioni di fragilità</p>
<p>TIROCINI</p> <p>Riguarda tutte le tipologie di tirocinio al momento operanti. Comprende sia le attività di attivazione che la corresponsione delle indennità di partecipazione.</p>	<p>Sulla base dell'esperienza sperimentata già da molti anni nel territorio del Frignano (che ha visto una prevalenza di percorsi di tirocinio "lunghi"), i tirocini rappresentano strumento imprescindibile, misure fondamentali attraverso le quali è possibile promuovere e sostenere politiche a sostegno dell'inclusione sociale e dei processi di autonomia dei cittadini del Frignano che si trovano in condizioni di fragilità e di vulnerabilità sociale.</p> <p>In quest'ottica nel triennio si prevede l'attivazione delle diverse tipologie di tirocinio al momento operanti (con relativa certificazione delle competenze, nei casi previsti dalla normativa vigente). I tirocini saranno intesi quale come strumento operativo integrato e sinergico, in grado di fornire conoscenze, competenze ed in prospettiva possibilità occupazionali, oltre che come strumento finalizzato all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone delle persone più vulnerabili</p> <p>Agli utenti impegnati in tirocinio sarà corrisposta l'indennità di partecipazione secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente)</p> <p>Per gli utenti più vulnerabili saranno previste in attività di sostegno alle persone nei contesti di collocazione, e finalizzate all'individuazione precoce delle difficoltà di inserimento e all'individuazione, in sinergia con i tutors del soggetto ospitante, dei correttivi e delle soluzioni più adeguati a favorire il completamento del percorso ed il suo esito positivo in termini di rafforzamento delle competenze, dell'autonomia e dell'occupabilità.</p>

Interventi previsti
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
<p>SERVIZI E INTERVENTI DI NATURA SOCIALE 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>Per quanto concerne i servizi sociali territoriali la presa in carico sociale e l'avvio dei percorsi previsti nel presente piano avverrà qualora si ravvisi la necessità si predisporre una puntuale modalità di supporto continuativo alla famiglia che si rivolge al Servizio Sociale, in quanto caratterizzata dalla riscontrata presenza di vulnerabilità sociali o socio-sanitarie determinanti forme più o meno intense o croniche di perdita di opportunità o "chances" nell'ambito lavorativo/reddituale, socio-abitativo e relazionale. La riscontrata presenza di detta condizione è il presupposto indispensabile e necessario per procedere con la conseguente e correlata definizione di un progetto sociale individualizzato sul nucleo familiare, quale modalità sistemica ed integrata per definire un percorso di superamento, ove possibile, delle criticità, in funzione della piena ritrovata autonomia e autodeterminazione delle persone. Verranno attivati tutti gli interventi sociali che si riterranno necessari a seguito della valutazione dell'Assistente Sociale e che sono ricompresi nelle categorie contemplate all'interno delle misure della LR. 14/2015.</p>
<p>TRASFERIMENTI IN DENARO Comprende i contributi economici di varia natura di competenza dei comuni</p>	<p>Nell'ambito della definizione del progetto personalizzato, con le modalità sopra esplicitate, verranno individuati anche, se ritenute necessarie per il buon esito del percorso progettuale, interventi economici.</p>

Ulteriori note a supporto della programmazione
Indicare aspetti di natura operativa, organizzativa e procedurale che a livello di singolo distretto possono facilitare l'attuazione del presente Piano Integrato Territoriale.

Come sopra indicato una delle priorità sarà quella di migliorare il processo di integrazione territoriale, organizzativo e professionale tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari anche attraverso rimodulazioni organizzative interne ai servizi.

Referenti per l'attuazione del Piano integrato territoriale

A livello distrettuale è stata prevista un'organizzazione che prevede un Coordinamento distrettuale in seno all'Ufficio di Piano con compiti di programmazione, monitoraggio e verifica del Piano Integrato Territoriale Triennale. Al coordinamento distrettuale partecipano i referenti dei tre Servizi – Lavoro, Sociale e Sanitari – coordinati dell'Ufficio di Piano. A livello operativo con deliberazione di Giunta dell'Unione n. 48/2017 è stata costituita l'équipe multi professionale ai sensi di quanto previsto dalla LR. 14/2015.

Servizio	Ente	Ruolo	Nome e Cognome
Lavoro	AERL – CPI Pavullo nel Frignano	Responsabile Centro impiego di Pavullo	Dr. Ssa Elisabetta Righi
Sociale	Unione dei Comuni del Frignano	Responsabile dell'Ufficio di Piano	Dr. Ssa Emanuela Ricci
Sanitario	AUSL	Responsabile CSM	Dr. Ssa Giuseppa Caloro

Allegato B

20 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Servizio Sociale Territoriale
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	<p>Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto i 4 milioni e 598 mila di individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. Il SIA si è configurato come misura ponte che ha anticipato alcuni elementi essenziali del REI – Reddito di inclusione – attuativo della Legge n°33 “Delega recante norme relative al contrasto della povertà”, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali», approvata nell'anno 2017. Contestualmente all'avvio del SIA, la Regione Emilia Romagna – L.R. 24/2016 “Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito” - ha deciso di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari del SIA con risorse dedicate del bilancio regionale con l'istituzione del Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Alla data odierna sono attive entrambe le misure a contrasto della povertà ed è in corso la definizione di un percorso di integrazione tra RES e REI.</p>
Descrizione	<p>Il Servizio Sociale Territoriale, attraverso gli Sportelli Sociali e al Servizio Sociale Professionale presenti su ciascun comune dell'Unione del Frignano, ha messo in campo tutte le azioni e le modalità di presa in carico integrata necessarie per garantire a tutti i cittadini che possiedono i requisiti previsti dalle misure governative e regionale l'accesso e il godimento delle misure stesse. Per l'ottenimento dei benefici previsti dal SIA/REI e dal RES oltreché rientrare nei parametri individuati dalla leggi nazionali e regionali, è richiesto al richiedente e al suo nucleo familiare l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dal Servizio Sociale in rete con altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.</p>

Destinatari	Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziare le ore del personale degli Sportelli Sociali e delle Ass. Sociali dei 10 Comuni del Distretto anche attraverso la partecipazione ai bandi PON previsti; 2. Qualificare ulteriormente le competenze degli operatori sociali rispetto alla presa in carico integrata, in particolare rispetto all'interfaccia con i servizi del lavoro, attraverso specifici percorsi formativi; 3. Migliorare il raccordo operativo con i servizi pubblici del lavoro rispetto alla definizione del progetto personalizzato di attivazione lavorativa anche attraverso l'attivazione degli strumenti di cui alla LR 14/2015; 4. Istituzione e formalizzazione di un'equipe integrata per la condivisione dei progetti personalizzati RES e REI che veda la partecipazione del Servizio Sociale, del Centro per l'Impiego e all'accorrenza di altre figure utili alla realizzazione del progetto personalizzato a sostegno del nucleo; 5. Rafforzare gli interventi a supporto dei nuclei famigliari/singoli cittadini definiti nell'ambito del progetto personalizzato per sostenere il processo/gli impegni assunti dai nuclei famigliari/singoli cittadini stessi (tirocini, sostegno socio – educativo domiciliare e territoriale, assistenza domiciliare, servizi di prossimità, etc); 6. Ampliare e rafforzare i processi di collaborazione ed integrazione con le Associazioni di Volontariato presenti sul territorio attraverso le azioni a sostegno cittadini fragili e vulnerabili seguiti dal Servizio Sociale e sanitari previste nella convenzione stipulata con l'Associazione Servizi per il Volontariato Modena (ASVM) nell'ambito del più ampio progetto "Frignano in rete te X favorire l'inclusione 2018-2021 - Percorsi di impegno sociale a favore di persone in condizione di vulnerabilità socio-sanitaria e a rischio di emarginazione".
Eventuali interventi /Politiche integrate collegate	Politiche del lavoro, Politiche sanitarie, Politiche educative, Politiche di conciliazione, Politiche sull'immigrazione.
Istituzioni /Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano – Centro per l'Impiego del Distretto del Frignano - Servizi Educativi comunali – ASVM/Centro Servizi Volontariato del Frignano – Altri soggetti del Terzo Settore – Mondo delle imprese presenti sul territorio d
Referenti dell'intervento	Elena Begliomini – Responsabile Area Adulti e famiglie – tel. 0536/29027 – 0536/73922- e -mail ebegliomini@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: **€ 54.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **14.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **40.000,00 €**

Indicatori locali: 1

1°: N° equipe integrate

Descrizione: equipe congiunte tra SST, CPI e Servizi Sanitari

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 8
- **Obiettivo 2019:** 9
- **Obiettivo 2020:** 12

Allegato C

21 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Unione dei comuni
Specifica soggetto capofila	Ufficio di Piano
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	<p>La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine ha portato all'aumento di cittadini che si rivolgono al Servizio Sociale oltre che per un sostegno economico anche per il sostegno nel reperimento di un'occupazione.</p> <p>All'interno della cornice di inquadramento del mercato del lavoro, si confermano alcuni fenomeni specifici che stanno interessando tutto il percorso della crisi. In primo luogo la conferma di coinvolgimento dei soggetti più a rischio e deboli nel mercato del lavoro. Il riferimento è in particolare legato alle figure professionali più a margine dal punto di vista della qualifiche in virtù di scarsi livelli di specializzazione, ma anche di difficoltà di orientamento e approccio al lavoro stesso. L'impatto della situazione sopra evidenziata, si riverbera ed esacerba, da un lato, le difficoltà di ingresso dei più giovani nel mercato del lavoro, e dall'altro, in virtù della debolezza della domanda, il riposizionamento dei lavoratori di età più elevata fuoriusciti dal circuito lavorativo. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali che siano loro di supporto, oltre che al loro disagio che, se non trattato, può portare ad una condizione di prostrazione che in casi limite determina anche condizione di isolamento sociale. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali e determina la creazione e il consolidamento di reti sociali. La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari." Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:</p> <p>1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e</p>
------------------	--

	<p>l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;</p> <p>2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.</p>
Descrizione	<p>In attuazione di quanto previsto dalla LR. 14/2015 “Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari” nel corso dell’anno 2016 è stato approvato il 1^ Piano Integrato Territoriale del Distretto del Frignano contenente le linee programmatiche a sostegno del reinserimento al lavoro, inclusione sociale e autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità. L’attuazione, in via sperimentale, delle misure contenute nel PIT 2016 e delle modalità di lavoro integrate attraverso l’équipe multiprofessionale tra servizio sociale, sanitari e del lavoro , ha permesso di acquisire maggiori competenze utili per la definizione della programmazione triennale del Piano Integrato Territoriale del Distretto del Frignano 2018 - 2020 e Piano annuale delle attività 2018. Il PIT triennale 2018 – 2020 è stato approvato con Accordo di programma tra Unione dei Comuni del Frignano, Azienda Usl di Modena e Regione Emilia Romagna; il Piano annuale 2018 dal Comitato di Distretto in data 30.05.2018.</p>
Destinatari	<p>Famiglie e persone in condizione di fragilità secondo i criteri stabiliti dalle norme</p>
Azioni previste	<p>Come da indicazioni regionali la programmazione del Piano Integrato Territoriale 2018 – 2020 è stata oggetto di apposita approvazione con atto di Consiglio dell’Unione n. 9 del 28.05.2018. Di seguito si riportano le principali priorità individuate dal Piano, per un maggiore dettaglio si rimanda al documento allegato al Piano Povertà del Distretto del Frignano.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rafforzare le interconnessioni tra gli interventi e le misure previste dal Piano Integrato Territoriale con le progettazioni in atto in ambito sociale e sanitario a supporto dei percorsi di inclusione sociale; 2) creare un sistema di relazioni stabile con la rete del mondo produttivo presente sul territorio del Frignano che permetta di mettere a sistema le esperienze e le relazioni che ciascun servizio (CPI, Servizio Sociale e Servizio sanitario) ha creato in questi anni nell’ottica di una sempre maggiore integrazione con le risorse presenti sul territorio; 3) migliorare il processo di integrazione territoriale, organizzativo e professionale tra i servizi pubblici per il lavoro, sociali e sanitari anche attraverso rimodulazioni organizzative interne ai servizi; 4) rafforzare i confronti e gli scambi con il mondo del volontariato e dell’associazionismo locale, in quanto soggetti capaci di sostenere percorsi di inclusione sociale nell’ambito della più complessiva progettazione personalizzata messa in campo dai servizi, con particolare riferimento al tema dei trasporti; 5) rendere disponibili sul territorio opportunità formative grazie alle

	<p>6) misure contenute nella LR. 14/2015, che altrimenti, sia in considerazione delle difficoltà degli spostamenti legati alla peculiarità del territorio e sia all' assenza di sedi fisse di enti di formazione, non sarebbe possibile avere sul territorio del Frignano;</p> <p>7) attivare sistemi di confronto e relazione con le aziende ospitanti anche attraverso la collaborazione delle organizzazioni di terzo settore, degli enti di formazione e di altri soggetti del privato;</p> <p>Arrivare a livello distrettuale alla creazione e al consolidamento di una unica equipe integrata multidimensionale che veda il cittadino e il suo progetto personalizzato al centro nella sua interezza. Equipe unica che vede fuse la L.14/15, il REI e il RES.</p>
Eventuali interventi/ Politiche integrate collegate	Politiche sociali a contrasto della povertà (REI di cui al Dlgs. n. 147 del 15/09/2017/RES di cui alla LR. 24/2016) – Politiche del Lavoro – Politiche Sanitarie -Politiche di conciliazione – Politiche sull'Immigrazione
Istituzioni/ Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Modena/Distretto del Frignano – Centro per l'Impiego del Distretto del Frignano - Servizi Educativi comunali – ASVM/Centro Servizi Volontariato del Frignano – Cooperative sociali - Imprese del territorio del Frignano – Associazioni di cate
Referenti dell'intervento	Ricci Emanuela – Responsabile UDP - tel. 0536/29929 – e-mail ericci@unionefrignano.mo.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 16.648,90

- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: 16.648,90 €

Indicatori locali: 1

1°: confronti attivati

Descrizione: confronti con associazioni imprenditoriali del territorio

Tipo: Numerico

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

- **Obiettivo 2018:** 1

- **Obiettivo 2019:** 2

- **Obiettivo 2020:** 2



6. PROCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI ZONA DEL FRIGNANO



Fin dall'inizio della sperimentazione del "Community Lab", avviata nel corso dell'anno 2013, il Distretto del Frignano ha aderito al percorso promosso dalla Regione, spinto dalla consapevolezza della necessità di ripensare in maniera innovativa le proprie modalità di lavoro rispetto ai processi partecipativi nell'ambito della programmazione locale.

Quella di aderire al percorso promosso dalla Regione per lo sviluppo, nell'ambito della elaborazione del Piano di Zona distrettuale, di percorsi di programmazione partecipata, per il Distretto del Frignano è stata una scelta naturale, scontata rispetto ad un percorso ritenuto essenziale per poter innovare non solo il "modo" attraverso cui fare programmazione ma anche per costruire un Welfare pubblico capace di dare risposte nuove, diverse e diversamente pensate con la comunità del Frignano.

Inizialmente il Distretto del Frignano ha aderito al percorso promosso dalla Regione candidandosi su due percorsi specifici, ritenuti da tempo prioritari rispetto alle politiche del territorio:

- lo sviluppo delle due Case delle Salute "Cimone" e "Alto Frignano";
- lo sviluppo di un progetto complessivo, definito genericamente "Povertà", capace di mettere a sistema le azioni a contrasto della povertà sul Distretto del Frignano ma anche di individuare percorsi innovativi capaci di ampliare le risposte a favore delle fasce più fragili e vulnerabili della popolazione.

Negli incontri propedeutici all'avvio dei lavori per costruire il Piano di Zona della Salute e del Benessere sociale, si è fatta strada l'idea di applicare le pratiche partecipative non solo sui due percorsi candidati, ma su tutto il processo di costruzione del Piano, con l'intento di coinvolgere la cittadinanza quale referente privilegiato nella espressione dei bisogni e nella individuazione di azioni strategiche più vicine al territorio attraverso un ascolto attivo.

All'interno dello schema concettuale del Community Lab i due processi attivati rientrano nelle categorie/modalità macro e meso.

Organizzazione del processo partecipativo

Il primo passo per poter gestire il processo partecipativo, è stato quello di definire la composizione della Cabina di regia ristretta e della Cabina di regia allargata, coordinate dal Direttore del Distretto e dalla Responsabile dell'Ufficio di Piano e composte da tecnici dell'Ufficio di Piano e dell'Azienda Usl.



Fin dalle serate di avvio dei lavori per l'elaborazione del Piano, è stata fatta la scelta di aprire non con una tradizionale conferenza ma con gruppi di lavoro.

In considerazione delle caratteristiche del territorio del Frignano, si è scelto di fare 3 incontri di avvio dei lavori sui tre sub-ambiti distrettuali, organizzati in modo diverso per poter meglio rispondere alle differenze territoriali.

Per il sub – ambito del Basso Frignano (Comuni di Pavullo, Serramazzoni, Lama Mocogno e Polinago) è stato organizzato un incontro con gruppi di lavoro attorno alle 5 Aree di Intervento individuate dal Piano Sociale e sanitario regionale (Politiche per la prossimità e la domiciliarità, Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute, Politiche per promuovere l' autonomia delle persone, Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini; Qualificazione servizi). Ciascun gruppo è stato gestito da un coordinatore e/o un facilitatore.

Per i sub – ambiti dell'Alto Frignano sono stati organizzati 2 incontri, uno per ciascun sub – ambito (Fanano Sestola e Montecreto e Pievepelago, Fiumalbo e Riolunato), con un unico gruppo di lavoro su tematiche trasversali alle 5 Aree di intervento . I due gruppi sono stati gestiti da più facilitatori.

Alle serate sono stati invitati oltretutto i tecnici del sociale, del sanitario, i soggetti del Terzo Settore presenti sul territorio del Frignano Associazioni di Volontariato, di promozione sociale, le Organizzazioni Sindacali, persone conosciute, considerate particolarmente significative rispetto ai contenuti del Piano che si volevano sondare.

Una particolare attenzione è stata presta nella divulgazione degli incontri, cercando di adottare una modalità più informale con inviti via mail e rafforzando con telefonate, contatti diretti e passaparola per poter raggiungere il maggior numero di persone possibile non rientrando nella relazioni consuete intrattenute dai dai servizi sociali e sanitari.

Le serate di avvio hanno consentito di coinvolgere persone nuove, non conosciute e di “aggangiarle” per i lavori successivi che hanno riguardato tavoli di lavoro su tematiche specifiche. Sono poi stati organizzati 10 gruppi di lavoro tematici. I gruppi di lavoro sono stati condotti da coppie di facilitatori (figure tecniche del sociale e del sanitario).

Accanto ai gruppi di lavoro sono stati organizzati 3 World Café, uno su ciascun sub – ambito distrettuale; inizialmente l'idea era quella di concentrare l'attenzione dei due world café pensati sui due sub – ambiti di Pievepelago e Fanano sulle Case della Salute e sul sub – am-



bito del basso frignano sulla “Povertà”, alla fine però è stato valutato opportuno, anche grazie alla supervisione regionale fatta sul percorso, di ampliare il confronto sul tema del “Benessere della Comunità”.

L'intero percorso partecipativo ha coinvolto complessivamente 274 persone tra operatori dei servizi sociali e sanitari, volontari del Terzo Settore e comuni cittadini.

Quanto è emerso dalle serate di avvio, dai tavoli di lavoro sulle singole tematiche e dai 3 World Café hanno consentito di approfondire i bisogni e le criticità presenti sul territorio distrettuale con riguardo ai singoli sub – ambiti distrettuali e di individuare non solo possibili azioni condivise sulle quali lavorare nel triennio, ma anche di definire le linee di priorità strategiche declinate nella precedente sezione 2).

Alla presente si allega il Report elaborato e trasmesso ai partecipanti dei percorsi partecipati svolti.

REPORT INCONTRI

PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA



Verso il nuovo Piano di Zona della Salute e del Benessere sociale 2018-2020

Il nostro percorso è iniziato con la candidatura di due progetti del nuovo Piano di Zona nella sperimentazione delle Linee guida del percorso regionale "Community Lab".

*Il **Community lab** è un metodo promosso dalla Regione Emilia-Romagna (Agenzia sanitaria e sociale regionale e Direzione generale Cura della persona, salute e welfare) a partire dal 2011 con la finalità di innovare le politiche pubbliche e agire processi collettivi, anche attraverso forme innovative di partecipazione delle comunità locali.*

*Il **Community lab** ha lo scopo di creare opportunità e condizioni affinché i contesti locali (distretti socio-sanitari, unioni di comuni, comuni singoli, quartieri, strade, condomini) possano innovare i rapporti fra istituzioni e cittadini e accrescere il contributo della comunità al cambiamento nelle politiche pubbliche e nelle organizzazioni che si occupano di servizi sociali e socio-sanitari.*

Gli oggetti di lavoro individuati dal Comitato di Distretto da approfondire attraverso le metodologie del Community Lab sono stati "La Casa della salute" e la "Povertà".

Tuttavia fin dai primi incontri della Cabina di Regia che ha coordinato le fasi per la costruzione del Piano di Zona, si è fatta strada l'idea di applicare questa modalità operativa all'intero processo di elaborazione del documento.

L'insoddisfazione legata alle esperienze degli anni precedenti, in cui l'Ufficio di Piano aveva condiviso i contenuti del Piano di Zona attraverso tavoli di lavoro meno improntate al confronto e allo scambio, ha sollecitato la "voglia" di sperimentare modalità nuove per raggiungere realmente gli altri attori coinvolti e creare percorsi partecipati, sia in fase di programmazione, sia di attuazione e a volere coinvolgere la cittadinanza quale referente privilegiato nella espressione dei bisogni e nella individuazione di azioni strategiche.

Fin dall'avvio del percorso sono stati organizzati **tre incontri di subambito a Pavullo, Fanano e Pivepelago**.

La partecipazione agli incontri è stata più che soddisfacente (94 partecipanti) ma soprattutto si sono potuti osservare un interesse ed un gradimento inaspettati sia da parte delle associazioni che dei cittadini intervenuti.

Nel fare gli inviti è stata utilizzata una modalità più informale: la mail inviata è stata rafforzata con telefonate, contatti diretti e la richiesta di coinvolgere, attraverso il passaparola, che potessero essere interessate a portare la propria opinione.

Alla serata di Pavullo dove erano presenti 50 persone (rappresentanti di associazioni, OO.SS, cittadini, etc.), le persone sono state invitate a suddividersi in gruppi spontanei; ogni gruppo è stato gestito dal coordinatore di un'area tematica di intervento in cui è

suddiviso il Piano, e da un altro facilitatore, con compiti di verbalizzazione e tenuta dei tempi.

Il coordinatore, dopo avere approfondito brevemente i contenuti dell'area, proponeva due domande:

- *secondo voi, rispetto a queste tematiche, su questo territorio che bisogni ci sono?*
- *cosa potremmo fare e chi potremmo coinvolgere?*

***"cerchio di condivisione"** (tecnica che si basa sui concetti di non gerarchia , inclusività e rispetto per gli altri).*

Seduti in cerchio viene definito un "oggetto parlante" (qualsiasi oggetto) che simbolicamente dà, a chi lo tiene in mano, il diritto di parola, al termine viene passato a un vicino che, se lo desidera, parla oppure lo passa a sua volta.

Al termine del giro l'oggetto viene rimesso a centro e può essere raccolto da chi vuole aggiungere qualcosa o da chi lo aveva passato senza intervenire.

Rispetto ai bisogni del nostro territorio sono emersi bisogni ricorrenti, percepiti da tutti i partecipanti :

- anziani isolati e soli; carenza di informazioni sui percorsi socio sanitari; bisogno di ascolto dei cittadini da parte delle istituzioni; mancanza un coordinamento tra le risorse; informazioni sui servizi e sui percorsi socio sanitari , frammentate e poco fruibili; mancanza di risorse economiche e di una partecipazione attiva della cittadinanza ma anche di strumenti per potere partecipare; difficoltà di inclusione delle fasce più deboli con problematiche economiche.

Convergenze tra tutti i confronti intervenuti all'interno dei singoli gruppi di lavoro, si sono ritrovate anche rispetto a **possibili proposte** per individuare linee di lavoro condivise:

- raggiungere i cittadini nelle loro realtà e creare una rete territoriale; utilizzare modalità di approccio diversificate per potere raggiungere tutti; coinvolgere la scuola e sensibilizzare i giovani sui temi della solidarietà; creare maggiori punti informativi anche non istituzionali.



Alla serata di Fanano erano presenti 14 persone e ai partecipanti, raccolti in cerchio in un unico gruppo, sono state poste le domande su quali siano i bisogni del loro territorio e quali proposte avessero.

I **bisogni** principali sembrano riguardare i disabili e anziani che vivono isolati, la diminuzione dei volontari (*"si va tardi in pensione e sono richieste competenze sempre più alte"*), gli spazi, non necessariamente fisici, di aggregazione giovanile e lo scarso co

involgimento delle famiglie, l'integrazione della popolazione straniera in particolare dei profughi, la mancanza di un servizio sociale più inserito nel territorio e di servizi sanitari più vicini, soprattutto per la popolazione anziana, mancanza di alcuni Servizi Sanitari.

Le principali **proposte** emerse sono:

- necessità di una maggiore informazione e formazione ai giovani per fare prevenzione; servizi più vicini anche per sollevare le associazioni di volontariato rispetto alle difficoltà di garantire i trasporti sociali; più attività promozionale nelle scuole per avvicinare i ragazzi al volontariato; sportello sociale "più visibile" e capace di porsi in quanto " antenna" dei bisogni del territorio; maggiore integrazione tra servizio sociale e Casa della Salute in particolare un maggior interfaccia tra assistente sociale e MMG; maggiori informazioni sui percorsi (adolescenti, violenza di genere.....).

Rispetto ai giovani, viene sollecitata una maggiore collaborazione tra i tre comuni del sub ambito per sviluppare progetti comuni ed emerge il bisogno di un "senso più ampio di comunità" capace di superare i campanilismi " *un servizio in un comune non deve essere alternativo ad un'altro ma risorsa comune*".



La serata di Pievepelago ha visto la partecipazione di 30 persone ed anche in questa occasione, ai partecipanti, raccolti in cerchio in un unico gruppo, sono state poste le domande su quali fossero i bisogni del loro territorio e quali proposte avessero.

Come **bisogni** sono stati evidenziati:

- i pochi servizi per la popolazione anziana ma anche poca conoscenza dei bisogni da parte della popolazione stessa, la mancanza di spazi di aggregazione per i giovani e di un privato che investa, l'aumento della popolazione straniera, ma non solo, con difficoltà economiche, il calo demografico e l'abbandono del territorio da parte dei giovani. Un diffuso senso di solitudine per tutti ma soprattutto per i giovani e gli anziani, la percezione di essere penalizzati nell'offerta dei Servizi perchè numericamente poco rappresentativi, l'assenza di politiche per la famiglia maggiormente strutturate, il problema dell'abuso di sostanze tra i giovani e del "gioco". La presenza della "Casa della salute" che non ha aumentato o modificato l'offerta dei servizi da quando si chiamava poliambulatorio e non risponde alle reali esigenze del territorio.

Le **proposte** emerse sono:

- Necessità di fare una mappatura dei bisogni più puntuale per individuarne la reale portata e poterli anticipare; favorire e incentivare le associazioni sportive grazie alle quali, negli ultimi anni, si sono creati punti di aggregazione giovanile e nuove opportunità; una maggiore solidarietà tra i Comuni per mettere insieme le risorse; creare un centro diurno per anziani per favorire occasioni di incontro e socializzazione; avvicinare maggiormente i servizi alla popolazione.

A questo punto del percorso, vista la partecipazione e la reciproca soddisfazione, si è deciso, ma solo nel basso Frignano, di applicare questa metodologia di lavoro anche ai



tavoli tematici che avevano l'obiettivo di approfondire specifici temi legati alle schede di indirizzo regionali.

Gli incontri sono stati 8 e si sono svolti seguendo la stessa linea delle serate di presentazione:

gli inviti sono stati diretti, si è cercato di favorire il più possibile l'eterogeneità dei partecipanti attraverso un clima di scambio e fiducia "alla pari" tra le persone. Complessivamente i partecipanti sono stati 121.

Idee e stimoli dei Tavoli Tematici



Siamo poi entrati nel merito delle due specifiche schede presentate per il percorso specifico della programmazione partecipata del Community Lab: quelle della **Casa della Salute** e quella della **Povertà** per le quali ci siamo avvalsi della supervisione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione.

Abbiamo condiviso di organizzare tre **World café** uno per ogni sub ambito territoriale del Distretto, dal titolo : "**Le relazioni che generano salute e benessere**" con due domande:

- "cosa serve ad una comunità per essere in salute?"
- "cosa posso fare io e cosa possiamo fare insieme"

***Il World Café** è un metodo semplice ed efficace nel dar vita a conversazioni informali, vivaci e costruttive, su questioni e temi che riguardano la vita di un'organizzazione o di una comunità. Particolarmente utile per stimolare e promuovere partecipazione ed empowerment sociale.*

In pratica viene ricreata l'ambientazione intima e accogliente di un caffè, con tavolini adatti ad ospitare ognuno dalle 4 alle 6 persone. I tavolini sono disposti in modo libero in una stanza e sono dotati di materiali per annotare, disegnare, scrivere, in altre parole, per fissare le idee.

L'intero processo può durare da un'ora e mezza a 4 ore. I partecipanti, che devono essere come minimo 12 (fino a raggiungere anche un numero di diverse centinaia), discutono i temi in piccoli gruppi, seduti intorno ai diversi tavoli, per sessioni consecutive. Ogni 20-30 min, ad intervalli regolari, i partecipanti ruotano da un tavolo all'altro costituendo così nuovi gruppi.

World caffè di Pievepelago



Il World caffè di Fanano



Il World café di Pavullo



Sintesi dei contenuti emersi nei World café

Gli incontri, pur con le peculiarità proprie dei tre sub ambiti territoriali , hanno evidenziato punti in comune.

Per quanto concerne la prima domanda: **"cosa serve ad una comunità per mantenersi in salute"**, per tutti i partecipanti sono di primaria importanza i rapporti umani capaci di vincere la solitudine, e l'idea che le relazioni profonde di scambio riuscirebbero, almeno in parte, ad attivare risorse a favore di persone o situazioni "fragili".



La chiusura, la diffidenza, gli impegni di ogni giorno portano ad ignorare le situazioni vicine che avrebbero bisogno di aiuto pertanto è necessario recuperare dei rapporti di "buon vicinato" per ricostruire una rete di relazioni che si è andata perdendo.

Mettere in rete le associazioni, le istituzioni e i singoli sulla base dei bisogni, superare la settorializzazione a favore di un volontariato in senso lato, il settoriale è un limite, serve una rete a 360°.

Creare situazioni di scambio tra cittadinanza e istituzioni per "dare voce" e consentire una partecipazione attiva della cittadinanza nelle decisioni.

Creare dei flussi comunicativi che stimolino scambio e confronto tra i soggetti della rete, cittadinanza attiva quale strumento per dialogare con gli enti.

Un altro punto su cui tutti i partecipanti si sono trovati d'accordo è che le informazioni relative ai Servizi e ai percorsi socio - assistenziali sono spesso frammentate e poco fruibili pertanto punti di accesso per queste informazioni più visibili e più capillari sarebbero uno strumento efficace per una comunità "competente" con riferimento alle opportunità di cura da un lato e di offerta di aiuto dall'altro.

Anche sulla seconda domanda **"cosa posso fare io e cosa possiamo fare insieme"** i punti di incontro sono molteplici: si spazia dal valorizzare e recuperare occasioni di socializzazione delle realtà locali (cinema, circoli, associazioni sportive...) al "proteggere" il territorio del Frignano (in particolar modo l'Alto Frignano) affinché sopravviva con azioni che favoriscano il lavoro e tengano i giovani legati ai propri paesi. Il riportare sul territorio attività che si sono perse e creare delle "eccellenze", implementare gli aiuti alle famiglie (con figli, con anziani, con disabili) favorendo il più possibile occasioni di sollievo e supporto per superare il rischio di emarginazione e solitudine. Il realizzare progetti di socializzazione per le persone anziani per contrastare l'isolamento, non solo ambientale.

Investire poi sui giovani, "accogliere le idee delle nuove generazioni", coinvolgere le scuole e impegnarsi a cercare i canali più adeguati es. Internet o contesti informali, favorire occasioni di ascolto, dare spazio e favorirne l'espressività e la creatività, riuscire a delegare e a dare fiducia.

E' significativo come in nessuno dei world café abbia preso il sopravvento un atteggiamento di delega alle Istituzioni, i partecipanti si sono messi in campo in prima persona, hanno posto l'accento sul "dare e avere", al guardarsi intorno, al non avere paura a proporsi e nemmeno ad accettare l'aiuto degli altri ("fidarsi").

Passare dalle parole ai fatti, appartenere a un gruppo, fare volontariato in senso ampio. Poi non stancarsi mai di "chiedere alle istituzioni" , ma in un ottica di scambio e collaborazione pertanto pensare a spazi e canali dove concretizzare ciò.

Nei territori dell' Alto Frignano si è posto l'accento anche sulle "**Case della Salute**" e alle loro potenzialità in quanto punti strategici della rete: i servizi e le prestazioni all'interno della Casa della Salute devono essere implementati secondo le esigenze del territorio ed anche in modo sporadico sulla base dei bisogni che possono modificarsi nel tempo per costruire servizi più elastici e dinamici, servizi sempre più vicini alla cittadinanza. Tutti i presenti hanno concordato sul fatto che affinché un territorio possa sopravvivere, deve essere protetto e ancora più importante è superare i campanilismi, anche formalmente, perché questo aumenterebbero le risorse a favore di tutti.

Promuovere iniziative culturali, di divertimento, opportunità di socializzazione, recuperare tradizioni, partecipare uniti alla realizzazione di eventi.



7. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

La costruzione di un sistema di valutazione e di monitoraggio parte da tre assunti fondamentali:

- valenza strategica: la valutazione è un'azione strettamente connessa alle attività di programmazione/progettazione ed implementazione del Piano di Zona;
- utilità per il processo decisionale: la valutazione deve risultare utile agli enti decisori, deve cioè produrre dati e informazioni utili a riprogettare il futuro;
- capacità euristica: la valutazione aiuta a comprendere meglio scelte fatte e le loro implicazioni, aiuta ad individuare che cosa funziona e che cosa non funziona; aiuta a scoprire aspetti nuovi.

Queste premesse, indirettamente, fanno comprendere che nella costruzione di un processo valutativo è necessario utilizzare metodologie miste basate su più strumenti e più fonti informative, alcune già presenti e altre da attuare.

Già nel Piano di Zona 2009 – 2011 si era cercato di costruire un processo valutativo e di monitoraggio che tenesse in debita considerazione gli elementi sopra meglio descritti, in particolar modo rispetto al Fondo Regionale della non autosufficienza.

Le modifiche introdotte dalla Regione rispetto al sistema di monitoraggio e di valutazione richiedono di:

- allineare il sistema di monitoraggio esistente al sistema approntato dalla Regione rispetto agli indicatori inseriti nelle schede di intervento;
- allineare gli indicatori previsti dagli altri documenti di programmazione strategica che regolano l'attività dell'Unione dei Comuni del Frignano (Documento Unico di Programmazione e Piano esecutivo di gestione) agli indicatori inseriti nelle schede di intervento;
- di ridefinire, in considerazione della modificata impostazione del Piano di Zona 2018 – 2020, il sistema di valutazione nel suo complesso anche alla luce del percorso di programmazione partecipata avviato sul territorio distrettuale.

Nello specifico si procederà a:

- monitorare gli indicatori inseriti nelle singole schede operative di intervento sulla base dei tempi che verranno fissati dalla Regione;
- costruire un sistema per la valutazione che tenga conto del fatto che alcuni obiettivi contenuti nel Piano sono obiettivi immediatamente operativi, altri invece necessitano, in quanto in fase ancora embrionale, di declinazioni operative che richiederanno, anche rispetto al sistema di valutazione, una condivisione fra tutti i soggetti istituzionali e non che hanno partecipato alla loro individuazione.



8. FONTI DI FINANZIAMENTO

Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 165.360,89	€ 3.500,00			€ 15.100,00	€ 14.540,00	€ 56.100,00	€ 254.600,89
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 113.511,28				€ 19.845,99	€ 150.010,26		€ 283.367,53
Servizi educativi 0-3		€ 72.272,45							€ 72.272,45
Centri per le Famiglie									€ -
Centri Antiviolenza									€ -
Lotta alla tratta									€ -
Carcere									€ -
Quota di cofinanziamento del Comune sede di carcere (Almeno 30%)									€ -
Compartecipazione utenti		€ 474.047,44			€ 30.248,24				€ 504.295,68
Fondo FAMI									€ -
Quota Fondo povertà nazionale (Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2)									€ -
Quota povertà regionale LR24/16									€ -
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3							€ 31.840,67		€ 31.840,67
Fondi FSE POR - LR 14/2015									€ -
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15 (Almeno 10% del totale FSE assegnato)							€ 16.648,90		€ 16.648,90
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-									€ -
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)			€ 36.373,00						€ 36.373,00
Programma gioco d'azzardo patologico								€ 22.805,55	€ 22.805,55
FRNA			€ 1.614.128,72		€ 2.728.300,97				€ 4.342.429,69
FNNA			€ 187.988,00		€ 187.988,00				€ 375.976,00
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA			€ 155.841,17		€ 927.539,26				€ 1.083.380,43
AUSL (specificare)									€ -
Altri fondi regionali (specificare)									€ -
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)									€ -
Altri fondi statali/pubblci (Fondi MLPS Vita indipendente)			€ 10.912,00						€ 10.912,00
Altri soggetti privati (Esclusa contrib. utenti) (specificare)									€ -
Altri fondi europei									€ -
Altri finanziamenti (Progetto Fondazione Cassa di Risparmio di Modena)							€ 45.679,36		€ 45.679,36
Unione di comuni (specificare)		€ 601.365,93	€ 340.558,81	€ 47.874,27	€ 428.454,98	€ 36.449,60	€ 105.866,95	€ 300.177,59	€ 1.860.748,13
Gestione associata (specificare)									€ -
Comuni Distretto servizi 0 - 3 - Risorse proprie -		€ 838.677,98							€ 838.677,98
Totale lordo (con compartecipazione utente)		€ 2.265.235,97	€ 2.349.301,70	€ 47.874,27	€ 4.302.531,45	€ 71.395,59	€ 364.586,14	€ 379.083,14	€ 9.780.008,26
Totale netto (senza compartecipazione utente)		€ 1.791.188,53	€ 2.349.301,70	€ 47.874,27	€ 4.272.283,21	€ 71.395,59	€ 364.586,14	€ 379.083,14	€ 9.275.712,58