

# PrendiaMOci Cura

LINEE DI INDIRIZZO PER IL  
WELFARE DEL COMUNE DI  
MODENA 2021-2024

NOVEMBRE 2020

## SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1. Gli attuali indirizzi programmatici del Comune .....	5
2. Welfare, un contesto che cambia.....	7
2.1 Gli anziani nel prossimo ventennio. ....	7
2.2 La povertà e il reddito di cittadinanza (RdC).....	8
2.3 Il Terzo settore nel <i>welfare</i> . La co-progettazione. ....	10
2.4 I livelli essenziali .....	12
3. Non Autosufficienza: CRA e servizi domiciliari.....	14
3.1 CRA e Covid-19.....	14
3.2 Un progetto per i servizi domiciliari .....	17
4. Famiglie con Minori: una sfida educativa.....	22
5. Casa e problemi abitativi .....	25
6. Immigrazione e inclusione .....	29
7. Un nuovo ruolo per gli/le assistenti sociali .....	32
8. Governance: un raccordo basato sul distretto socio- assistenziale.....	34
8.1 Integrazione con la sanità.....	35
9. Integrazione tra settori e coordinamento con enti esterni 36	
9. Conclusioni .....	39
Allegati .....	42
1. Servizi Sociali erogati dal Comune di Modena al 1° settembre 2020.....	42
2. Impegni finanziari.....	46

## PREMESSA

La Giunta Comunale si propone l'obiettivo di aggiornare le Linee di Indirizzo del Settore Servizi Sociali, alla luce dei cambiamenti del contesto economico e sociale dell'anno, che incidono tuttora sulla comunità cittadina.

Le Linee di Indirizzo non intendono descrivere tutte le attività del settore Servizi Sociali, ma si concentrano sulle strategie principali, delineando un piano strategico che traghetti il settore fino al 2024. L'auspicio dell'Amministrazione Comunale è di coinvolgere il più ampio numero di cittadini in una discussione approfondita e costruttiva, poiché su tali temi è in atto un ampio dibattito nazionale e regionale, stimolato anche dalla necessità di non disperdere le opportunità finanziarie.

In linea generale, l'Amministrazione intende operare per una riorganizzazione dei servizi basata su due criteri generali: la trasparenza e la personalizzazione.

La trasparenza deve riguardare le regole: la Carta dei Servizi, l'accessibilità dei cittadini a regolamenti, convenzioni, co-progettazioni, bandi e avvisi pubblici, impegni di spesa, dati sui processi (numero interventi, persone trattate e prese in carico, nuclei familiari coinvolti, progetti) e caratteristiche dei beneficiari. La modulistica di settore potrà anche essere compilata ed inviata direttamente on line.

La personalizzazione riguarda le modalità del servizio, e cioè l'orientamento non verso servizi standard uguali per tutti, ma verso un sistema flessibile, in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini in modo personalizzato.

È ovvio che, essendo in atto in tutta Europa una riflessione sulla necessità di adattare i servizi sociali ai nuovi bisogni, il Comune di Modena non potrà non tener conto di quanto emergerà a livello europeo, nazionale e regionale. A tale riflessione il Comune di Modena intende contribuire in base alla esperienza, pronto a cogliere le opportunità o a reagire alle eventuali minacce di una crisi sociale persistente e insidiosa.

Il contenuto di questo documento si ispira inoltre alla visione lungimirante dell'Agenda 2030, firmata nel 2015 in sede ONU. L'Agenda dettaglia gli obiettivi per un mondo libero dalla

povertà, dalla fame, dalla malattia; un mondo dove l'accesso all'istruzione di qualità, all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale siano diritto di tutti; una crescita economica duratura e sostenibile. In particolare, si è fatto riferimento agli obiettivi che prevedono la fine della povertà, della fame, della disparità di genere, il diritto alla salute, all'educazione e alla disponibilità di acqua e a sistemi di energia economici e sostenibili. Gli obiettivi che puntano alla riduzione delle ineguaglianze e alla promozione di società pacifiche e inclusive si basano sulla documentata evidenza che solo una società più giusta consentirà lo sviluppo dell'economia sostenibile, in cui il rispetto per le persone non potrà non andare a braccetto con il rispetto della Terra.

# 1. GLI ATTUALI INDIRIZZI PROGRAMMATICI DEL COMUNE

Benché articolata prima dell'emergenza Covid-19, la strategia della Giunta, contenuta negli indirizzi di governo 2019-24, era già impostata con chiarezza sul processo di modernizzazione del *welfare*. L'emergenza pandemica e il successivo arresto economico non hanno che accentuato e reso più urgente la realizzazione dei suoi obiettivi.

La strategia è imperniata infatti sulla realizzazione di un *welfare* universale, i cui pilastri sono il SSN, il sistema socioassistenziale locale, il sistema dell'istruzione e il sistema pensionistico e del mercato del lavoro, per i quali va superata la frammentazione degli interventi, da integrare a livello locale. I punti cruciali degli attuali indirizzi quinquennali sono in sintesi:

- gli interventi sono diretti alla persona, ma la famiglia è l'unità d'analisi a cui ricondurre i diversi interventi;
- il ruolo del Terzo Settore;
- il servizio abitativo per giovani coppie, studenti, con aumento di ERP ed ERS; recupero del patrimonio pubblico non utilizzato, Acer, Agenzia Casa, Fondo affitto; liste di attesa e morosità;
- la sanità: ospedale unico, Casa salute, hospice, Osco;
- gli anziani non autosufficienti: lunghe liste di attesa, necessità di nuovi posti;
- l'aumento dell'assistenza domiciliare sia sanitaria che assistenziale e tutela disabilità;
- i minori e condizione giovanile;
- il contrasto alla povertà e il Reddito di Cittadinanza.

Oltre al rafforzamento degli interventi di emergenza per lavoratori dipendenti e autonomi, a cui vanno aggiunti i bonus spesa, il bonus famiglia e vari altri bonus, bisogna ripensare l'intervento economico del Comune e monitorare la sua efficacia.

La pandemia ha reso più acuti problemi già individuati, ma la reazione delle istituzioni europee e del Governo mette ora a disposizione nuovi strumenti e risorse, per cui diventa fondamentale l'esigenza di spendere bene, piuttosto che

spendere comunque. Tutta la comunità si senta quindi chiamata alla corresponsabilità per il bene comune.

Il moderno *welfare* ha a che fare con il benessere, un concetto più ampio di quello di assistenza; diversi sono gli attori (istituzioni, volontariato, Terzo Settore, forze sociali ed imprese) chiamati a concorrere, tanto più quando le risorse pubbliche sono limitate.

Col termine “risorse” non ci si riferisce solo a quelle finanziarie: esse derivano anche dalla disponibilità di energie personali e collettive presenti e attivabili nella comunità. Il Settore Servizio Sociale si propone di coinvolgere la società civile per costruire azioni di *welfare* comunitario, nella convinzione che è importante pensare in modo integrato alla soluzione dei problemi della città. Se un insegnamento viene da questa pandemia, come da altri momenti della storia di Modena (alluvioni, terremoto, ecc.), esso è che sui temi dell’immunità, della protezione, della sicurezza, nessuno si salva da solo.

Per il raggiungimento degli obiettivi è necessario il concorso delle politiche pubbliche in ambito sanitario, educativo, abitativo, lavorativo. Le sole politiche sociali non sono in grado di incidere in misura significativa sulle criticità esistenti senza una profonda integrazione tra interventi sociali e sanitari, senza una costante collaborazione con gli istituti scolastici e del sistema formativo, senza una politica abitativa che tenga conto delle esigenze dei soggetti più fragili, senza un mercato del lavoro attento ad integrare tutte le energie disponibili.

Le istituzioni sono allora chiamate nel lavoro di comunità a far crescere fra i cittadini nuove disponibilità a collaborare, nuovi partner in grado di affiancarsi ai soggetti già presenti.

È altrettanto evidente che il sistema pubblico, impoverito nelle competenze e nella forza da tre decenni di tagli, deve essere rafforzato e qualificato, perché sia in grado di svolgere il proprio compito in questo momento di grandi, e non sempre positivi, mutamenti.

## 2. WELFARE, UN CONTESTO CHE CAMBIA

Benché il Comune di Modena abbia una spesa pro-capite per servizi sociali tra le più elevate della regione, la realtà cambia in continuazione e richiede la capacità dei servizi di adattarsi e cogliere le nuove sfide. Due sono strutturali: demografia (invecchiamento e immigrazione) ed economia (disuguaglianza, crescita, Terzo Settore); una, la pandemia, è sì congiunturale, ma avrà ripercussioni di lungo periodo.

### 2.1 Gli anziani nel prossimo ventennio.

I mutamenti sociodemografici più rapidi e importanti che nel prossimo ventennio - oltre al fenomeno migratorio - interesseranno la popolazione anziana italiana saranno:

- aumento del 50% delle persone con più di settant'anni;
- incidenza degli anziani in Emilia-Romagna nel 2050 dall'attuale 22% al 34%;
- aumento dell'età media della popolazione residente in Regione, oggi di 46 anni;
- accentuata crescita in Emilia-Romagna della popolazione con 85 anni e più: da 173.000 del 2016 (pari al 3,9%) a 397.000 nel 2066 (pari al 9,1%);
- aumento degli anziani coniugati, a fronte di una sostanziale stabilità del numero degli anziani non coniugati;
- aumento degli anziani senza figli o con un solo figlio;
- aumento degli anziani istruiti, in buone condizioni economiche, proprietari di casa (i laureati ultrasettantenni passeranno dal 25% al 50% in vent'anni).

Nonostante il contestuale miglioramento degli anni di vita in salute, la crescita del numero degli anziani e della loro età aumenterà il peso finanziario dell'assistenza per chi dovrà farsene carico, specialmente se c'è un solo figlio, a fronte di salari o pensioni decurtati da lavori precari, saltuari ecc.

Crescerà anche la necessità di un'offerta pubblica di assistenza domiciliare, per integrare l'assistenza privata, con servizi sia di tipo medico-infermieristico, sia più tipicamente assistenziali (come i pasti a domicilio). Inoltre, largo spazio ci sarà anche per servizi complementari, erogati dal Terzo Settore e dal Volontariato, ad esempio per l'accompagnamento a visite mediche, la gestione di spazi pubblici di ritrovo, ma anche per la semplice compagnia.

## 2.2 La povertà e il reddito di cittadinanza (RdC)

Dopo la crisi finanziaria del 2008 la disuguaglianza è aumentata fortemente nel mondo e in particolare in Italia. Le persone in condizioni di bisogno sono passate da 1,8 a 5 milioni. Si è formato un esercito di "lavoratori poveri" (e precari), in gran parte persone giovani e di genere femminile che, pur lavorando, faticano a garantire l'autonomia familiare e sono vulnerabili rispetto agli imprevisti o alle emergenze. La povertà dei giovani ha oggi superato quella degli anziani.

Recenti e accurati studi, ponderando questi fattori, inducono a ritenere che il rischio di povertà sia in notevole aumento negli ultimi mesi e che coinvolga fasce sociali già in forte difficoltà: giovani, lavoratori precari e a tempo determinato; mentre più protetti dovrebbero essere, come nella precedente crisi del 2008-2013, i dipendenti pubblici e i pensionati.

Ci sono due misure di povertà. La povertà assoluta esprime il numero di persone che non possono sostenere le spese minime necessarie a procurarsi beni essenziali e vivono al di sotto di uno standard di vita accettabile. La povertà relativa indica coloro che hanno risorse inferiori alla metà del consumo medio pro-capite (o del 60% del reddito mediano), ed è piuttosto una misura di disuguaglianza. Mentre negli ultimi 15 anni in Italia la povertà relativa non è sostanzialmente cambiata (14%), le persone in povertà assoluta sono più che raddoppiate (dal 3,3% al 7,9%).

Secondo ISTAT (2019), nelle città di media dimensione del Nord Est, tra cui è compresa Modena, la povertà assoluta è il 5,1%. Per Modena significa all'incirca 4.330 nuclei familiari, quasi 10mila persone. Oltre il 10% sono nuclei con minori, i cui



capofamiglia sono disoccupati o operai; gli italiani sono il 70%, il resto sono stranieri. La gran parte vive in affitto.

Se storicamente la povertà era una prerogativa di pochi gruppi sociali (disoccupati, anziani, aree geografiche circoscritte), oggi è diventata trasversale. Nella metà delle famiglie povere c'è una persona che lavora e sono cresciute le famiglie povere con minori. La quota di anziani è rimasta stabile dal 2005, mentre è cresciuta quella dei giovani e si evidenzia una correlazione inversa tra età e povertà (lo conferma tra l'altro uno studio del Capp-Unimore svolto in collaborazione col Comune nel 2018).

Non si tratta di innescare guerre tra poveri, ma di osservare come si modifica la disuguaglianza. Questa realtà che cambia sotto i nostri occhi dovrebbe consigliare politiche pubbliche che rafforzino i livelli di protezione sociale delle famiglie più giovani e aumentino l'investimento nel capitale umano dei giovani. Questa analisi ha due implicazioni anche per il Comune, in quanto induce ad individuare nei giovani e nelle donne le priorità di orientamento dei servizi pubblici.

Le statistiche aiutano a circoscrivere l'entità della povertà ma non esauriscono la descrizione del fenomeno. Esse vanno affiancate da due considerazioni. Anzitutto la povertà economica è correlata ad una vita più breve, all'analfabetismo, all'esclusione, all'invisibilità sociale, alla vulnerabilità, al dolore, alla separazione. È spesso una condizione di paura e di disperazione. In secondo luogo, si deve tenere conto del peggioramento delle condizioni economiche di chi vive appena al di sopra della soglia di povertà. L'arretramento dei redditi delle famiglie di circa il 6% rispetto a vent'anni fa, e mai recuperato, fa sì che molte aree della società che si sentivano abbastanza sicure, ora non lo sono più. Quindi la preoccupazione di "cadere" è diffusa anche al di sopra della soglia di povertà.

Il trasferimento monetario (prima REI, oggi RdC) è una conquista storica fondamentale, sia per l'estensione della platea sia per la rilevanza degli importi mobilitati. Ma proprio per la sua caratteristica multidimensionale, la povertà non può essere affrontata solo con trasferimenti monetari o con l'inclusione lavorativa - certo imprescindibili - ma con la capacità di presa in carico e di inclusione dei servizi sociali territoriali.

L'auspicio è che, dopo la prima sperimentazione, siano corretti i limiti del Reddito di Cittadinanza, che oggi intercetta non più

della metà delle famiglie in povertà assoluta, non inserisce nel mercato del lavoro, è una misura essenzialmente individuale e poco sensibile al carico familiare. L'Amministrazione Comunale pertanto condivide le tre proposte principali di correzione al RdC avanzate da numerosi attori della società (riuniti nell'Alleanza per la Povertà), che riguardano un adeguamento della scala di equivalenza, in quanto i nuclei numerosi sono penalizzati; l'allentamento delle norme troppo restrittive per gli stranieri; e l'analisi sociale del nucleo familiare da parte del *welfare* locale, con la maggior strutturazione dei percorsi di inclusione sociale, oltre a quelli di inclusione lavorativa dei Centri per l'Impiego. Su questo l'Amministrazione è impegnata a ridisegnare il profilo dei percorsi, per un buon uso delle risorse del FNS, assegnate alla Regione e in via di assegnazione ai comuni e che per il 2020 in pratica raddoppiano, per far fronte al maggior carico del RdC.

Al momento, i beneficiari del RdC a Modena sono 1.900 persone appartenenti a 700 famiglie, di cui solo la metà già in carico ai servizi sociali.

## 2.3 Il Terzo settore nel *welfare*. La co-progettazione.

Il mondo delle Istituzioni non profit (Terzo Settore) cresce di peso nell'economia ed occupa 853mila dipendenti nel 2018 (Istat, 2020), di cui il 37,3% opera nell'assistenza sociale e protezione civile e il 21,8% nella sanità, in gran parte alle dipendenze di cooperative sociali. In Emilia-Romagna si tratta di 31.400 lavoratori nell'assistenza sociale e 17.600 nella sanità, oltre il 60% del totale di 81.500 dipendenti; in proporzione, per Modena città si supera la cifra di 2.000 addetti. Le imprese sociali hanno un maggior numero di dipendenti rispetto alle organizzazioni di volontariato, in cui i lavoratori sono per il 90% volontari. L'ultima rilevazione Istat sul volontariato, pubblicata nel 2019 e riferita all'anno 2015, è disaggregata a livello regionale. Anche in questo caso si può ricavare un ordine di grandezza approssimativo sui volontari a Modena città nel settore dell'assistenza sociale, ipotizzando che in media valgano le stesse proporzioni regionali: la popolazione modenese di 16

anni e più è il 16% della popolazione regionale e il tasso di volontariato è mediamente uniforme nella regione (12%).

I volontari totali dell'Emilia-Romagna erano 473mila nel 2015 (tasso di volontariato pari a 12,2%); il numero comprende sia le attività profit (44%) che non profit (56%) in tutti i settori (sport, religione, sanità, assistenza sociale - che è il settore che ci interessa). Consideriamo solo le associazioni non profit, che nel settore assistenza sociale mobilitano circa 30mila volontari. Se ipotizziamo una distribuzione media omogenea in regione, il peso di Modena (16%) corrisponde a 4.670; togliendo la protezione civile (13%) rimarrebbero circa 4.050 volontari, di cui mille a Modena città, che svolgono un ruolo fondamentale prevalentemente nel trasporto e nella socializzazione. A questi vanno aggiunti i volontari cosiddetti informali, che aiutano singolarmente persone al di fuori di organizzazioni. Come si vede, sono numeri importanti per il settore dell'assistenza sociale.

Si sta delineando con maggior chiarezza normativa anche il ruolo del non profit quale terzo attore del *welfare*, dopo Stato e Mercato. Da un lato l'istituzione del Registro Unico nazionale spinge le associazioni di volontariato, solidarietà e assistenza a una gestione professionale e manageriale, basata su meccanismi operativi di valutazione e controllo, in grado di assicurare non tanto il profitto ma la loro sostenibilità finanziaria e organizzativa nel tempo. Dall'altro una importante sentenza della Consulta rende pienamente attuabile il disposto dell'art.55 del Codice Terzo Settore sulla co-programmazione, cioè la possibilità di apprestare, in relazione ad attività di spiccata valenza sociale, un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza ma a quello di solidarietà. Anche il Decreto 76/2020 (il cosiddetto "semplificazioni") interviene sul tema, prevedendo nel Codice dei Contratti la possibilità per i servizi sociali della co-progettazione.

Dice la Consulta che si instaura tra i soggetti pubblici e gli Enti del Terzo Settore e/o le loro reti associative, in forza dell'art. 55, un canale di amministrazione alternativo a quello del profitto e del mercato: la «co-programmazione», la «co-progettazione» e il «partenariato». Il modello configurato dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore non si basa sulla corresponsione di prezzi e

corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico.

È un terreno tutto da indagare e che potrebbe rivelarsi proficuo, fermo restando che si conferma la centralità della pubblica amministrazione nelle funzioni di regolazione, programmazione, garanzia di accesso, valutazione e controllo della qualità dei servizi.

Sarà pertanto compito dell'Amministrazione comunale promuovere momenti di approfondimento, anche attraverso percorsi formativi congiunti, affinché la co-programmazione, la co-progettazione e il partenariato possano essere uno strumento di attuazione del principio di cooperazione, collaborazione e sussidiarietà.

## 2.4 I livelli essenziali

Un importante emendamento al Decreto Rilancio, approvato dalla Camera dei deputati (emendamento n. 89.I), introduce il principio che i servizi sociali, socioassistenziali e sociosanitari per le persone con disabilità e per chi è in difficoltà, sono servizi pubblici essenziali, volti ad assicurare diritti costituzionalmente tutelati.

Ciò significa in concreto che la legge dovrà prevedere e implementare aspetti quali il servizio sociale professionale, il segretariato sociale per informare i cittadini, i servizi di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità, i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario. Tutti questi sono "diritti esigibili"; si tratta cioè di servizi che debbono essere obbligatoriamente realizzati in ciascun territorio.

Le Regioni hanno 60 gg di tempo per applicare il Decreto e da ciò ci aspettiamo anche un riconoscimento e un rafforzamento delle azioni che già il Comune ha anticipato volontariamente in questi ultimi anni.

È stato recentemente attivato ed è in via di sperimentazione anche a Modena il Servizio di Pronto Intervento Sociale, le cui linee guida nascono da un lavoro congiunto tra le forze dell'Ordine, i Presidi Sanitari e Sociali e il soggetto gestore, individuato tramite selezione pubblica.

## 3. NON AUTOSUFFICIENZA: CRA E SERVIZI DOMICILIARI

### 3.1 CRA e Covid-19

La pandemia che stiamo affrontando ha fatto emergere luci ed ombre del sistema dell'accreditamento regionale, con particolare riguardo alla gestione unitaria dei servizi e alla responsabilità gestionale in capo ai gestori. Auspichiamo un coinvolgimento degli Enti Locali nella revisione della normativa sull'accreditamento delle strutture residenziali che ospitano anziani non autosufficienti e disabili. Oltre ad un ripensamento dell'organizzazione degli spazi interni alle strutture, vanno garantite ai gestori le condizioni affinché tale responsabilità possa essere assunta. La Regione deve rimuovere alcuni limiti strutturali riguardanti la possibilità di reperire personale sanitario, con particolare riferimento agli infermieri professionali, insufficienti rispetto al fabbisogno, agendo sul Governo affinché questa carenza sul piano formativo e del percorso di studi sia colmata.

È necessario riqualificare i percorsi di studio per disporre di personale sociosanitario (infermieri e OSS) adeguato alla cura e assistenza di utenti sempre più fragili presenti; oltre alla qualificazione del personale, ne va migliorata l'incentivazione e la motivazione, anche attraverso adeguamenti salariali. Vanno rivisti anche i parametri assistenziali, ridotti a seguito dell'entrata in vigore delle norme regionali sull'accreditamento (i cosiddetti parametri di carico assistenziale o minutaggi).

Il ruolo di Direttore Sanitario del Medico di struttura è centrale. Oggi è un libero professionista nominato da AUSL, che non ha alcuna dipendenza funzionale e/o gerarchica né col gestore né con l'Azienda USL. Il suo profilo professionale andrebbe invece contrattualizzato per conciliare meglio la responsabilità unica gestionale del soggetto gestore con la funzione di governo clinico esercitata dal medico in qualità di Direttore Sanitario.

Il Comune di Modena intende essere parte attiva nella discussione a livello regionale che dovrà ridefinire le politiche per la non autosufficienza.

È fondamentale riaffermare il ruolo strategico di governo del Comitato di Distretto nella definizione delle Politiche per la non autosufficienza. Al Comitato di Distretto competono le funzioni di indirizzo, programmazione, regolazione e verifica, in stretto raccordo con la Conferenza Territoriale sociale e sanitaria.

Si apre un tempo nuovo, in cui rivedere la programmazione dei servizi a lungo termine, prefigurando l'evoluzione dei bisogni della popolazione, in quanto la realizzazione dei posti residenziali aggiuntivi richiede tempo per essere realizzata. Per la programmazione dei posti in CRA si può affermare che il fabbisogno complessivo ad oggi è di ulteriori 170 posti, fondato sulla base dell'andamento medio delle graduatorie di accesso degli ultimi tre anni e della stima delle liste d'attesa in possesso dei gestori per l'ingresso su posti privati. Tuttavia l'aumento delle persone ultrasessantacinquenni induce a prevedere che nel corso della legislatura avremo necessità almeno di ulteriori 40 posti rispetto ai 170 di fabbisogno attuale.

Il Comune, attraverso il Comitato di Distretto e congiuntamente con l'Azienda USL, deve svolgere un ruolo di indirizzo e governo, affinando le competenze per la regolazione e la verifica dei servizi erogati ai propri cittadini.

Le CRA devono essere inserite a pieno titolo all'interno dei sistemi sociosanitari territoriali e dovranno essere studiate nuove sinergie con gli Ospedali di Comunità e con le Case della Salute, per garantire ai cittadini la continuità della cura secondo logiche di reale presa in carico e di approccio multidisciplinare.

Finora il Fondo della Non Autosufficienza si è rivelato per Modena insufficiente e deve essere integrato con risorse del Comune. Nel 2020 è stato aumentato e verificheremo il suo livello di copertura.

Il Covid-19 costringe a ripensare i servizi residenziali senza perderne l'umanità caratteristica, basata sulla relazione e sul contatto con utenti e familiari, indispensabili per garantire all'anziano ospite in CRA il maggior benessere possibile. Il

riacutizzarsi della pandemia deve indurci a sperimentare nuovi strumenti di contatto e mantenimento del rapporto a distanza; vanno allestite per quanto possibile nuove postazioni per consentire almeno il contatto visivo.

Prioritario comunque è proteggere le CRA, che ospitano le persone più fragili, - spesso con più patologie - e quindi più esposte al rischio di morte in caso di contagio. Gli avvenimenti di queste ultime settimane anche a Modena dimostrano che il contagio in una CRA diventa molto difficile da arrestare. Sappiamo che l'ingresso del virus in una struttura protetta può dipendere da variabili non controllabili; è perciò cruciale la capacità di evitare il diffondersi dei contagi al suo interno.

In sintesi, si possono individuare gli elementi su cui concentrare le azioni:

- qualificazione e responsabilizzazione dei soggetti gestori attraverso la stabilità del personale, la formazione e aggiornamento di tutti gli operatori, l'immissione nel mercato del lavoro di un numero sufficiente di OSS e infermieri;
- ridefinizione di alcune attività attualmente svolte dagli infermieri e valutazione di quali eventualmente assegnare agli OSS, in modo da sopperire almeno temporaneamente alle carenze del numero degli infermieri;
- ripensamento, insieme ad ASL e Università, del percorso di studi per infermieri e OSS, per rafforzarne le competenze rispettivamente nel sociale e nell'ambito sanitario;
- potenziamento dei percorsi di cura integrati Ospedale-CRA per ridurre il più possibile il numero di accessi in Pronto Soccorso;
- assistenza medica qualificata, tramite selezione del personale medico e attivazione di contratti di dipendenza da parte del soggetto gestore o dell'AUSL, al fine di integrare meglio la gestione della CRA con la rete dei servizi sanitari;
- potenziamento dell'assistenza infermieristica e riabilitativa, con l'impegno a garantire appena possibile la presenza infermieristica h24 in tutte le CRA modenesi;



- ripensamento degli spazi interni delle strutture esistenti (aumento delle camere singole con bagno, creazione di ali compartimentate, diversificazione delle sale per le attività comuni, in modo da poter raccogliere piccoli gruppi ed evitare assembramenti, accessibilità degli spazi verdi ecc.) che consentano tuttavia, seppur con il dovuto distanziamento fisico, il mantenimento di un rapporto umano e di relazione. Debbono inoltre essere predisposte almeno due stanze per eventuali necessità di isolamento/quarantena e deve essere aggiornato frequentemente il Documento di Valutazione dei rischi, con specifica formazione sulla sicurezza per tutto il personale;
- riprogettazione degli spazi esterni delle CRA, privilegiando ampi spazi verdi compartimentati, dove sia possibile spostare (almeno nelle stagioni miti) le attività a piccoli gruppi con distanziamento o gli incontri coi parenti;
- le CRA di nuova costruzione, inoltre, oltre a prevedere stanze di 1-2 letti al massimo, con bagno privato, dovranno avere un numero di ospiti tale da consentire innanzitutto la cura del loro benessere.

Strategie diventano l'integrazione sociosanitaria e la funzione medica all'interno delle CRA. La pandemia ha dato un ulteriore impulso alle collaborazioni già esistenti, si stanno rivedendo gli accordi di collaborazione e si stanno migliorando i protocolli operativi utilizzati.

## 3.2 Un progetto per i servizi domiciliari

La domanda di fondo è di quali servizi domiciliari avranno bisogno in futuro gli anziani non autosufficienti nel nostro paese. L'indirizzo generale della Giunta è di promuovere un servizio più flessibile e più adattabile ai bisogni delle persone e di allungare il più possibile la permanenza degli anziani al proprio domicilio.

L'Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADI), concentrata sull'erogazione di specifiche prestazioni infermieristico-

mediche, deve essere più integrata con il servizio comunale, compatibilmente con le condizioni di salute e le capacità assistenziali della famiglia.

Oggi il disagio socioeconomico sembra essere il criterio pressoché esclusivo per ricevere i servizi domiciliari comunali (SAD), la cui incidenza ha ancora un ruolo residuale. I servizi domiciliari dovrebbero: 1) avere uno sguardo completo sulla situazione dell'anziano e dei suoi congiunti; 2) diventare un punto di riferimento delle famiglie; 3) fondarsi su progetti di assistenza individualizzati, con pacchetti di servizi componibili e modificabili a seconda delle diverse esigenze; 4) sperimentare modelli innovativi di supporto domiciliare, da attivare soprattutto in fase di dimissione ospedaliera.

In prospettiva, sarà necessario superare la frattura tra servizi domiciliari e residenziali; ad esempio, la CRA potrebbe operare anche a sostegno delle cure domiciliari, ospitando l'utente assistito a casa per il bagno protetto o per la mensa o per le attività di animazione, potenziando i ricoveri di sollievo per dare respiro a chi assiste e sostenere il progetto di domiciliarità. Ora però con la pandemia ciò è impossibile.

Per potenziare gli interventi a sostegno della domiciliarità andranno sfruttate le sinergie con la Casa della Salute e con l'OSCO, le strutture intermedie territoriali che devono diventare strumenti all'interno dei servizi a sostegno della domiciliarità.

La Casa della Salute deve essere il punto di riferimento per i cittadini sul territorio per la promozione della salute, lo sviluppo di sani stili di vita, la presa in carico integrata di patologie croniche e la non auto-sufficienza.

L'Ospedale di Comunità (OSCO) è lo snodo intermedio tra ospedale e domicilio; non dispone di funzioni specialistiche, ha dimensioni ridotte; di supporto ai medici di medicina generale (MMG), può fornire un percorso riabilitativo, in particolare per gli anziani.

Andrà inoltre rafforzato il PUASS, lo snodo operativo integrato per garantire la continuità di cura ospedale-territorio, la cui funzione è di accompagnare i percorsi di dimissione protetta ospedaliera verso la domiciliarità; la sua efficacia ad oggi è limitata e necessita di una più ampia intensità di proposta.

Non si può chiedere di orientare i servizi verso la domiciliarità, senza affrontare il problema degli assistenti familiari - colf e badanti –, organizzati nel mercato privato e che vanno tuttavia integrati maggiormente nella rete della domiciliarità, promuovendo la loro formazione, la dotazione di dispositivi sanitari, la facilitazione nel trasporto. Il grosso dell'assistenza e cura domiciliare si regge oggi su forza lavoro immigrata. I contratti registrati all'INPS nel 2019 parlano di 870mila lavoratori in Italia, ma ILO e Osservatorio Domina stimano che con gli irregolari si raggiungano i 2 milioni di persone. Grosso modo si tratta per metà di colf e per metà di badanti; di queste ultime, circa un terzo è convivente. In provincia di Modena sono 13.200 i lavoratori regolari, per il 77% stranieri. Con una semplice proporzione, si può calcolare che per la città si tratta di circa 3.400 persone regolari, che in realtà sono almeno il doppio.

Di queste professioni abbiamo e avremo sempre più bisogno. In generale è urgente l'attivazione di nuovi flussi di ingresso, senza i quali il *welfare* dei servizi rischia l'implosione. Infatti il tasso di crescita delle coorti di anziani è molto più elevato di quello medio della popolazione.

Le possibilità di accedere in modo regolare al nostro paese si sono drasticamente ridotte e l'ultimo decreto flussi indica dimensioni numeriche irrisorie. Ciò lascia le famiglie in balia di un mercato spesso vischioso, non efficiente. Tra l'altro diminuiscono le assistenti familiari disposte alla co-residenza. La domanda di aiuto h24 è invece ancora consistente e ciò fa ancora ricadere sulle famiglie carichi di cura gravosi.

La recente sanatoria ha coinvolto numeri piccoli di beneficiari, anche per la difficoltà delle procedure di concessione del permesso di soggiorno. Tra l'altro chi ha aderito dispone di un codice fiscale provvisorio con cui stipulare il contratto di lavoro e ricevere l'assistenza sanitaria, ma che non è valido per la vita quotidiana, ad esempio per attivare un conto corrente, un abbonamento al trasporto pubblico, il documento di identità. Si ribadisce l'inadeguatezza della legge Bossi-Fini per regolare i flussi di ingresso nel nostro paese.

Con l'emergenza Covid-19 e le forti limitazioni agli spostamenti i problemi si sono accentuati e questi lavoratori rischiano di

essere tra i più penalizzati; molti di essi stanno perdendo l'alloggio e la retribuzione.

Con il servizio Amodo il Comune è intervenuto per introdurre trasparenza e qualità in questo mercato, che però non è facilmente programmabile perché legato alle preferenze delle famiglie, alla variabilità della domanda di assistenza, alla negoziazione privata, spesso informale.

Oggi si stanno manifestando fenomeni di razionamento sul mercato degli infermieri e degli OSS. I fabbisogni della pubblica amministrazione stanno determinando un loro spostamento verso il settore sanità, meglio retribuito, sguarnendo le risorse per le CRA. Come detto, un miglioramento delle condizioni contrattuali è indispensabile, ma occorrerebbe agire anche sul lato della qualificazione delle assistenti familiari, formando una sorta di albo professionale.

Comunque, la contrapposizione tra residenzialità e domiciliarità rischia di essere sterile. È forte l'esigenza di ampliare, potenziare e migliorare l'assistenza domiciliare e sviluppare tutte le forme di sostegno a domicilio, dagli alloggi protetti ai centri diurni, a centri ricreativi, allo sviluppo di reti di vicinato ecc., che consentano la permanenza dell'anziano a casa propria con i suoi affetti. Ma è utopico pensare ad un sistema basato solo su servizi domiciliari, perché non terrebbe conto delle reali esigenze delle famiglie e dei bisogni degli anziani più fragili e compromessi.

Il SSN deve avere piena titolarità su questi servizi e sostenere la domiciliarità fin quando possibile partendo dal budget di cura, composto per il 50% da fondi del SSN e per il restante da risorse dell'utente (o del Comune, se l'utente e la sua famiglia non riescono a coprire la propria quota). In tal modo si metterebbero sullo stesso piano la CRA (per i cui ospiti il SSN già paga il 50% della retta) e un'assistenza domiciliare che tuteli. La scelta tra le opzioni non dovrà effettuarsi solo in base al criterio economico, ma alle necessità dell'utente e della sua famiglia.

Ma l'integrazione tra residenzialità e domiciliarità non è sufficiente se non riconosce la specificità della demenza e dell'Alzheimer. È il più rilevante problema degli anziani non autosufficienti, emerso negli ultimi anni ed in aumento. Nonostante varie sperimentazioni e gli sforzi fatti anche a

Modena, fatica a trovare adeguate risposte. Nelle CRA sono molti gli ospiti affetti da forme di demenza e per loro sarebbe necessario fra l'altro gestire comportamenti come l'alzarsi di notte, muoversi nella struttura, mangiare nelle ore più diverse ecc. Tuttavia, la gran parte delle persone colpite da questo problema non sono nelle strutture, ma a casa, accudite da familiari, conoscenti e assistenti familiari (badanti). In questo caso le azioni dovrebbero essere indirizzate ad "aiutare chi aiuta", lungo tre direttrici:

- a) "meeting-center", che affianchi e rafforzi l'attività dei Caffè Alzheimer e dei gruppi di auto mutuo aiuto, oggi promossi dal volontariato;
- b) integrazione con l'attività di monitoraggio e intervento del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze dell'Ausl;
- c) riconoscimento del ruolo di cura del familiare (*caregiver*) e sostegno economico ai costi, oggi totalmente a carico delle famiglie.

Anche in questo caso si tratta di valorizzare l'esperienza associativa e clinica che ha portato a esperienze innovative, quali Cà Nostra. Il centro d'incontro si proporrebbe come luogo a bassa intensità assistenziale ed alta valenza supportiva, per permettere alle persone di adattarsi e gestire le conseguenze cognitive, sociali ed emotive della demenza. Nel centro dovrebbero essere realizzate sia le attività di informazione, di valutazione e di intervento rivolti alle persone con demenza sia ai loro familiari. È recentissima la buona notizia che nel DEF 2021 sarà inserita una quota per il riconoscimento anche economico dei *caregiver* familiari. Ciò fa sperare in una modifica culturale nei confronti dell'intero sistema della cura.

## 4. FAMIGLIE CON MINORI: UNA SFIDA EDUCATIVA

L'idea di partenza è che i figli sono un arricchimento, sia per la famiglia in cui nascono sia per la società che li accoglie e che condivide con i genitori il compito di accudirli e proteggerli fin dalla nascita. Le istituzioni, pubbliche e private, e l'intera comunità sono chiamate ad adoperarsi affinché la famiglia possa svolgere nel migliore modo possibile la sua funzione educativa, essendo la sede privilegiata per la crescita e la formazione dei figli stessi.

Le azioni a sostegno delle famiglie non devono coincidere con le politiche per il contrasto alla povertà; vanno concepite come un investimento sul futuro, in quanto le bambine e i bambini sono un valore sociale. Questa impostazione riconosce la corresponsabilità della società e delle istituzioni nell'educazione dei figli.

L'orientamento politico è quindi quello di accompagnare le famiglie con misure che aiutino a fronteggiare eventuali situazioni di difficoltà, favorendo, allo stesso tempo, la conciliazione famiglia-lavoro, comprese le necessità legate all'emergenza sanitaria.

Il Comune di Modena fornisce supporto educativo e centri semiresidenziali per i minori, ma il sostegno a questa fascia di età deve avere una grande attenzione da parte di tutti.

È necessaria un'alleanza sociale-educativa tra scuole e servizi sociali, per fronteggiare le situazioni di esclusione e di povertà educativa e per contrastare la dispersione scolastica, a partire dal sistema 0-6 anni. Deve essere potenziato il raccordo con i settori Istruzione, Politiche Giovanili e Sport, sia per richiamare l'attenzione della società tutta sui bisogni e i diritti dei minori sia per evitare sovrapposizioni negli interventi.

Dovranno essere definiti a livello nazionale e regionale i livelli essenziali anche delle prestazioni specifiche per i minori.

È essenziale che l'aiuto economico sia integrato da azioni che aiutino i genitori, e le donne in particolare, sia ad affrontare eventuali momenti di fragilità educativa, sia a consentire un'adeguata realizzazione personale e professionale.

Occorre diffondere la cultura dell'“apprendimento non formale” che muove da una scelta intenzionale della persona e si realizza anche al di fuori dei sistemi educativi preposti: il volontariato, il privato sociale, la società civile. L'“apprendimento non formale” consiste nel considerare sede di attività educative le interazioni tra educazione formale e il contesto di lavoro, familiare e del tempo libero.

Nell'ottica di supportare tutte le famiglie con figli si ritiene fondamentale valorizzare e potenziare il Centro per le Famiglie, un luogo di prossimità, di vicinanza, aperto agli scambi con la società civile e capace di intercettare non solo le problematiche delle famiglie ma anche le energie positive che la comunità esprime. A questo Centro è stata destinata una nuova struttura comunale con sede autonoma, con ampi spazi interni per le attività a favore delle famiglie e con migliore accessibilità, collocata in zona centrale ma fuori dalla zona ZTL.

Perché il valore sociale riconosciuto all'attività educativa sia tangibile, il progetto si snoda attraverso differenti interventi ed azioni di accompagnamento al compito educativo e di cura dei genitori. Si va da interventi educativi professionali sui genitori e sui figli, nel caso di nuclei familiari con problematiche significative (disabilità fisiche e psichiche, problemi di dipendenza, alti livelli di conflittualità genitoriale, violenza domestica ecc.) a progetti di accompagnamento educativo non professionale per famiglie che attraversano difficoltà momentanee ma comunque necessitano di sostegni leggeri per superare i momenti di crisi (madri sole che devono conciliare i tempi di lavoro e le esigenze familiari e di cura dei figli, famiglie che non riescono ad assicurare ai propri figli attività ricreative o sportive, sia per difficoltà economiche sia per povertà di tipo culturale ecc.). Tali interventi possono essere realizzati da volontari di associazioni a vario titolo coinvolti, coppie genitoriali, single, studenti universitari ecc.

Le principali tipologie di intervento saranno in breve:

- attività educative professionali intensive;
- attività di mediazione intra-famigliare e di mediazione del conflitto tra genitori e figli;
- attività di educazione non formale (affidi culturali, affidi educativi, accompagnamenti scolastici e del tempo libero);

- interventi economici di sostegno all'affido extrafamiliare e per garantire attività ludico-sportive, ricreative ecc.;
- attività educativa di strada per intercettare e coinvolgere bambini e adolescenti le cui famiglie faticano a proporre loro comportamenti diversi da quelli del “branco”.

L'integrazione sociosanitaria deve essere attuata attraverso il raccordo tra i servizi sociali e quelli sanitari territoriali, in particolare la Neuropsichiatria infantile, i Dipartimenti di Salute Mentale, i SerT, i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

Bisogna infine sostenere con formazione e supervisione tutti i professionisti che lavorano con i bambini, gli adolescenti e i loro genitori per mantenere alta la qualità di servizi e interventi.



## 5. CASA E PROBLEMI ABITATIVI

Come in molte città del Nord, la casa in affitto è oggi il problema principale a Modena.

Diversi fattori determinano questa situazione, in parte dipendenti da insufficienti politiche nazionali per la casa, in parte di competenza della Pianificazione e Regolazione Urbanistica, col cui Assessorato c'è un proficuo rapporto di coordinamento. Senza diffondersi in analisi specialistiche, che non sono di pertinenza del Settore Servizi Sociali – e per le quali si rinvia alla documentazione a corredo del PUG – si darà un cenno delle ragioni principali dell'attuale razionamento di locazioni in affitto, con attenzione alle implicazioni per la parte più debole della popolazione e per gli strumenti di intervento del Comune.

Dal punto di vista dell'offerta di locazioni, mancano soggetti imprenditoriali privati che operino in modo strutturato, mentre l'offerta pubblica è insufficiente. L'affitto è una scelta marginale di singole persone fisiche, che offrono in locazione immobili acquistati come “bene rifugio” e che spesso preferiscono non rischiare l'incognita della locazione, in attesa di vendere o di soddisfare eventuali necessità familiari. Un aumento delle aliquote IMU sullo sfitto, già ormai al massimo, non sposterebbe le loro preferenze in modo sensibile.

Il patrimonio inutilizzato si è fortemente ridotto negli ultimi anni, giungendo al 6%, percentuale fisiologica per consentire i cambi di residenza e le ristrutturazioni. Si tratta di uno stock edilizio spesso con problemi di adeguatezza dei servizi. Il contenimento della capacità insediativa in città e l'aumento di tale capacità nei comuni contermini spiega da un lato il razionamento attuale delle disponibilità locative, dall'altro il maggior potere contrattuale dell'offerta sulla domanda, e ha come conseguenza la fuga da Modena di tante famiglie soprattutto giovani.

L'offerta di residenze è prevalentemente indirizzata alla vendita; anche la quota di locazione imposta nei PEEP si sta esaurendo, dato che si trasforma in vendita dopo pochi anni dalla sottoscrizione del contratto di locazione.

La domanda di locazione è originata da esigenze diverse: nel caso di studenti, turisti o lavoratori si tratta di locazione transitoria, mentre per le famiglie giovani o a basso reddito è l'unico modo per disporre di un alloggio. È una domanda che comunque richiede standard abitativi di maggiore qualità, in termini di servizi comuni, di autonomia delle persone, di accessibilità, di risparmio energetico. Tale domanda si segmenta in base al reddito: libero mercato, per chi può permettersi di comprare o locare casa; Agenzia Casa per affitto concordato con il Comune che fa da intermediario e garante per chi ha difficoltà e ha bisogno di agevolazioni; ERP per chi ha un reddito a rischio di povertà. Ma vi è anche chi si trova di fronte a emergenze impreviste, derivanti da perdita di lavoro, da sfratti, da separazioni coniugali, ecc.

Quali sono i principali strumenti di intervento, senza incrementare l'offerta di residenze?

Per quanto riguarda la parte a mercato, il "bonus 110%" potrebbe essere l'opportunità per favorire la rigenerazione di alloggi vetusti da immettere sul mercato. Si può inoltre favorire la permuta immobiliare o comunque una maggiore elasticità del mercato. Si può richiedere alle banche e alle loro società di Real Estate di mettere a reddito una quota più ampia di residenze che fanno parte dei loro attivi patrimoniali, e alla piccola proprietà maggiore coraggio nel mettere a disposizione alloggi.

Quanto all'ERS, è necessario aumentare l'offerta abitativa sociale per offrire soluzioni abitative stabili e/o temporanee, anche ricorrendo al mercato libero, creando reciproche convenienze, con maggiori agevolazioni per chi offre alloggio alla cosiddetta fascia grigia o collabora con le amministrazioni. Lo sforzo del Comune tramite Agenzia Casa è encomiabile, ma anche aumentando gli attuali quasi 500 alloggi in affitto concordato, non si riesce a far fronte alle oltre 800 domande di cittadini in attesa.

Utile la collaborazione tra pubblico e privato nella progettazione delle politiche abitative, coinvolgendo enti proprietari di immobili, agenzie immobiliari ecc., che possa incrementare le risorse a disposizione di Agenzia Casa. Tali risorse, provenienti da fondi regionali, comunali e di privati, dovrebbero incentivare la messa a norma e l'adeguamento degli alloggi sfitti.

È opportuno rafforzare gli strumenti di analisi e gestione dei dati sullo stato del patrimonio immobiliare pubblico e per reperire informazioni sul patrimonio privato sfitto e inutilizzato.

Sarebbe importante promuovere insieme al Tribunale di Modena un percorso virtuoso per le informazioni relative all'accesso al contributo per morosità incolpevole, in modo da ridurre per quanto possibile gli sfratti esecutivi per morosità.

Quanto alla domanda di ERP, è utile la cooperazione con ACER sui temi morosità e sfratti, ma anche sulle problematiche relative alla ristrutturazione dell'usato (per non consumare altro suolo). Negli ultimi anni, con un milione di risorse del Comune e quasi 5 dalla Regione, si è pianificato l'adeguamento del patrimonio ed è intenzione del Comune attivare quanti più progetti possibili, sfruttando l'opportunità data dal "bonus 110%".

Bisogna comunque aumentare il numero di alloggi ERP, anche inserendo alloggi reperiti sul mercato o costruendo alloggi di proprietà comunale, poiché in graduatoria sono in attesa oltre 700 famiglie. Il Comune intanto aumenterà l'ERP di altri 26 alloggi in via Nonantolana, con un investimento di circa 5.000.000 di euro. Ma occorre sperimentare anche strumenti alternativi per aumentare l'offerta: ad esempio puntare a progetti con cooperative sociali o a giovani/studenti, impegnando questi in attività di dopo scuola o attività di supporto ad anziani (custodia animali, piccoli acquisti, ritiro biancheria) o per attività integrative all'abitare. Si tratta di rafforzare la *mixité*, concetto urbanistico che indica il superamento delle zone funzionali, dei ghetti, per puntare all'integrazione in rete delle attività economiche e sociali, in cui si rafforzano le relazioni tra vita pubblica, sociale, lavorativa e privata; in questo modo parte del patrimonio ERP sarebbe destinato a generare integrazione.

Grande importanza hanno i servizi dedicati alla qualità dell'abitare, che troveranno nel PUG una risposta strutturata: relazioni di vicinato, sviluppo di pratiche solidali all'interno delle comunità condominiali, offerta di socializzazione ecc. La gestione delle palazzine solidali del comparto Vaciglio è la base su cui sperimentare un nuovo modo di abitare.

Il Consiglio Comunale ha recentemente istituito a Modena la figura dell'*accessibility manager*. Questo è un'ulteriore spinta verso l'abbattimento delle barriere architettoniche, dentro e fuori casa, per una maggiore autonomia, in particolare degli anziani, ma anche per favorire in ogni modo la socialità.

Infine, la più importante osservazione sul tema della casa è che lo Stato deve riprendere ad investire sull'edilizia residenziale pubblica, trascurata da oltre vent'anni. La legge italiana impedisce che le persone possano rimanere prive di abitazione poiché il diritto sociale all'abitazione è collocabile fra i diritti inviolabili dell'uomo. La recente sentenza n.44/2020 della Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale una legge regionale che imponeva condizioni di soggiorno qualificato (almeno cinque anni di residenza o di lavoro) al diritto all'edilizia residenziale pubblica (ERP). Il principio di eguaglianza ex art. 3 della Costituzione è inderogabile, per cui il diritto all'abitazione ha primaria importanza in quanto diritto dell'esistenza che non può essere condizionabile, e non si può negarlo proprio ai soggetti economicamente più deboli.

## 6. IMMIGRAZIONE E INCLUSIONE

La città di Modena, come molte altre comunità, si trova da tempo ad affrontare fenomeni crescenti di marginalità e disagio, dovuti sia alla crescita della povertà in sé sia all'afflusso sul territorio, specie a partire dal 2014, di un numero consistente di migranti richiedenti protezione internazionale, molti dei quali ancora nei circuiti dell'accoglienza, molti altri fuoriusciti in condizioni giuridiche precarie. La sfida è costruire una città sicura ed inclusiva rigettando l'idea che associa il concetto di immigrazione a quello di illegalità, nel rispetto delle regole di convivenza.

L'amministrazione accoglie e pratica le più recenti istanze internazionali volte ad assicurare la piena inclusione sociale dei migranti, quali il Patto globale per le migrazioni e le sollecitazioni dell'OIL che, nella Dichiarazione del centenario per il futuro del lavoro, mirano a garantire l'accesso universale a sistemi di protezione sociale generali e sostenibili.

L'incidenza della popolazione straniera a Modena è oggi del 15% sul totale, incidenza che tra le famiglie povere raggiunge il 30%. Contemporaneamente si è assistito ad un sostanziale cambiamento delle condizioni demografiche, dovute sia all'invecchiamento della popolazione sia alla presenza di diverse etnie di immigrati, nonché all'aumento del numero dei cittadini stranieri di seconda generazione. Dette trasformazioni richiedono di imprimere maggiore slancio alle politiche di integrazione ed inclusione, in quanto i cambiamenti del tessuto sociale rendono i cittadini maggiormente sensibili e più preoccupati per la loro sicurezza in relazione ad episodi di microcriminalità, di fenomeni di illegalità e di utilizzo disordinato ed illecito di spazi pubblici.

Il sistema di accoglienza per richiedenti asilo, particolarmente fragile nella prima ospitalità sul versante dell'integrazione degli ospiti e della loro inclusione nella comunità, va riorganizzato. In particolare, vanno meglio organizzate le attività di apprendimento della lingua italiana e delle regole di convivenza civile.

Va agevolata la sanatoria e l'emersione del lavoro irregolare, come modalità di gestione dei flussi migratori e di tutela dei diritti della popolazione migrante, in primis il diritto all'accesso al sistema sanitario per ogni fascia di età.

L'Amministrazione è convinta che il miglioramento complessivo della qualità sociale della nostra città passi attraverso l'impegno a rispondere al tema delle sicurezze, perché solo attraverso la creazione di opportunità di formazione e di lavoro si potranno ridurre le paure della "diversità". E questo vale sia per la popolazione migrante (con o senza permesso di soggiorno) sia per i Senza Fissa Dimora. I due progetti ormai compiutamente elaborati (Comunità di Transito e Comunità a Spazi Condivisi) saranno a breve presentati alla città.

La politica che il Comune di Modena intende perseguire è basata sul concetto di "sicurezza sociale", intesa come azioni ed attività di conoscenza ed inclusione. Accanto alle attività svolte dagli organi di polizia, si intendono ampliare i progetti e le attività volti al recupero e all'inclusione degli immigrati, basati su percorsi di regolarizzazione o stabilizzazione del soggiorno di stranieri sul territorio, sull'accesso al lavoro, alla casa e alla salute, che svolgano una funzione di prevenzione e di tutela della comunità. Si sta cercando di creare luoghi e spazi di riflessione e condivisione delle buone pratiche di integrazione (vedi la collaborazione con l'Università attraverso il Centro di Ricerca Interdipartimentale su Discriminazioni e vulnerabilità-CRID e il progetto "Modena città interculturale").

In mancanza di politiche nazionali articolate per gestire il fenomeno migratorio nella sua interezza e complessità (*ius soli e ius culturae*), deve prevalere un approccio dinamico e multidimensionale della immigrazione, connesso con le politiche sociali.

Molteplici attori si occupano, a vario titolo, del tema immigrazione, fornendo attività di sostegno, supporto ed integrazione alle persone migranti. Tale ricchezza richiede tuttavia sforzi coordinati per superare la frammentazione degli interventi e la parzialità delle conoscenze, al fine della programmazione dei servizi. Una efficace politica inclusiva può essere realizzata solo attraverso la pianificazione strategica di politiche integrate.

La conoscenza reciproca promuove l'integrazione e la sicurezza. Il Comune, e congiuntamente l'Azienda USL, intendono costruire una rappresentazione condivisa tra i vari attori istituzionali e la comunità locale riguardo alle problematiche delle persone immigrate.

Va infine ripreso il tema della rappresentanza "formale" delle comunità straniere nella vita della città, con strumenti come la Consulta o altri simili, concretamente operativi ma soprattutto riconosciuti come davvero rappresentativi delle diverse comunità e realmente protagonisti delle scelte che riguardano gli stranieri.

## 7. UN NUOVO RUOLO PER GLI/LE ASSISTENTI SOCIALI

Il contenimento delle dotazioni comunali di personale, anche a seguito della mancata crescita del Paese e del ristagno del gettito fiscale locale, ha condizionato il *welfare* territoriale, mantenendolo marginale rispetto al sistema sanitario e a quello del lavoro. Il Covid-19 ha avuto un notevole peso sul Servizio Sociale, investendo i Poli nella fase finale della loro trasformazione, iniziata nel 2015, e che non consisteva solo nella riorganizzazione del servizio su tre Poli invece che quattro, con un migliore utilizzo delle professionalità. Essa intendeva modificare anche l'impostazione culturale del lavoro, più orientato nel far emergere i bisogni, senza aspettare che fossero i problemi a chiedere aiuto. Tale trasformazione prevedeva di superare la desueta divisione del lavoro fra chi si occupa solo di minori, chi solo di anziani ecc., per mettere a disposizione della città la professionalità degli AS, come indicato dal loro Codice Deontologico.

La riorganizzazione del servizio va ripresa e completata, guardando meglio ai processi organizzativi: dalla individuazione dei fenomeni sociali, ai criteri formali di accesso, alla prassi nella gestione delle domande. Protagonisti sono gli/le assistenti sociali, che devono essere messi nelle condizioni di esprimere al meglio la propria professionalità all'interno dei procedimenti amministrativi.

Oltre alla prevenzione nell'individuare i problemi, il loro lavoro deve aiutare a comprendere gli effetti distributivi della spesa sociale sul territorio. Oggi le dinamiche allocative della spesa sono comprese tra l'intervento emergenziale sui casi più gravi e la competizione tra diverse categorie di bisogni.

Gli interventi di titolarità dei Comuni non sono diritti esigibili, per i quali esistono chiare risorse, come per quelli dello Stato. I requisiti per riceverli sono definiti *ad hoc*, compatibilmente coi soldi disponibili. Per questo occorre definire a livello nazionale i livelli essenziali delle prestazioni, per evitare la competizione tra bisognosi, casomai scelti in base alle loro capacità di pressione; ciò consentirebbe all'Amministrazione locale di



programmare il proprio intervento sui tempi medio-lunghi, e di poterne verificare l'efficacia.

I Servizi Sociali del Comune hanno iniziato a individuare le aree di bisogno non solo in termini amministrativi (hai o non hai i requisiti) ma a "livello di strada", avvalendosi delle relazioni di vicinato, delle segnalazioni di negozianti o delle associazioni di volontariato; è un "lavoro di comunità" che consente l'individuazione dei fragili che l'Amministrazione ancora non conosce (anziani soli, famiglie con difficoltà economiche o in situazione di povertà educativa, violenze familiari...). Per tutti, conosciuti o meno, si rende necessario un *welfare* locale non schiacciato sulle risposte emergenziali, ma capace di fare prevenzione.

Va quindi completata la riorganizzazione del lavoro, da una modalità "specialistica" per tipo di intervento e di utenti (minori, disabili, ecc.) a una "territoriale", capace di effettuare consulenza e presa in carico. Il cittadino richiede sportelli unici, in grado di informarlo sull'intera gamma delle prestazioni che possono essere richieste (al Comune, all'ASL, all'INPS ecc.), e capaci di accompagnare le persone fragili e le loro famiglie a un progetto individuale di vita.

Le prestazioni sociali non debbono essere predeterminate e della stessa tipologia per tutte le persone; ricomponendo i diversi interventi economici in un unico fondo (come è intenzionato a fare il governo nazionale, con il cosiddetto "*Family Act*") si dovrebbe personalizzare gli interventi, con "pacchetti" di servizi componibili secondo la necessità e modificabili al modificarsi dei bisogni.

In tutto questo rimane essenziale il ruolo degli/delle assistenti sociali, capaci di controllare le trasformazioni in atto, di partecipare da protagonisti alla programmazione sociale e alla co-progettazione, di essere agenti attivi di innovazione con l'utente nel lavoro quotidiano.

## 8. GOVERNANCE: UN RACCORDO BASATO SUL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE

Abbiamo sottolineato più volte l'importanza dei dati amministrativi non solo a fini di rendicontazione, ma di valutazione dell'efficacia e per la costruzione di scenari e strategie. Non conosciamo ancora bene l'area di sovrapposizione tra le diverse misure a livello locale per la persona e per il nucleo familiare: Reddito di Cittadinanza e di Emergenza, buoni pasto, Fondo affitti, tariffe agevolate trasporti e *utilities*, interventi economici, percorsi con il Centro per l'Impiego ecc.

Non conosciamo bene la platea dei beneficiari, la loro incidenza rispetto ai destinatari delle misure, quanti sono gli ingressi e quante le uscite dall'area del bisogno; né conosciamo bene la allocazione delle risorse tra i diversi tipi di bisogno.

Su questo si agirà da un lato con l'accordo con l'Università per la costruzione di mappe aggiornate e realistiche dei bisogni, delle diseguaglianze, e con una valutazione dell'efficacia degli interventi. Dall'altro, come si dirà meglio più avanti, si migliorerà l'uso incrociato dei dati amministrativi.

La collaborazione in atto col Terzo Settore mette a regime informazioni, dati, esperienze, soluzioni, di cui tener conto nel Piano di Zona del Distretto. A questo livello è già stato detto che deve essere aumentata la capacità ADI (per cui già ci sono stanziamenti) e dei servizi domiciliari assistenziali SAD (in integrazione), su cui il Comune prende l'impegno di intervenire sia con propri risparmi sia con il Fondo Nazionale.

Il numero di posti letto nelle CRA, con il già previsto aumento del 25%, non necessita di revisione. Coi gestori delle strutture residenziali si può aprire un confronto su come migliorare la personalizzazione, la socializzazione, la qualità della vita (investimenti necessari nelle attuali strutture, individuazione degli spazi per isolamento, inserimento di attività e stimoli diversi secondo i bisogni, possibilità di portare da casa piccoli oggetti cari, possibilità di scegliere da menu cosa mangiare, stanze a 1-2 letti, ecc.).

## 8.1 Integrazione con la sanità

Molte delle idee esposte nelle pagine precedenti possono e devono concretizzarsi insieme al SSN. Ci limitiamo qui a un elenco sommario e non esaustivo:

- stesura Piano di Zona per il prossimo triennio;
- rinforzo dell'integrazione sanitaria tra i vari dipartimenti dell'Azienda USL, con particolare riferimento al Dipartimento di Igiene Pubblica e al Dipartimento Cure Primarie e Salute Mentale;
- potenziamento della collaborazione fra sociale e sanitario, in particolare nella dimensione del Distretto sociosanitario;
- revisione del sistema delle dimissioni protette;
- revisione, in accordo con ASL e Università, della formazione di infermieri e OSS;
- la selezione dei medici per le CRA: quale ruolo deve svolgervi, per quante ore ecc.;
- come coinvolgere i MMG e i Pediatri di Libera Scelta in un ruolo "sociale" in interazione con il Servizio Sociale Territoriale del Comune (ad esempio: segnalazione di problemi agli Assistenti Sociali, confronto con le AS per i casi in carico al Servizio, condivisione delle valutazioni in casi di particolari situazioni familiari);
- una nuova visione del servizio domiciliare, anche infermieristico, integrato e più tutelante, per consentire la permanenza a casa degli anziani per un tempo maggiore;
- medicina del Territorio (cosa, dove, compiti ecc.);
- Case della Salute, OSCO, Hospice (compiti, rapporto con il Servizio Sociale Territoriale);
- progetti comuni.

Su tali aspetti continua il proficuo lavoro di collaborazione col Distretto Sanitario, mentre il Comitato Consultivo Misto dovrà esplicitare con incisività il proprio ruolo di programmazione e integrazione dei servizi, oltre che di verifica e controllo a tutela degli utenti.

## 9. INTEGRAZIONE TRA SETTORI E COORDINAMENTO CON ENTI ESTERNI

Da quanto fin qui esposto emerge come l'approccio di *welfare* territoriale richiede non solo funzioni specializzate per singoli settori, ma meccanismi di integrazione interna tra settori della Amministrazione; di integrazione o di coordinamento tra le diverse Amministrazioni pubbliche; di coordinamento e co-programmazione con le organizzazioni della società civile e del Terzo Settore.

Per quanto riguarda il coordinamento interno al Comune, esso non è il frutto della buona volontà o della disponibilità dei singoli – per quanto queste qualità siano una grande ricchezza della nostra comunità – ma di meccanismi operativi chiari, capaci di legare gli aspetti chiave dell'azione amministrativa: analisi dei bisogni, obiettivi, tempi e risorse; valutazione e incentivi dirigenziali. Gli strumenti di pianificazione -DUP e PEG – svolgono un ruolo chiave per l'individuazione di obiettivi strategici, di obiettivi operativi e di progetti trasversali, mentre gli indicatori di risultato spingono verso un sistema di rendicontazione e valutazione dell'efficacia. A questi strumenti si aggiungono, sul piano operativo, gruppi di lavoro integrati tra assessorati a seconda dell'intervento (minori, abbandono scolastico, casa, non autosufficienza);

Se è giusto dare conto di quanto si sta facendo, va tuttavia evitato il rischio dell'auto-celebrazione. L'incompletezza dell'informazione colloca ogni individuo in una situazione di incertezza. L'asimmetria informativa è uno dei problemi principali da affrontare con metodo nella costruzione del nuovo *welfare*. Ci si deve confrontare con un ambiente nel quale l'intreccio di ruoli, interessi e identità comporta elevate problematiche di tipo comunicativo, per cui il superamento dei "colli di bottiglia" non deve essere dato per scontato, ma va pianificato.

Ulteriori miglioramenti possono essere conseguiti sotto tre aspetti:

- a) raccolta e incrocio dei dati amministrativi, per disporre di una mappa aggiornata di interventi a qualsiasi titolo per nucleo familiare (grado di familiarità); *open data access* a fini di ricerca con l'Università, secondo i protocolli di ricerca ampiamente diffusi nella PA e già sperimentati da Comune e Unimore;
- b) analisi di scenario della domanda di servizi e rilevazioni puntuali della domanda effettiva dei servizi, senza limitarsi a raccogliere quella che si manifesta spontaneamente;
- c) attività gestionali che possano favorire un sistema integrato di *welfare* quali: formazione congiunta, condivisione/informazione in sede di conferenza dirigenti, valutazione del grado di soddisfazione dei cittadini sui servizi, ecc.
- d) miglioramento dell'informazione e semplificazione dell'accessibilità digitale e diretta dei servizi comunali.

Un altro punto riguarda l'integrazione tra i servizi. Oltre alla integrazione sociosanitaria, proprio in relazione alla interdipendenza dei fenomeni sociali, culturali ed economici, alle diverse forme di povertà e disuguaglianze che spesso si sommano e cronicizzano, appare sempre più ineludibile la necessità di correlare le tradizionali politiche di assistenza a quelle della casa, dell'istruzione, della cultura, dello sport e del lavoro in una visione ampia ed integrale del *welfare* che considera il soggetto nel proprio ambiente di vita.

Da questo punto di vista gli esempi sono innumerevoli: si pensi all'integrazione tra sociale e istruzione nella lotta alla dispersione scolastica o al sostegno delle disabilità, oppure tra sociale e cultura ogni qual volta si utilizzano i diversi linguaggi dell'arte per animazione di strada, o quando si integrano le politiche della casa con le trasformazioni sociodemografiche dei nuclei familiari.

L'esperienza del distanziamento fisico ha indotto un uso più intenso degli strumenti digitali nella fruizione dei servizi. In molti casi la relazione di cura è stata garantita ridisegnando i servizi, velocizzando i tempi di risposta, incrociando i bisogni con le risposte. L'utilizzo di una piattaforma digitale non deve escludere una relazione più diretta coi cittadini.

La digitalizzazione è un processo già in atto in numerosi ambiti del sistema sociosanitario e va governato soprattutto in direzione della domiciliarità dei servizi, senza costringere l'utente a giri gravosi. Bisogna quindi prevedere una formazione anche per coloro che non hanno familiarità con l'informatica, perché oggi i diritti passano anche attraverso la possibilità/capacità di accedere alla rete (cittadinanza digitale).

Per quanto riguarda l'integrazione tra amministrazioni dello Stato e il coinvolgimento di altre istituzioni che siano in grado di potenziare e migliorare la rete dei servizi, il Comune nel rispetto delle reciproche autonomie opererà per rafforzare la collaborazione con le sedi territoriali dell'Amministrazione Statale, in particolare con l'Agenzia delle Entrate, l'Autorità Giudiziaria, la Prefettura, le Forze dell'Ordine, i Centri per l'Impiego, le Fondazioni Bancarie, l'INAIL, l'INPS, le Scuole di ogni ordine e grado.

## 9. CONCLUSIONI

La pandemia Covid-19 e la crisi economica che ne è conseguita hanno accentuato le fragilità sociali già esistenti e ne hanno create di nuove. Le politiche di *welfare* vanno non solo rafforzate in termini organizzativi e finanziari, ma integrate meglio nelle loro dimensioni sanitaria, del lavoro e di prevenzione e presa in carico territoriale. La tutela dei beni collettivi assicura resilienza alla comunità, ed è un elemento di sicurezza e presupposto per la crescita economica.

Poiché le risorse sono limitate, è compito delle Linee di Indirizzo indicare le priorità su cui lavorare a partire dal prossimo 2021.

Si rinnova l'impegno dell'Amministrazione nella ricerca di soluzioni relative alla casa, per quel che riguarda in particolare il mercato dell'affitto, per aumentare la dotazione di alloggi ad affitti concordati da inserire nella disponibilità di Agenzia Casa, anche con l'aiuto delle associazioni dei proprietari e dei sindacati. Il Comune dovrà poi destinare risorse all'acquisto di alloggi da immettere sul mercato dell'affitto, in particolare per le giovani coppie e le famiglie con redditi medio-bassi. La collaborazione con Acer è indispensabile per la riqualificazione del patrimonio immobiliare attualmente non utilizzabile e bisognoso di ristrutturazione.

Sempre riguardo alla casa, si impone anche l'analisi del fabbisogno di residenzialità "protetta" per gli anziani che possano essere assistiti al domicilio (ad esempio i condomini solidali e i miniappartamenti protetti, strutture medio-piccole rivolte a persone con autonomia parziale). Vanno sviluppate Comunità residenziali e di *housing* sociale, sempre per un sostegno alternativo alle CRA. Le nuove tecnologie (domotica e telemedicina), che favoriscono il controllo a distanza, e una formazione all'uso delle tecnologie digitali, potranno garantire agli anziani il mantenimento della domiciliarità per più tempo.

Si propone di rafforzare i percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari, che coinvolgono la realtà ospedaliera e territoriale, per garantire ai pazienti i migliori trattamenti e facilitare l'intero percorso di cura. È necessario irrobustire i percorsi di ammissione e dimissione tra ospedali, case protette

e domicilio, attraverso anche l'apertura di strutture intermedie come gli Osco.

Si deve favorire, attraverso l'apertura delle Case della Salute, l'avvicinamento territoriale dell'assistenza sanitaria attraverso percorsi sociosanitari integrati, con il protagonismo del Medico di medicina generale. E infine garantire il diritto alla dignità della vita anche al suo tramonto, promuovendo l'apertura del primo Hospice territoriale in città.

Infine, si rendono necessari nuovi servizi dell'abitare a sostegno delle persone affette da disagio psichico.

Un'altra priorità è quella relativa alla riformulazione e potenziamento del servizio pubblico di assistenza sociosanitaria integrata domiciliare, con l'infermiere di comunità e le reti di prossimità sanitaria che si stanno attivando. Il Distretto Socio-Sanitario e l'Assessorato ai Servizi Sociali, in costante confronto con il Comitato di Distretto dovranno essere la sede di programmazione e intervento. L'assistenza domiciliare integrata dovrebbe incrementare di almeno il 10% ogni anno le prestazioni verso gli over 65 con problemi di non autosufficienza medio-lieve. Si confida infine che a breve l'auspicata Legge Quadro nazionale sulla Non autosufficienza diventi realtà, con la definizione dei Livelli Essenziali e delle responsabilità dei finanziamenti.

È in corso il riordino della normativa sul sostegno alla famiglia. La legge delega detta *Family Act* prevede una riforma degli strumenti a sostegno delle famiglie, mettendo ordine fra i sussidi attuali che confluiranno tutti nell'Assegno universale. Tale legge delinea la cornice normativa e le scadenze temporali entro le quali il Governo sarà chiamato ad approvare i decreti legislativi di attuazione della delega, con l'obiettivo di sostenere la genitorialità e la funzione sociale ed educativa delle famiglie, contrastare la denatalità, promuovere la crescita delle bambine, dei bambini e dei giovani e favorire la conciliazione della vita familiare con il lavoro, in particolare quello femminile. L'idea del Governo è di semplificare i contributi familiari per chi ha figli a carico. Sarà il ministero del Lavoro ad elaborare un piano di riforma del *welfare* con l'assorbimento di tutti i bonus dedicati alla famiglia attualmente in circolazione, compreso l'assegno per il nucleo familiare (quindi, i vari bonus bebè, l'assegno di natalità, il bonus asilo nido, ecc.).



Terza e ultima priorità: l'intervento sulla cosiddetta "povertà educativa". Come detto, verrà rafforzato il ruolo e il protagonismo del Centro per Famiglie, nato per volere della Regione per promuovere e sostenere il benessere delle famiglie. Il Centro, orientato alla promozione della genitorialità, deve sostenere la famiglia nelle diverse fasi evolutive ed accompagnarla nei momenti di transizione e nelle fasi critiche, con un approccio mirato ad affiancare le risorse delle persone e delle famiglie. Deve inoltre prendersi cura delle relazioni e dei legami che si sviluppano nel contesto familiare e comunitario e saper cogliere i segnali che richiedano interventi di prevenzione, in presenza di un aumento di rischio di fragilità dei genitori e del nucleo familiare.

Per tutto ciò, i Servizi Sociali dovranno essere potenziati, in modo da garantire, oltre ai servizi elencati nell'allegato 1, la migliore risposta possibile a vecchi e nuovi bisogni.

## ALLEGATI

### 1. Servizi Sociali erogati dal Comune di Modena al 1° settembre 2020

#### **Supporto alla persona**

##### *Assistenza*

- Assistenza odontoiatrica gratuita
- Attività educativa territoriale
- Consegna pasti e farmaci a domicilio
- CRAPSOS (riduzione ricoveri ospedalieri degli ospiti delle CRA)
- Interpretariato per disabili uditivi
- Interventi e progetti specifici per Alzheimer
- PUASS (dimissioni protette dall'ospedale)
- Punti iniettori
- Servizio "Amodo" per ricerca e contrattualizzazione badanti
- Servizio di assistenza domiciliare (SAD e ADI)
- Servizio per l'adattamento dell'alloggio in caso di disabilità (CAAD)
- Telesoccorso
- Progetto "Bambini con bisogni speciali"

##### *Centri semi-residenziali diurni*

- Centri Diurni Anziani
- Centri Diurni Disabili
- Centri Diurni Specialistici per patologie dementigene
- Centri sociooccupazionali Disabili
- Centri Territoriali Anziani
- Spazi Anziani

##### *Residenzialità*

- Abitare Sociale

- Alloggi Agenzia Casa
- Alloggi ERP
- Alloggi extra ERP
- Cà Nostra
- Centri residenziali Disabili
- Condominio Solidale
- Contributi per l'affitto, per la morosità incolpevole, per la rinegoziazione degli affitti
- CRA
- Dopo di noi e vita indipendente (alloggi protetti per disabili psichici mediamente autonomi)
- Miniappartamenti protetti

#### *Prestazioni economiche*

- Aiuti alimentari
- Assegno di Cura
- Assegno di sostegno
- Bonus elettricità, gas e idrico
- Contributo per acquisto o adattamento autoveicoli speciali per disabili
- Contributo per il superamento delle barriere architettoniche
- Interventi di sostegno al reddito
- Interventi specifici di sostegno alle famiglie (bonus bebè, family card, assegno di maternità, bonus mamma domani, assegno per famiglie con tre figli...)
- Soggiorni di sollievo
- Soggiorno estivo anziani e disabili

#### *Interventi per l'emergenza*

- Accoglienza di mamme in difficoltà con bambini
- Accoglienza temporanea per persone con disagio sociale e sanitario
- Interventi per i Senza Fissa Dimora (Accoglienza notturna Invernale e luoghi di accoglienza e formazione)
- Piano "Estate Sicura"
- Progetti per persone con dipendenze patologiche
- Pronto Intervento Sociale

### **Interventi per minori**

- Comunità per l'alta autonomia
- Gruppi appartamento
- Interventi per minori stranieri non accompagnati (Welchome)
- Progetto Cantiere Scuola Bottega
- Pronta accoglienza
- Servizi semi-residenziali

### **Supporto alla funzione genitoriale**

- Adozioni
- Affidi
- Attività educativa domiciliare
- Centro Adolescenza
- Centro di terapia familiare
- Centro per le Famiglie
- Consulenza educativa
- Consulenza legale
- Formazione per i genitori
- Mediazioni dei conflitti
- Progetto "Officina dello Studente" (progetto di comunità tramite volontari per il recupero scolastico)
- Progetto "Mamme insieme" (rivolto a donne immigrate)
- Progetto "Qualcuno ha bisogno di te" (sostegno per adolescenti da parte di studenti universitari)
- Progetto "Un Bambino per Amico" (famiglie che aiutano famiglie in difficoltà con baby-sitting educativo-assistenziale)

### **Prevenzione**

- Attività motorie per anziani
- Formazione, orientamento al lavoro e inserimenti lavorativi di persone fragili in carico ai servizi
- Orti per anziani e orti urbani
- Progetto "Housing First"
- Servizi di "bassa soglia" per Senza Fissa Dimora (docce, pasti, ambulatorio medico...)

- Sostegno alle maternità difficili (progetto “Primi 1000 giorni” con ASL)
- Sportelli psicologici nelle scuole
- Sportello contro la Ludopatia
- Unità di Strada per Senza Fissa Dimora

### **Tutela dei Diritti**

- Amministrazione di sostegno, tutela e curatela
- DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento)
- Prevenzione e contrasto al fenomeno della tratta (Progetto “Oltre la strada”)
- Prevenzione e contrasto alla violenza di genere
- Progetto “Liberi dalla Violenza” per uomini autori di violenze che vogliono intraprendere un percorso di riabilitazione

### **Politiche per l’inclusione**

- Area Carcere
- Casa della Solidarietà
- Casa delle Culture
- Centro Stranieri
- Consulta o altre simili strutture di rappresentanza delle comunità straniere
- Progetti di inclusione per persone con patologie psichiatriche (CSM Social Point, in collaborazione con il SSN e il territorio per la promozione delle attività del tempo libero per pazienti psichiatrici e loro famiglie e IESA, inserimento in famiglie disponibili di pazienti con disturbi psichiatrici)
- Progetto “Modena città interculturale”
- Protezione Internazionale

## 2. Impegni finanziari

Nel grafico sono indicate, in percentuale, le risorse impiegate dal Settore con il proprio Bilancio nel corso del 2019. Non sono computati i fondi europei né quelli provenienti da Regione e/o Stato. Si tenga conto che, aggiungendo ai 38,7 milioni di fondi comunali le risorse che sono state stanziare per Modena dall'Europa, dalla Regione e dallo Stato, si arriva per il 2019 ad un bilancio complessivo del Settore di 64 milioni di euro.

