



# Piano per il benessere e la salute 2013-2014 Distretto di Modena

Settembre 2013



## Indice

PARTE PRIMA.....	4
1. Premessa.....	4
2. Gli attori coinvolti e la partecipazione.....	5
3. Gli obiettivi strategici trasversali.....	7
3.1 Impoverimento: affrontare la crisi e contrastare povertà ed esclusione sociale (Contrastare la povertà estrema e l'impoverimento derivante dalla crisi economica).....	7
3.2 Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale (integrazione sociale degli immigrati).....	8
3.3 Immaginare e sostenere il futuro (nuove generazioni e responsabilità familiari).....	8
3.4 Sostenere il sistema dei servizi (accesso, servizio sociale territoriale, ufficio di piano).....	9
3.4.1 Sostenere la crescita del capitale sociale della comunità, valorizzare la corresponsabilità e la capacità dei cittadini e delle organizzazioni.....	9
3.4.2 L'accesso e la continuità assistenziale.....	10
3.4.3 La governance e la programmazione.....	11
3.4.4 Gestione dei servizi socio-sanitari e accreditamento.....	11
3.4.5 Programma Distrettuale per la non autosufficienza anno 2013.....	12
Elenco dei programmi previsti dalla Delibera di Giunta Regionale 855\2013.....	15
PARTE SECONDA.....	16
Obiettivi specifici.....	16
1.1 OBIETTIVI DEL SETTORE RESPONSABILITÀ FAMILIARI, CAPACITÀ GENITORIALI E SALUTE RIPRODUTTIVA DONNA.....	17
1.2 OBIETTIVI DEL SETTORE DIRITTI DEI MINORI E DEGLI ADOLESCENTI.....	22
1.3 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEI GIOVANI.....	26
1.4 OBIETTIVI DEL SETTORE IMMIGRAZIONE, ASILO, LOTTA ALLA TRATTA.....	30
1.5 OBIETTIVI DEL SETTORE CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE E ALLE POVERTÀ.....	32
1.7 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEGLI ANZIANI.....	37
1.8 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEI DISABILI.....	40
1.9 OBIETTIVI DEL SETTORE POLITICHE PER LA SICUREZZA STRADALE, SUL LAVORO E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI.....	43
1.10 OBIETTIVI DEL SETTORE PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE PREVALENTI.....	45
2. L'elenco delle associazioni, dei servizi e le attività\prodotto.....	48
3 La sostenibilità finanziaria del Piano di Zona.....	50

## **PARTE PRIMA**

### **1. Premessa.**

Il Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2013 – 2014 e relativo Piano attuativo 2013, in linea con l'introduzione delle importanti innovazioni nella programmazione sociale e sanitaria, punta l'attenzione sugli indirizzi specifici rispetto alla programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria e alla programmazione integrata con le altre politiche: educative, giovanili, del tempo libero e sportive, della casa, ambientali, economiche, della mobilità e delle sicurezze.

Le indicazioni regionali approvate il 18 giugno 2013 hanno confermato la validità di indirizzi e indicazioni contenute nel vigente Piano sociale e sanitario anche per gli anni 2013 - 2014. Infatti tenendo conto dell'attuale contesto in cui sussistono elementi di incertezza generale sia in termini di quadro politico nazionale e con esso delle risorse da destinare alle aree del sociale e della sanità, sia di riassetto istituzionale; la Regione non ha ritenuto opportuno concentrarsi immediatamente nella elaborazione di un nuovo strumento di pianificazione pluriennale, e ha definito invece alcune scelte di riferimento per orientare la programmazione territoriale per il 2013-2014.

Il Piano sociale e sanitario, pertanto, tuttora in corso, ha promosso obiettivi ancora validi nelle sue scelte di fondo, fatti salvi gli aggiornamenti sulle priorità evidenziate dalla crisi economica e sociale. Il quadro, infatti, di forte crisi economica si sta riflettendo anche in una crisi sociale che ha coinvolto i singoli cittadini, le famiglie, il tessuto economico e imprenditoriale della città. Pertanto il Piano attuativo 2013 e 2014 pur nella continuità degli obiettivi e delle modalità di lavoro ha dovuto tenere conto del rischio di rottura della coesione sociale orientando in particolare le risorse umane all'interno delle amministrazioni coinvolte verso azioni ascolto e accoglienza dei cittadini e di coordinamento delle numerose risorse territoriali in particolare del volontariato e dell'associazionismo.

In particolare quindi per il 2013 e 2014 continuerà la forte valorizzazione delle responsabilità gestionali nella filiera integrata dei servizi, con un riconoscimento della piena capacità di gestire servizi pubblici non solo alle forme gestionali pubbliche, ma anche alla gestione privata, mediante il sistema dell'accreditamento dei servizi, che, iniziato nel 2010, nel corso del 2013 vedrà un ulteriore sviluppo attraverso i contratti di servizio per le attività residenziali, semiresidenziali e domiciliari che riguardano gli anziani non autosufficienti e i disabili e il raggiungimento dell'unitarietà gestionale da parte di tutti i gestori.

La valorizzazione delle responsabilità ha riguardato e riguarderà anche il sistema del volontariato e dell'associazionismo attraverso la strutturazione di convenzioni e protocolli operativi orientati a definire chi fa che cosa e i sistemi di coordinamento con i servizi pubblici.

Il presente Piano attuativo rappresenta un ulteriore progressivo sviluppo nella definizione di politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie finalizzate al riconoscimento di diritti sociali per fasce di popolazione fragili o che presenta criticità, in assenza di un quadro normativo nazionale di riferimento, mediante la descrizione dettagliata dei servizi e interventi attivati sul territorio. I servizi per la non autosufficienza a cui sono finalizzati importanti interventi finanziari attraverso il Fondo Regionale per la non autosufficienza, assegnato agli ambiti distrettuali per la programmazione operativa e la gestione dei servizi nel corso del 2013 in continuità con l'anno precedente vede la contrazione della risorsa complessiva. In questo anno e nel prossimo continuerà la sperimentazione della tenuta del sistema complessivo, per valutare lo strumento dell'accreditamento dei servizi per anziani e per disabili e i criteri di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti dei servizi.

Il Piano attuativo 2013 e 2014 prosegue con l'approccio integrato a unificare le precedenti programmazioni locali nell'ambito della prevenzione e degli interventi integrati sociali e sanitari.

Ricomprende inoltre, l'insieme delle attività sanitarie territoriali realizzate negli ambiti degli stili di vita, della prevenzione, cura e riabilitazione, costituenti organicamente il contenuto del Piano delle Attività Territoriali (PAT) distrettuali del Distretto socio-sanitario e del Piano regionale per la prevenzione.

La centralità delle attività sociali, socio-sanitarie e sanitarie, integrata con le politiche educative, formative e del lavoro, della mobilità, delle politiche territoriali, sportive, giovanili e ambientali, proposte con un approccio integrato alle politiche relative ai principali servizi alla persona presenti nel nostro Distretto, garantisce che il Comune rinnovi costantemente la capacità di indirizzo e di programmazione rivolta ai temi sia del sociale e del socio-sanitario sia dei servizi sanitari.

Mai come oggi l'approccio integrato, multidisciplinare e interistituzionale è utile all'interno di un contesto in cui a fronte di bisogni crescenti le risorse complessive sono in calo.

Il Piano per la salute e il benessere sociale 2013 e 2014 fa riferimento, per la sua elaborazione e per la programmazione e il monitoraggio conseguente, al Comitato di Distretto di Modena e, per la sua gestione, all'Ufficio di Piano.

Pertanto si conferma la governance in capo al Comitato di Distretto, che svolge sia funzioni di governo della rete locale dei servizi sociali e socio-sanitari, sia funzioni di coordinamento, indirizzo e controllo relativamente ai servizi sanitari gestiti dal Distretto 3 della AUSL, con un forte orientamento all'integrazione, che assume valenza innovativa sia relativamente alle attività e ai servizi svolti direttamente dal Comune, (relativamente alle Politiche sociali, abitative, dell'istruzione, dello sport, delle sicurezze, economiche, delle politiche giovanili), sia rispetto alle politiche sanitarie gestite dal Distretto (in relazione con le politiche scolastiche, del lavoro, della programmazione della città), tenendo conto della necessaria integrazione con tutti i soggetti del terzo settore che operano nei diversi ambiti di attività sociale.

Nel Distretto di Modena, costituito dal Comune di Modena, dopo le elezioni amministrative del 2009 e la distribuzione delle deleghe effettuata dal Sindaco, il Comitato di Distretto è composto dall'Assessore alle Politiche sociali, sanitarie e abitative, con funzioni di Presidente, dai 4 Presidenti di Circostrizione della Città e dal Direttore del Distretto 3 della AUSL di Modena.

Nell'ambito della programmazione biennale il Comitato di Distretto ha individuato gli obiettivi sui quali focalizzare particolare attenzione anche a fronte di criticità sociali, socio-sanitarie e sanitarie che si presentano, avvalendosi dell'Ufficio di piano per la gestione operativa e il controllo delle attività.

## **2. Gli attori coinvolti e la partecipazione**

La programmazione dell'anno 2013 e 2014 si svolge per alcuni aspetti in continuità con gli anni precedenti e per altri in discontinuità.

Infatti le indicazioni regionali se da un lato hanno di fatto prorogato il piano 2009-2012, hanno anche introdotto significative variazioni soprattutto legate ai modelli di partecipazione attiva della comunità locale alla predisposizione del Piano attuativo biennale.

La situazione di profonda crisi nella quale anche il nostro territorio è inserito, rende indispensabile sviluppare ulteriormente il modello di sussidiarietà che vede un solido governo pubblico che mette a valore in modo coordinato e partecipato le risorse della comunità. Pertanto promuovere il fare solidale e la sussidiarietà significa governare un sistema complesso di servizi, attività, azioni e politiche, che coinvolge tutti gli attori presenti nel territorio, partendo da una programmazione partecipata, la cui responsabilità resta pubblica e a cui partecipano i soggetti sociali. Ciò consente di estendere la capacità di risposta e la competenza, integrando servizi storici e nuove risorse e aiutando il cittadino a sviluppare autonomia e salvaguardia della propria salute in un contesto più articolato e ricco.

In questa ottica il percorso già iniziato con la costruzione dei piani degli anni passati (a partire dal 2002) deve essere ulteriormente sviluppato per portare a compimento il processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, nel

rispetto delle funzioni di programmazione, committenza, gestione e produzione ascrivibili ai diversi attori del sistema.

Pertanto partendo da questo assunto è stato chiesto alle diverse associazioni, gruppi di volontariato e all'associazionismo di promozione sociale di esplicitare, dentro la programmazione locale, il proprio impegno concreto elencando tutte le diverse attività che svolgono non solo quelle che si sviluppano in accordo con il pubblico.

In questo quadro è ancora più fondamentale condividere obiettivi e pratiche di integrazione del sistema dei servizi e del sistema locale.

In questa prospettiva si collocano ad esempio:

- i progetti di comunità, volti a promuovere stili di vita sani, favorendo la realizzazione comune di interventi integrati, basati sull'evidenza, con la partecipazione di soggetti istituzionali e non;
- il coinvolgimento nella progettazione dei servizi attraverso la reciprocità di riconoscimento delle rispettive autonomie, con l'obiettivo di salvaguardare sia le attività professionali (spesso evidenziata da contratti) sia le attività volontaristiche;
- il confronto e la concertazione con le organizzazioni sindacali confederali, di categoria ..... come metodo di relazione tra le parti e che si realizza lungo tutto l'arco del processo, dalla programmazione alla valutazione degli esiti.

Partendo da questi presupposti è stata organizzata una conferenza di avvio della programmazione partecipata e sono stati impostati i tavoli di programmazione che in un primo incontro hanno dato riscontro della sintesi delle attività sia sul piano dei risultati (numerici) che del quadro economico complessivo.

Pur riconoscendo l'importanza dell'indicazione regionale di evidenziare maggiormente le politiche e le attività trasversali sono stati mantenuti gli obiettivi settoriali con l'impegno di utilizzare questo biennio per arrivare ad una progettazione trasversale. Pertanto sono stati attivati 10 tavoli di confronto, sono state raccolte le schede attività e sono stati effettuati 19 incontri dedicati alle seguenti aree settoriali:

- Responsabilità familiari, capacità genitoriali e salute riproduttiva donna;
- Diritti dei bambini e degli adolescenti
- Politiche a favore dei giovani
- Immigrazione, asilo e lotta alla tratta
- Contrasto all'esclusione sociale e alle povertà
- Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale
- Politiche a favore degli anziani
- Politiche a favore dei disabili
- Politiche per la sicurezza stradale e sul lavoro
- Politiche per la prevenzione delle Patologie prevalenti.

A questa fase di lavoro hanno attivamente partecipato i Settori e i Dipartimenti che gestiscono gli interventi pubblici del Comune e dell'Azienda USL, quali il Settore Politiche Sociali, sanitarie e abitative, il Settore Istruzione e rapporti con l'Università, il Settore Cultura e Politiche Giovanili, il Settore Politiche per la Sicurezza, le 4 Circoscrizioni cittadine, il Dipartimento di Cure Primarie, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento Salute Pubblica dell'Azienda USL territoriale e il Distretto di Modena, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, le ASP del Distretto di Modena, alcuni Istituti Scolastici, l'INAIL.

Hanno inoltre partecipato Associazioni di volontariato e di promozione sociale, cooperative e imprese presenti nella città che realizzano direttamente interventi nell'ambito delle attività del piano.

Durante questa fase ci si è concentrati per esprimere elementi di valutazione e raccogliere i primi orientamenti per gli obiettivi del biennio 2013 – 2014.

Successivamente sono stati raccolti i contributi delle diverse organizzazioni attraverso la raccolta di schede di attività che hanno visto una maggiore presenza delle organizzazioni del Terzo Settore e dei servizi pubblici. Sono stati sulla base di questo lavoro riconvocati i tavoli e definiti obiettivi settoriali che avessero l'attenzione alla trasversalità delle problematiche da affrontare.

In particolare sul tema "impoverimento" sono stati attivati dei focus group (che continueranno l'attività anche nel 2014) per maggiormente inquadrare e definire obiettivi praticabili e operativi con il coinvolgimento dell'intero sistema locale.

Da questo processo di lavoro è scaturita l'elaborazione del Piano attuativo 2013 e 2014 con attenzione agli obiettivi prioritari condivisi nei tavoli di lavoro, alle attività in programma per ciascun servizio, alle attività svolte dal terzo settore, alla individuazione di indicatori per la valutazione delle attività (sia quantitativi che di processo) e del quadro delle risorse finanziarie a disposizione per l'attuazione del piano.

### **3. Gli obiettivi strategici trasversali**

In linea con le indicazioni regionali il Piano attuativo 2013 e 2014 è stato fortemente orientato dagli obiettivi trasversali definiti dalla Regione. Infatti le politiche per la salute e il benessere sociale, perché possano continuare ad essere motore di sviluppo locale, occasione di occupazione e garanzia di sicurezza debbono affrontare le problematiche vaste e complesse che stanno mettendo alla prova i nostri territori. I fenomeni e i temi che emergono come di particolare interesse per la programmazione ed il lavoro futuro, che di seguito sono richiamati, hanno fatto da sfondo di tutta la programmazione e saranno oggetto di riflessione in una logica inclusiva e trasversale anche nel futuro.

#### **3.1 Impoverimento: affrontare la crisi e contrastare povertà ed esclusione sociale (Contrastare la povertà estrema e l'impoverimento derivante dalla crisi economica)**

Anche il territorio di Modena sta vivendo una crisi durissima, in cui aumenta la disegualianza sociale. In particolare si coglie sempre più la presenza di disagi "sconosciuti" al nostro sistema dei servizi, non ricompresi nel mandato istituzionale storico, che si manifestano in una fascia di popolazione che potremmo definire "ceto medio impoverito" e che in letteratura viene definita fascia dei "vulnerabili". Spesso si tratta di una popolazione in "silenziosa" che, pur partendo da una condizione economica decorosa, incrociano eventi esistenziali che – spesso a motivo della scarsità di risorse di rete o diminuzione e/o mancanza di reddito da lavoro o perché spinte a vivere al di sopra dei propri mezzi - finiscono per collocarli rapidamente ai confini della soglia di povertà. Numerosi sono i casi di famiglie e individui per i quali la perdita del lavoro e la difficoltà di trovare una nuova occupazione, comporta un progressivo e drammatico scivolamento nella povertà e/o il rischio della irregolarità della propria presenza nel caso dei cittadini stranieri.

L'impoverimento porta inevitabilmente a dover ripensare al sistema dei servizi sociali, educativi, sanitari, all'ambiente, allo sviluppo territoriale, allo sviluppo economico, alla casa, al lavoro, agli stili di vita e agli stili di consumo.

Pur essendo aperto un dibattito e una riflessione su questi temi spesso i servizi si sono occupati delle situazioni estreme di povertà investendo anche molte risorse sia umane che economiche rischiando di "marginalizzare" il proprio intervento e marginalizzare anche le problematiche. L'inversione di tendenza richiederà un lungo processo di lavoro che avrà beneficio dall'apertura dei servizi alla "comunità". Pur essendo questo un principio sancito anche a livello legislativo di fatto, molti servizi ancora funzionano in una logica autoreferenziale e tale modello spesso diviene anche lo stesso utilizzato dalle organizzazioni del Terzo settore e della comunità che ripiegano su se stesse e orientano la propria azione prevalentemente agli interessi dei partecipanti all'organizzazione stessa.

Invertire la tendenza richiede disponibilità al confronto, disponibilità allo "scontro" e soprattutto idee, stili di lavoro nuovi e sperimentazione concreta anche in progetti "piccoli" ma riproducibili o esperienze fortemente ancorate ad ambiti territoriali ristretti (rione, gruppi di strade, ecc..). Richiede inoltre una strategia e un metodo di sviluppo, di gestione, manutenzione e valutazione delle reti e dei risultati.

Questo lavoro iniziato fuori e dentro la progettazione dei piani di zona deve vedere nel corso del tempo la destinazione da parte dell'Ente Locale di risorse umane dedicate, portatrici di una cultura e di idee di valorizzazione delle responsabilità dei cittadini, della responsabilità sociale diffusa nella comunità e soprattutto di capacità tecniche, competenze e relazionali in grado di facilitare i processi di coesione del sistema dei servizi, delle organizzazioni del territorio (sia volontarie che professionali) e dei cittadini.

In questo contesto la promozione degli stili di vita sani e appropriati trova spazio nell'ambito di tutti i tavoli di lavoro pertanto si ritiene che questo argomento abbia caratteristiche trasversali. Infatti in tutte le aree tematiche sono state individuati attività orientate a promuovere il benessere e a prevenire situazioni di rischio e di patologia.

In particolare le attività di promozione di stili di vita "sani" rappresentano anche lo strumento per realizzare a livello distrettuale alcuni obiettivi contenuti nel Piano Attuativo Locale. Nello specifico si sottolineano le campagne di informazione e prevenzione già messe in campo con la necessità di orientare meglio rispetto ai target di utenza e della popolazione per garantire maggiori risultati. In merito si evidenzia che diverse attività hanno carattere provinciale e pertanto trovano un livello di programmazione anche su mandato della Conferenza socio-sanitaria provinciale.

Questo stesso obiettivo coinvolge anche gli stili concernenti i consumi sostenibili, l'attenzione alle risorse ambientali e i modelli dei budget familiari. Infatti elementi quali la povertà economica e relazionale incidono sullo stato di salute delle persone e delle famiglie.

### **3.2 Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale (integrazione sociale degli immigrati)**

Nella nostra città la popolazione residente immigrata straniera supera il 15% pertanto la presenza di una popolazione sempre più eterogenea (per provenienza, lingua, cultura, religione, condizione socio-economica) possiamo affermare che il fenomeno migratorio rappresenta uno dei fondamentali processi di cambiamento demografico di questi anni e del prossimo decennio (anche se non in maniera esaustiva).

Fenomeno "relativamente giovane" per la nostra città, caratterizzato da una specifica complessità giuridica e transnazionale, esso ripropone il tema della necessità di ridefinire, attraverso forme di reciproco interesse e coinvolgimento, un nuovo patto di cittadinanza tra immigrati e nativi e sollecita i servizi a definire risposte efficaci a fronte di bisogni e/o fenomeni di complessità inedita. Occorre pertanto riconoscere e valorizzare il contesto pluriculturale, ponendo al centro le persone con i loro diritti e doveri, per rafforzare la coesione sociale, garantire pari opportunità di accesso, equità di trattamento e prevenire potenziali discriminazioni e conflittualità sociali. Gli obiettivi e le azioni individuate nella programmazione sociale e sanitaria dovranno trovare un raccordo ed una dimensione intersettoriale nell'ambito dei Piani per l'integrazione dei cittadini stranieri, previsti dalla L.R. 5/2004.

### **3.3 Immaginare e sostenere il futuro (nuove generazioni e responsabilità familiari)**

In un quadro economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali si fa pressante la necessità di ripensare le politiche per le giovani generazioni, che paiono quelle maggiormente colpite dalla crisi, in una prospettiva di comunità locale, che sia attenta ai soggetti in crescita e che sia alla ricerca di garanzie per il proprio futuro, per la propria continuità, per il proprio rinnovamento.

In questo contesto assumono valore le azioni orientate alla coesione sociale, per favorire il dialogo tra le generazioni, garantire l'opportunità per l'espressione e la partecipazione alla vita sociale: Altrettanto importante è porre attenzione alle reali prospettive offerte dal mondo della scuola e della formazione in connessione con la dimensione del lavoro.

Occorre promuovere il benessere per la crescita dei bambini e dei ragazzi, garantire il sostegno alle funzioni genitoriali, attivare azioni di prevenzione per rompere la catena di riproduzione delle diseguaglianze sociali e favorire processi di inclusione: occorre pertanto investire e potenziare maggiormente le politiche sociali e educative nella loro funzione strategica di promozione del benessere. La presenza di giovani nati in Italia oppure arrivati in età pre-scolare che hanno i genitori immigrati stranieri, pone la necessità di evitare che questi ragazzi e giovani siano legati solamente alla eredità sociale, culturale e migratoria dei genitori,



valorizzando e promuovendo percorsi di cittadinanza attiva tra “pari”, analizzando e accompagnando i processi di confronto e incontro fra culture per sostenere percorsi identitari dei ragazzi intesi come processo/risultato delle esperienze maturate nel corso del tempo nel proprio contesto di vita.

E' inoltre importante mantenere l'attenzione agli interventi di protezione nelle situazioni complesse: dai crescenti casi di fragilità educativa alle situazioni più gravi che richiedono un'attivazione dei sistemi di protezione e tutela quali ad esempio i casi di allontanamento dei minori, di abuso e maltrattamento, di accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

In ogni caso nel perseguire obiettivi di promozione del benessere e di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza l'attenzione deve continuare ad essere posta sul sostegno alla genitorialità, sulla promozione di un contesto comunitario solidale, sulla prevenzione e cura delle situazioni “vulnerabili” o a rischio di esclusione sociale o maggiormente compromesse. Pertanto occorre offrire attività o opportunità di prossimità e domiciliarità, non solo sui temi di emergenza sociale, ma anche sulla tenuta e il consolidamento di alleanze nel sistema integrato tra servizi, ripensando ed attuando nuove forme di solidarietà e accoglienza a supporto delle famiglie che coinvolgano i professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari, del mondo della scuola, delle strutture residenziali e semiresidenziali, dell'associazionismo, della cooperazione e del volontariato, prevedendo anche percorsi formativi interprofessionali comuni. L'ottica di responsabilizzazione e coinvolgimento comunitario richiede un approccio che faccia leva sulle abilità dei genitori, sui loro bisogni, sulle loro motivazioni e sulle risorse presenti nel loro contesto sociale.

In questo contesto una attenzione particolare deve essere rivolta alla fascia di età dell'adolescenza sulla base delle linee di indirizzo approvato con DGR 590/2013 “Progetto Adolescenza”. Il progetto declinato a livello distrettuale deve caratterizzarsi con: interventi di prevenzione e promozione nei diversi contesti di vita degli adolescenti, attenzione agli adulti di riferimento, in una cornice coordinata e programmata delle azioni, che vede coinvolto tutto il sistema dei servizi sociali, sanitari, educativi sia pubblici che del privato sociale.

Una ulteriore particolare attenzione va dedicata al mantenimento e allo sviluppo della rete territoriale integrata per il contrasto alla violenza di genere e contro i minori, per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime, anche in applicazione delle linee guida/raccomandazioni regionali in corso di definizione a cura del gruppo regionale designato. Si dovrà realizzare una maggiore connessione fra i diversi ambiti e i servizi coinvolti nel contrasto alla violenza, individuando anche i punti di accesso alla rete dei servizi e le modalità di raccordo necessario ad ottimizzare le procedure di accoglienza e presa in carico.

### **3.4 Sostenere il sistema dei servizi (accesso, servizio sociale territoriale, ufficio di piano)**

#### **3.4.1 Sostenere la crescita del capitale sociale della comunità, valorizzare la corresponsabilità e la capacità dei cittadini e delle organizzazioni**

La priorità del welfare territoriale di valorizzare e sostenere la capacità delle comunità locali, fatta di relazioni sociali, familiari, amicali, di vicinato, di solidarietà e di volontariato, di farsi solidali nei momenti di difficoltà, la presenza di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto è determinante per la possibilità di far fronte alla crisi. Questa risorsa può essere sostenuta con l'assunzione piena di responsabilità del pubblico e con il riconoscimento della funzione pubblica dei soggetti della società civile, che vengono chiamati a partecipare alla programmazione ed alla individuazione delle priorità per la pianificazione sociale e sanitaria.

I servizi pertanto debbono essere impegnati a sostenere, ascoltare, ridare voce e salute alla comunità locale che va riconosciuta nelle sue diverse forme, più o meno organizzate. Devono prestare attenzione alle opportunità che offre la comunità con l'attenzione al rischio che “professionalizzare” troppo la comunità locale rischia di togliere spazi vitali/ autonomia alla comunità stessa.

In questo contesto di lavoro (riattivare le risorse della comunità) assume particolare rilievo l'acquisizione di un metodo e l'attivazione di azioni volte, prima di tutto, ad aiutare le persone a rafforzare i propri

“funzionamenti” e a sviluppare le proprie “capacità” individuali, familiari, e delle reti. Questo può aiutare ad abbassare i livelli di conflittualità, a mitigare gli effetti della crisi sulle famiglie e sui singoli, a promuovere scambi e integrazioni di professionalità nel mondo dei servizi. Promuovere la “corresponsabilità” delle persone significa dare voce ai diritti e promuovere la capacità dei singoli di “mettersi in gioco” per se stessi e per la propria comunità.

### **3.4.2 L’accesso e la continuità assistenziale**

Uno degli obiettivi prioritari rimane la realizzazione di un sistema di welfare basato su di una prospettiva dei diritti dei cittadini all’accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura, superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni.

L’attività di sviluppo dello sportello sociale rappresenta un primo livello di assistenza di ambito regionale, (pur in assenza di una definizione nazionale appropriata) con l’obiettivo di favorire una connessione e un coordinamento tra loro dei diversi punti della rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, pubblici e privati, al fine di garantire pari opportunità tra i cittadini nell’accesso e favorire la completezza dell’informazione nei diversi punti della rete.

Rispetto alle attività di presa in carico integrata significativi risultati sono stati raggiunti in alcuni processi di lavoro come: le dimissioni protette, l’accesso alla rete residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, la gestione dei servizi socio-sanitari, il potenziamento delle attività delle Unità di valutazione Multidimensionale rivolte alle diverse tipologie di utenza (minori, disabili, anziani, pazienti psichiatrici, ecc...). Si ritiene che altri obiettivi devono essere raggiunti per omogeneizzare nella rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari i modelli e i significati della presa in carico con lo scopo di costruire e rafforzare la cura delle persone, soprattutto delle famiglie a fronte di bisogni complessi. Per raggiungere questo obiettivo occorre lavorare con i professionisti per costruire una cultura condivisa e garantire modelli organizzativi in grado di assicurare il coordinamento delle attività con il coinvolgimento di diverse organizzazioni e servizi per arrivare ad individuare un responsabile del coordinamento delle attività di progettazione e attuazione dei piani individualizzati in relazione ai bisogni individuati. Sul piano istituzionale ed organizzativo-gestionale si conferma che gli strumenti operativi per realizzare e costruire stati di avanzamento dell’obiettivo sono gli Accordi di programma e i Protocolli operativi.

In merito al servizio sociale territoriale va ricercato e favorito, lo sviluppo di modelli organizzativi e gestionali coerenti con il dettato e l’attuazione della L.R. 21/2012 e della L.R. 12/2013 che permettano di accompagnare il cittadino verso la soluzione adeguata ai bisogni espressi, occorre che il servizio sociale territoriale, in un’ottica comunitaria, a partire dai Piani assistenziali ed educativi, assieme alle risorse e ai servizi del welfare locale, includa e attivi le risorse del contesto di vita. Pertanto nel consolidare la rete dei servizi, il governo e la responsabilità pubblica del welfare locale, occorre operare per sviluppare empowerment del soggetto e delle famiglie, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche al fine di contrastare l’individualismo che caratterizza la contemporaneità; utilizzare e stimolare forme di auto mutuo-aiuto e servizi autogestiti; prevedere servizi di prossimità che incontrino i cittadini nei contesti di vita, sappiano cogliere e valorizzare il “capitale sociale” della comunità di riferimento.

In questo contesto occorre valorizzare i professionisti del sociale e del sanitario al fine di migliorare l’integrazione anche attraverso un più alto livello di condivisione di valori, di prospettiva e di modalità operative tra i principali protagonisti che interagiscono nel sistema e che ne determinano la qualità del suo funzionamento. Infatti è dagli operatori e dai professionisti che, principalmente, dipende l’appropriatezza delle risposte e l’efficienza del sistema, per la complessità e per il forte decentramento che contraddistinguono i servizi. Pertanto è indispensabile, soprattutto in una fase dominata dal razionamento delle risorse, per produrre contemporaneamente maggiore qualità e maggiore efficienza coinvolgere responsabilmente i professionisti e gli operatori. In questo ambito si possono ricercare le più rilevanti innovazioni per una migliore qualificazione dei servizi e della spesa in una prospettiva di riorganizzazione.

### **3.4.3 La governance e la programmazione**

L'esperienza maturata negli anni di attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 (prorogato fino al 2014) e in attesa che si definisca maggiormente il quadro normativo di riferimento, attraverso l'attuazione della L.R. 21/2012 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza" e della L.R. 12/2013 "Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende Pubbliche di servizi alla persona" nell'ambito del Distretto si dovrà sviluppare l'attenzione sull'attuale esperienza gestionale per arrivare entro il 10 febbraio 2014 a predisporre un piano di azioni che analizzi il ruolo delle ASP nel sistema di erogazione e produzione dei servizi e pertanto delinea con ancora maggiore chiarezza la funzione sociale e socio-sanitaria in capo all'Ente Locale.

Il sistema di governance dovrà sviluppare nuovi strumenti di rilevazione dei bisogni anche attraverso una maggiore integrazione tra i Direttori di Distretto, i DDAASS e i Responsabili degli Uffici di Piano.

Il sistema dovrà acquisire competenze specifiche per lo sviluppo di momenti di confronto con tutti i soggetti interessati finalizzati alla rilevazione di nuovi bisogni sui quali sviluppare una programmazione integrata.

In tale percorso una particolare attenzione dovrà essere posta al rafforzamento del ruolo del Distretto come garanzia di una risposta integrata e coordinata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali e come consolidamento e semplificazione del sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria, intesi anche come capacità di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza.

Inoltre si ritiene importante consolidare il ruolo e l'apporto dell'Ufficio di piano distrettuale nel processo della programmazione territoriale e nell'esercitare le funzioni ad esso attribuite dalla normativa regionale e che hanno contribuito a farne uno snodo di relazioni e attività fondamentale per il rafforzamento dell'ambito distrettuale, quale luogo di definizione delle azioni definite dalle politiche sociali e socio-sanitarie decise nei Comitati di Distretto. La struttura dell'ufficio di Piano dovrà essere rafforzata attraverso una maggiore stabilità organizzativa e sviluppo di competenze adeguate che dedichino un tempo continuativo all'attività di analisi, studio, elaborazione documenti e report, organizzazione e coordinamento tavoli di confronto, supporto alle attività del

Comitato di distretto. In questo diviene fondamentale che venga definito adeguatamente il rapporto tra Ufficio e Azienda AUSL per garantire che rispetto alle funzioni ad esso assegnate, ed in particolare per quelle di programmazione territoriale e di monitoraggio e verifica e che l'ufficio si configuri come punto di snodo e collegamento tra i Comuni e il Distretto sanitario.

### **3.4.4 Gestione dei servizi socio-sanitari e accreditamento**

Il quadro attuale delle modalità gestionali presenti nei servizi sociali e socio-sanitari nel Distretto vede la presenza di un assetto di welfare mix circa le forme gestionali realizzate, con l'obiettivo di realizzare i miglioramenti possibili circa l'efficacia delle soluzioni, la qualità dei servizi erogati e gli standard garantiti.

Nel corso del 2013 e 2014 è prevista continuità dell'applicazione del sistema di accreditamento dei servizi relativa ai settori anziani e disabili, sulla base della normativa regionale in evoluzione. In particolare si ritiene di confermare che il governo degli accessi e quindi lo sportello sociale e il servizio sociale professionale continueranno a fare riferimento diretto alla gestione del Comune, nelle fasi dell'informazione e dell'orientamento, primo incontro, della valutazione della domanda, della presa in carico e invio ai servizi pertinenti, al fine di garantire un equilibrato ricorso ai servizi e una più efficace capacità di governo degli accessi.

Si conferma che anche nell'ambito delle politiche educative e della prima infanzia, il governo degli accessi sia regolato direttamente dal Comune, pur con norme condivise con il complesso dei gestori.

Inoltre si conferma l'importanza di mantenere in capo direttamente al Comune una capacità gestionale dei servizi, sia al fine di poter esercitare efficacemente il controllo sulle attività gestite da soggetti terzi, in una prospettiva di pluralismo delle forme gestionali che consenta valutazioni comparate sulla economicità ed efficacia dei servizi, sia per potere sperimentare direttamente anche innovazioni che – stante il ridotto valore aggiunto – non presenterebbero interesse per i gestori privati.

Per quanto concerne l'altra parte dei servizi sociali ed educativi comunali realizzata da soggetti del Terzo Settore, nelle diverse componenti imprenditoriali o associative presenti si conferma il sostegno alle forme associative presenti nel territorio per la gestione di servizi di interesse pubblico, qualora siano presenti nel dare risposte ai bisogni sociali o abbiano interesse ad intervenire su aree di bisogno condivise. Per i servizi accreditati si ritiene superato il sistema degli appalti procedendo alla stipula dei contratti di servizio previsti dalla normativa regionale. Si intende invece confermare il ricorso all'appalto di servizi per le altre attività sociali e educative in particolare per quelle attività in cui è presente una significativa complessità organizzativa, così come la collaborazione con le attività imprenditoriali private presenti.

Dal quadro espresso emerge un disegno organico e stabile di una pluralità di soluzioni gestionali, nel contesto di un disegno caratterizzato da un ruolo di governo della rete e dalla gestione anche significativa di alcuni servizi da parte del Comune e la forte responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nella gestione di alcuni servizi.

### **3.4.5 Programma Distrettuale per la non autosufficienza anno 2013**

Il piano distrettuale attuativo 2013 è caratterizzato da continuità con i Piani precedenti e da alcune principali novità che sono rappresentate :

- dalla messa a punto del sistema tariffario previsto per la gestione del fondo regionale per la non autosufficienza per il finanziamento dei servizi per anziani e disabili;
- dal pieno utilizzo di tutte le risorse relative ai Fondi nazionali definite da programmi regionali;
- dal rispetto dei parametri di compartecipazione al costo dei servizi da parte dei cittadini definiti dalla regione all'interno del sistema tariffario;
- dalla continuità nella realizzazione del processo di accreditamento e dei relativi contratti di servizio dei servizi per anziani e per disabili con il raggiungimento dell'unitarietà gestionale come previsto dai diversi piani di adeguamento delle singole strutture accreditate.

In questo contesto la elaborazione della contabilità complessiva del budget 2013 del Fondo ha utilizzato il consuntivo 2012 tenendo conto delle priorità definite dal comitato di Distretto e del quadro delle risorse 2013.

Per quanto riguarda gli **anziani** gli obiettivi individuati sono:

1. **Sistema di accesso, valutazione e presa in carico e di accompagnamento:** \_valorizzazione e implementazione del percorso professionale e multiprofessionale con particolare riguardo alle consulenze, al rapporto AS/MMG; ai criteri per l'accesso alle residenze e semiresidenze;
2. **Interventi di sostegno al domicilio:**
  - maggiore coordinamento tra i diversi strumenti per il sostegno a domicilio (Assegno di cura, sostegno e formazione per le famiglie che usano collaboratrici familiari private, progetto Home care Premium, Assistenza domiciliare, trasporti, pasti, telesoccorso e teleassistenza, programma dimissioni protette, attività rivolta ai gruppi);

- particolare attenzione allo sviluppo di forme flessibili di accoglienza temporanea di sollievo sia residenziale che semiresidenziale e la definizione di progetti speciali per le patologie demenziali all'interno dei diversi servizi presenti in città;
3. **Strutture residenziali:** proseguire il percorso di qualità previsto e raggiungere l'obiettivo di aumentare il soddisfacimento della domanda al fine di diminuire la lista di attesa programmando l'espansione dei posti per mantenere il parametro minimo del 3% degli anziani ultrasettantacinquenni al 1.1.2012.

Per quanto riguarda i **disabili** gli obiettivi individuati sono:

- a) **Sistema di accesso, valutazione e presa in carico e di accompagnamento:** valorizzazione e implementazione del percorso professionale e multiprofessionale con particolare riguardo alle consulenze, al rapporto AS/MMG; sviluppo di programmi di comunità;
- b) **Interventi di sostegno al domicilio:** rafforzamento degli interventi a sostegno delle famiglie e di assistenza domiciliare, del programma di dimissioni protette, del potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria nei percorsi domiciliari (Assegno di cura per disabili gravi e gravissime disabilità acquisite – DGR 1122/02 e DGR 2068/04, Assistenza domiciliare e servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura - trasporti, pasti, telesoccorso e teleassistenza, attività rivolta ai gruppi, Accoglienza temporanea per l'autonomia personale ed il sollievo dei caregiver, Centri socio-riabilitativi diurni e Centri socio-occupazionali); in particolare l'obiettivo 2013 consiste nel garantire risposta a tutta la domanda di sollievo espressa dalle famiglie; i programmi, finalizzati ad alcune patologie specifiche, saranno finanziati in parte con il Fondo nazionale.
- c) **Strutture residenziali:**
  - consolidamento nella capacità di risposta dei servizi residenziali sia per quanto riguarda il livello alto che il livello medio con particolare attenzione al quadro di costi elevati in relazione a contratti del lavoro pubblici o speciali (ASP e ANFFAS);
  - continuità della esperienza rivolta alla disabilità acquisita con l'attenzione al nucleo dedicato e ai posti residenziali dedicati nelle case residenze per anziani diffondendo l'esperienza anche in altre case residenza;
  - consolidamento delle attività volte alla creazione di autonomia e autodeterminazione in particolare nel 2013 saranno consolidate le attività sviluppate sinergia con cooperative di abitazione e con la Fondazione Vita Indipendente.

Per quanto riguarda i **programmi trasversali** per anziani e disabili gli obiettivi sono:

- a) **Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari:** si prevede la prosecuzione del protocollo di intesa con la Provincia di Modena per la gestione dello sportello di intermediazione domanda-offerta di lavoro presso il centro per l'impiego, lo sviluppo delle attività di formazione delle collaboratrici familiari con risorse del FRNA;
- b) **Servizi di consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico:** il programma prevede il miglioramento delle attività di erogazione di contributi a sostegno delle persone con disabilità a livello distrettuale, mantenendo e confermando la rete territoriale di supporto agli ambiti distrettuali della provincia.
- c) **Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili:** il programma prevede una ridefinizione delle azioni a sostegno delle reti sociali sviluppando maggiormente le sinergie con le associazioni per poter garantire un maggiore coinvolgimento della comunità cittadina nella programmazione delle attività; in particolare saranno sperimentate le nuove modalità per le attività di terapia iniettorica e le attività occupazionali volontarie; continueranno le attività di: attività motorie per la terza età, percorsi di allenamento della memoria, orti per anziani, centri territoriali di socializzazione, soggiorni estivi a Pinarella, Prevenzione e monitoraggio anziani fragili, attività del tempo libero per disabili, servizio di aiuto alla persona (SAP), progetti di vita indipendente, transizione alla vita adulta, emergenze climatiche.



## **Elenco dei programmi previsti dalla Delibera di Giunta Regionale 855\2013**

2.2 Schede di progetto per l'adesione al <<Programma provinciale a sostegno delle politiche sociali>>.

2.3.1 Programma “Oltre la strada – interventi a sostegno delle vittime della tratta, sfruttamento e riduzione in schiavitù”;

2.3.2 Programma “Interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazione della libertà personale”

2.3.3 Programma “Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le famiglie”.

2.4.2. FSL Impoverimento: affrontare la crisi e contrastare povertà ed esclusione sociale (Contrastare la povertà estrema e l'impoverimento derivante dalla crisi economica)

2.4.3 FSL Immaginare e sostenere il futuro (nuove generazioni e responsabilità familiari).

2.4.4 FSL Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale (integrazione sociale degli immigrati)

2.4.5 FSL Sostenere il sistema dei servizi (accesso, servizio sociale territoriale, ufficio di piano, ...)

2.5 Progetti innovativi territoriali per l'armonizzazione dei tempi di vita e di lavoro

2.6 Programma per azioni e interventi per anziani e famiglie

## PARTE SECONDA

### Obiettivi specifici

Di seguito sono elencati gli obiettivi di salute e benessere sociale per i diversi target settoriali. Come enunciato nella parte prima nel piano 2013 – 2014, la scelta del Comitato di distretto ha voluto dare continuità ai lavori dei tavoli con alcuni elementi di innovazione. In particolare in merito alle attività rivolte alle Dipendenze queste sono state inserite all'interno di altri obiettivi settoriali quali: politiche giovanili, contrasto all'esclusione sociale e alle povertà e nel sott'obiettivo settoriale salute mentale oltre che all'interno delle patologie prevalenti. Inoltre come scelta strategica le attività rivolte alla tutela della salute mentale degli adulti sono state inserite nell'ambito del programma contrasto all'esclusione sociale e alle povertà in una logica trasversale che evidenziasse la sofferenza psichiatrica senza creare stigmi o connessioni improprie con la disabilità.

Infine dalle singole schede attività sono state estrapolate alcune schede che riguardavano i Settori e i Servizi che hanno una loro sezione dedicata ed è stata rilevata nella stessa logica l'attività complessiva svolta dalle associazioni a cui è stata dedicata una sezione dedicata.

Questo ha permesso di evidenziare maggiormente nell'ambito dei diversi settori e target di intervento le attività e i prodotti che vengono garantiti nell'ambito della rete e di mettere in risalto le organizzazioni sia pubbliche che del volontariato che “producono” le diverse attività della rete.

Ogni settore di attività è organizzato, sulla base delle schede regionali, con una premessa che evidenzia alcuni dati condivisi nei tavoli di lavoro e brevi considerazioni sui bisogni sui quali si intende puntare l'attenzione; un successivo elenco delle attività rivolte al settore/target, le associazioni e i servizi che producono tali attività e infine una sintetica scheda che riassume gli obiettivi prioritari e le relative azioni da implementare.

Nonostante i tentativi di semplificazione per dare evidenza a quanto esiste nel territorio, il documento risulta in ogni caso “corposo” ma rappresenta un disegno organico e il più possibile completo in un'ottica sempre più comunitaria della nostra realtà locale.

Nelle pagine che seguono sono elencate:

- le attività e i prodotti che sono contenuti in apposite schede in allegato che è possibile consultare attraverso i link dedicati (collegamento ipertestuale ad ogni singola attività elencata)
- i servizi che hanno partecipato alla stesura del piano descritti in apposite schede contenute in un allegato che è possibile consultare attraverso i link dedicati (collegamento ipertestuale ad ogni singolo servizio elencato)
- le associazioni che hanno inviato schede specifiche di attività contenute in un allegato che è possibile consultare attraverso i link dedicati (collegamento ipertestuale a scheda associazione); le associazioni che hanno inviato schede sono al momento un numero limitato ma essendo questo un prodotto aperto è possibile per tutta la durata del piano integrare le schede.



## **1.1 OBIETTIVI DEL SETTORE RESPONSABILITÀ FAMILIARI, CAPACITÀ GENITORIALI E SALUTE RIPRODUTTIVA DONNA**

### ***BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE***

La popolazione residente a Modena al 31.12.2012 ha raggiunto i 186.040 abitanti (a fronte dei 185.699 presenti alla fine del 2011).

Confrontando la popolazione residente in città nel 2002, quando i cittadini modenesi erano 178.311, si evidenzia una crescita lieve e progressiva negli ultimi 10 anni di circa 8.000 abitanti.

La componente straniera rappresenta, sia a causa dei flussi migratori sia a causa dei più elevati livelli di fecondità, uno dei principali motivi della crescita della popolazione residente: al 31\12\2012 il numero di stranieri immigrati è pari a 29.518 (15,86 % dei residenti). Dal 31\12\2000 al 31\12\2012 la popolazione straniera è cresciuta del 250% (passando da 11.738 unità a 29.518) a fronte di una crescita della popolazione provinciale, nello stesso periodo, del 5,8%.

Nel 2012 le nazionalità maggiormente presenti sono: Marocco con 3.606 persone residenti, Ghana con 2.979, Romania con 2.800, Filippine con 2.707, Albania con 2.426, Moldavia con 2.016, Ucraina con 1.873, Tunisia con 1.322, Turchia con 1.101, Nigeria con 1.052, Cina con 872. Da segnalare che a fronte di un leggero aumento della presenza della maggior parte delle nazionalità, si registra invece un lieve calo dei residenti per le nazionalità di Marocco, Tunisia e Turchia.

Al 31\12\2012 si conferma la ripartizione percentuale nelle macro aree di provenienza: il contingente degli immigrati europei è pari al 42%, mentre il 36,08% proviene dall'Africa, il 17,06% dall'Asia e il 4,86% proviene dagli altri continenti (in prevalenza sudamerica).

Continua a crescere anche il numero delle famiglie, che alla fine del 2012 sono 84.997 (erano 84.714 nel 2011 e 82.935 alla fine del 2009, a fronte delle 71.339 nel 1996).

Aumentano in particolare le famiglie unipersonali, le quali rappresentano ormai il 39,23 % delle famiglie, mentre nel 1996 erano pari al 26,78% del totale.

Sono stabili rispetto al 2011 le famiglie con tre o più componenti, pari al 33,12% (ma erano il 43,7% nel 1996).

La dimensione delle famiglie nella città osserva un trend negativo costante, che vede diminuire il numero medio di componenti da 2,45 nel 1996 a 2,19 nel 2012.

Rispetto alla natalità e alla fecondità, nell'ultimo anno si rileva un leggero calo delle nascite che sono state 1.671, mentre i nuovi nati del 2011 erano stati 1.721, in ogni caso si confermano stabilmente in ripresa rispetto ai 1.507 nati nel 1997.

I matrimoni celebrati a Modena nel 2012 sono stati 527 (in aumento rispetto i 493 del 2010 - dato minimo degli ultimi 30 anni). Si conferma la prevalenza dei matrimoni celebrati con rito civile che sono stati 311 pari al 59%, mentre i matrimoni celebrati con rito religioso sono stati 216 pari al 41%. Oltre il 71,5% di queste unioni è tra persone italiane mentre i matrimoni in cui almeno un nubendo è straniero sono il 28,5%.

Al 31/12/2012 i minori residenti a Modena risultano pari a 29.949 (29.697 nel 2011), raggiungono così il 16,09 % della popolazione residente, mentre nel 1996 erano pari a 24.959 (il 14,25% dei residenti).

Sono inoltre in crescita le classi di età minorili fino a 13 anni (da 20.453 nel 2008 a 23.610 nel 2012), mentre sono stazionarie o in leggero calo le classi dai 14 ai 17.

La popolazione anziana al 31.12.2012 ultra 65 anni corrisponde a 42.685 ( 22,94% sulla popolazione totale) mentre gli ultra 75 anni sono 22.194 (pari al 11,93%) di questi il 4,48% vive solo (corrispondente a 8.342 anziani). Le persone con più di 75 anni sono più che raddoppiate nel comune di Modena, passando dal 4,86% nel 1981 all'11,93% nel 2012.

Da una recente indagine svolta dalla Casa delle donne dal titolo “Femicidi in Italia: i dati raccolti sulla stampa relativi al 2012”, si evince come nel corso dell'anno 2012 sono stati registrati 124 casi di femicidio. Il numero assoluto risulta inferiore a quello dell'anno precedente; fino al 2011 infatti, le nostre ricerche evidenziavano un andamento in crescita dei femicidi. Si ritiene tuttavia che tale leggera diminuzione, da 129 a 124 casi, non debba essere considerata come il segnale di una diminuzione del fenomeno, soprattutto considerando che il numero di donne uccise nel 2012 è comunque superiore al numero relativo al quinquennio 2005 – 2009. Rispetto agli anni precedenti, per il 2012 sono stati raccolti anche i casi di tentato femicidio, ossia tutti quegli eventi in cui la donna non ha perso la vita ma è stata comunque gravemente ferita.

Nel 2012 sono stati 47 i casi di tentato femicidi riportati dalla stampa: anche questo numero è sicuramente da considerarsi sottostimato, più di quanto non lo sia il numero dei femicidi. Infatti la stampa riporta in evidenza per lo più i casi eclatanti, in cui la morte della donna è stata evitata in extremis

I dati sugli autori, le vittime, il contesto dei femicidi, nonché sulla relazione tra autori e vittime, si confermano in continuità con quelli degli anni precedenti. Il 69% delle donne uccise sono italiane, il 73% degli autori dei femicidi sono anch'essi italiani. Il 60% dei femicidi avviene nel contesto di una relazione intima tra vittima e autore, in corso o conclusa. Nel 25% dei casi le donne uccise erano in procinto di porre fine alla relazione o l'avevano già fatto. Nel 63% dei casi il femicidio si realizza in casa, sia essa della vittima, dell'autore o di un familiare. Anche nel 2012 le donne non sono le sole vittime dei femicidi: altre 8 persone, in maggioranza figli della donna o della coppia, pagano con la vita questa estrema forma di violenza di genere.

Un dato interessante su cui pare opportuno soffermarsi è quello riguardante il numero di casi in cui la stampa riporta l'informazione sulla presenza di precedenti di violenza e maltrattamento contro la vittima effettuati dall'autore. Ebbene se fino al 2011 in quasi il 90% dei casi riportati dalla cronaca tale tipo di informazione non era reperibile, perché l'articolo non ne faceva cenno, oggi sappiamo invece che il 40% delle donne uccise nel 2012 aveva subito precedenti violenze da quel partner od ex che poi l'ha uccisa. E' un dato che evidenzia come esista un legame profondo tra violenza di genere e femicidio. Al tempo stesso questo dato dice anche un'altra cosa molto importante, ovvero come sia assolutamente necessario e urgente fermare la violenza prima che essa giunga all'irreparabile.

Ci sembra importante riportare in sintesi l'attività del Centro LDV (Liberiamoci Dalla Violenza) di Modena perché è uno spazio in ambito sanitario, unica esperienza a livello nazionale su questo tema, e si propone come un punto specifico competente per il trattamento della violenza di genere teso a fornire una risposta appropriata direttamente agli autori.

Dalla data di apertura, 2 dicembre 2011, si sono rivolti al Centro LDV per chiedere aiuto rispetto al loro comportamento violento verso le partner 22 uomini. Due di questi, dopo un primo contatto telefonico, hanno disdetto gli appuntamenti; in totale si sono dunque incontrati 20 uomini. Di questi, attualmente seguono il programma in 15; due uomini hanno già concluso il trattamento mentre i restanti tre uomini hanno abbandonato perché poco motivati ad iniziare un percorso di cambiamento e ad assumersi la responsabilità delle loro azioni violente.

Degli uomini finora incontrati, 18 sono italiani e 2 stranieri. La maggioranza ha un'età compresa tra i 36 ed i 50 anni. È presente ampia eterogeneità dal punto di vista professionale e socioeconomico: operai, artigiani, commercianti, impiegati, liberi professionisti, rappresentanti, pensionati. Tre di essi risultano in cerca di occupazione. Il titolo di studio degli uomini giunti al Centro è in prevalenza il diploma (45%). Per quanto riguarda le città di residenza, nove uomini risiedono a Modena, due a Vignola, uno a Castelfranco, uno a Nonantola, uno a Sassuolo, uno a Castellarano, uno a San Cesario, uno a Novi di Modena, uno a Reggio Emilia, uno a Mantova ed uno nella provincia di Bologna. La maggioranza degli uomini risulta separata (45%), mentre gli uomini coniugati o conviventi rappresentano il 50% del totale. Fra gli uomini incontrati il 90 % ha almeno un figlio. Questo elemento richiede, nell'ambito della terapia, di approfondire ed affrontare l'aspetto relativo alla genitorialità e focalizzare il trattamento sul loro essere padri e su quanto la violenza possa incidere sui figli e sulla loro relazione con essi. Nei primi mesi di lavoro si è riscontrata un'alta percentuale di uomini (65 %), che hanno conosciuto il Centro attraverso la rete dei servizi territoriali, che risultano dunque informati rispetto all'attivazione di LDV.

Le donne che nel corso dell'anno 2012 si sono rivolte al centro contro la violenza delle donne di Modena sono state 262.

In relazione ai bisogni in merito alle RESPONSABILITÀ FAMILIARI, CAPACITÀ GENITORIALI E SALUTE RIPRODUTTIVA DONNA nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- Lavorare sulla famiglia significa sviluppare la capacità delle comunità locali, fatta di relazioni sociali, famigliari, amicali, di solidarietà e di volontariato, di farsi solidali nei momenti di difficoltà; significa rafforzare la presenza di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto come elemento determinante per la possibilità di far fronte alla crisi. In questo contesto il coinvolgimento dei gruppi, delle associazioni e anche del privato non profit e profit rappresenta una priorità che orienta tutta l'impostazione del welfare territoriale
- E' necessario operare per sviluppare empowerment del soggetto e delle famiglie, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche al fine di contrastare l'isolamento e l'individualismo; stimolare la creazione di nuove aggregazioni sociali, quali forme di auto mutuo-aiuto e servizi auto-gestiti; prevedere servizi di prossimità che incontrino i cittadini nei contesti di vita, sappiano cogliere e valorizzare il "capitale sociale" della comunità di riferimento; coinvolgere i professionisti del sociale, del sanitario e dei sistemi educativi al fine di consolidare un rapporto tra reti professionali e reti informali; garantire formazione e monitoraggio delle reti; in questo ambito occorre porre l'attenzione su due fasi della vita familiare che riguardano la nascita e tutte le diverse forme di sostegno alla genitorialità con attenzione sia alla maternità che alla paternità attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini;
- Sviluppare riflessioni e azioni che possano attivare forme di sostegno ai caregiver che spesso sono di genere femminile come sono di genere femminile le assistenti familiari private (da sostenere con azioni per la qualificazione del lavoro di cura); la cura riguarda sia i soggetti fragili o non autosufficienti all'interno delle famiglie ma riguarda anche i componenti in età evolutiva; attività di conciliazione quali quelle sviluppate in passato a fronte della crisi in atto rischiano di perdere significato e occorre ripensare alla salute delle famiglie e dei suoi componenti in una chiave nuova;
- A fronte dei numerosi episodi di violenza intrafamiliare (con episodi di femmineicidio), che probabilmente la crisi economica acuirà (non vi sono ancora dati disponibili di confronto) diviene urgente consolidare la rete territoriale integrata per il contrasto alla violenza di genere e contro i minori e per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime, il lavoro iniziato sugli uomini che attuano la violenza e perfezionare procedure, prassi operative, ambiti e modalità di collaborazione, in coordinamento con la scuola e le forze dell'ordine per diffondere l'informazione punti di accesso alla rete dei servizi e le modalità di raccordo necessario ad ottimizzare le procedure di accoglienza e presa in carico, riconfermando così nel lavoro di rete la strategia principale per contrastare e prevenire la violenza di genere .

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

[Centro per le famiglie: area informazione \(Pol. sociali\)](#)

[Centro per le famiglie: area sostegno alla genitorialità \(Pol. sociali\)](#)

[Centro per le famiglie: area sviluppo di comunità \(Pol. sociali\)](#)

[Promozione dell'allattamento \(Ausl\)](#)

[Assistenza alla gravidanza fisiologica \(Ausl\).](#)

[Federfarma: sostegno all'allattamento](#)

[Prevenzione e contrasto alla violenza di genere \(Politiche sociali\)](#)

[Prevenzione e contrasto alla violenza sulle donne e progetto LDV \(Ausl\)](#)

[Protocollo Sostegno alle Maternità difficili \(Pol sociali-Ausl\)](#)

[Prevenzione IVG \(Ausl\)](#)

[Federfarma: sconto pensionati e family card](#)

[Interventi di sostegno all'accoglienza in famiglia \(Politiche sociali\)](#)

[Servizi a sostegno della genitorialità \(Politiche sociali\)](#)

#### **Elenco delle Associazioni**

[Associazione Casa delle donne onlus](#)  
[Associazione Centro di aiuto alla vita](#)  
[Associazione Centro famiglia di Nazareth](#)  
[Associazione Gruppo Donne e Giustizia](#)  
[Associazione Differenza Maternità](#)  
[Associazione Mamme per le mamme](#)  
[Associazione UDI Modena](#)  
[Associazione Il cesto di ciliegie](#)

#### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)  
[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità](#)  
[Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale](#)  
[Dipartimento Cure Primarie](#)  
[Consultorio familiare](#)  
[Pediatria di comunità](#)  
[Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(CNPIA\)](#)  
[Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)

#### **Inoltre**

Federfarma  
Centro servizi volontariato  
Coop Estense

#### ***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotto sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. sostegno alla maternità e paternità, sostegno alle responsabilità genitoriali e promozione del benessere delle famiglie con figli in particolare attraverso l'informazione, la prevenzione e l'attenzione ai rischi di "fragilità" per sostenere i percorsi normali di cura delle famiglie anche con il coinvolgimento di reti informali
2. prevenzione della violenza alle donne e sviluppo delle reti di accoglienza: prevenire attraverso attività che modifichino atteggiamenti e assunti culturali sviluppando competenza in particolare nelle nuove generazioni e sviluppare ulteriormente la rete composta da operatori sociali, sanitari, forze dell'ordine e appartenenti ad associazioni per accogliere e sostenere le vittime di violenza con particolare attenzione alle fasi di emergenza

3. Rapporto tra i generi e lavoro di cura: sviluppare azioni e interventi che realizzino la parità tra i generi in particolare a sostegno dei care giver familiare che spesso sono di genere femminile per garantire nonostante la “crisi” attività propedeutiche e occupazione lavorativa

## 1.2 OBIETTIVI DEL SETTORE DIRITTI DEI MINORI E DEGLI ADOLESCENTI

### *BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE*

Al 31/12/2012 i minori residenti a Modena risultano pari a 29.949 (29.697 nel 2011), raggiungono così il 16,09 % della popolazione residente, mentre nel 1996 erano pari a 24.959 (il 14,25% dei residenti).

Sono inoltre in crescita le classi di età minorili fino a 13 anni (da 20.453 nel 2008 a 23.610 nel 2012), mentre sono stazionarie o in leggero calo, le classi dai 14 ai 17.

Si segnala inoltre che la componente straniera dei minori residenti, compresi fra 0 e 17 anni, è pari al 21,51 % (in leggero aumento rispetto al 20,5% del 2010).

Rispetto alla natalità e alla fecondità, nell'ultimo anno si rileva un leggero calo delle nascite che sono state 1.671, mentre i nuovi nati del 2011 erano stati 1.721, in ogni caso si confermano stabilmente in ripresa rispetto ai 1.507 nati nel 1997.

Negli ultimi 10 anni il numero dei nati è aumentato dell'11,3%; il tasso di fecondità totale indica il numero medio di figli per donne tra i 15 ed i 49 anni e consente di valutare il livello di riproducibilità della popolazione attuale per effetto delle sole nascite: un valore pari a 2 indicherebbe una perfetta riproducibilità della popolazione, un valore pari ad 1 il suo dimezzamento. Questo valore ha raggiunto, nel 2011, 1,50 nati per ogni donna con una crescita del 16,3% rispetto al 2001. L'aumento del numero di minori è dovuto in massima parte alla crescita dei bambini nati da almeno un genitore straniero (7,5% con un genitore straniero e 28,2% con entrambi i genitori stranieri). Si riduce il numero di bambini con entrambi i genitori italiani che si attesta al 62,2%.

L'esame sulle condizioni dei minori può essere condotto considerando la tipologia familiare nella quale sono inseriti. Dai dati al 31/12/2011 dell'Osservatorio demografico provinciale, emerge che nel Comune di Modena, il 17,2% delle famiglie è composto da una coppia con figli, di cui l'8,8% da una coppia con figli maggiorenni, il 2,3% da coppie con figli maggiorenni e minorenni e il 3,2% da famiglie monogenitore con figli minorenni. Si tratta quindi di 13.819 nuclei famigliari al cui interno sono presenti uno o più minori di cui 1.129 composto da 2 minorenni ed un solo genitore.

Gli utenti che nel 2012 hanno ricevuto almeno una prestazione dal Centro di Neuropsichiatria CNPIA di Modena sono stati 2.526, corrispondenti ad un tasso di 850,6 su 10.000 minori residenti (media aziendale: 737,3/10.000). La fascia d'età più rappresentata è stata quella delle scuole primarie, seguita da quella delle scuole secondarie di primo grado. Le prestazioni erogate dal CNPIA di Modena nel 2012 sono state complessivamente 51.443.

In relazione ai bisogni in merito ai DIRITTI DEI MINORI E DEGLI ADOLESCENTI nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

Per garantire il benessere dei minori occorre sviluppare il lavoro con le famiglie, insistere maggiormente sull'offerta di servizi e/o opportunità di prossimità e domiciliarità consolidando esperienze di integrazione tra servizi e cittadini. Contemporaneamente occorre continuare la promozione di un contesto comunitario solidale, la prevenzione delle situazioni "vulnerabili" o a rischio di esclusione sociale o maggiormente compromesse. Pertanto occorre attuare nuove forme di accoglienza e supporto alle famiglie e ai bambini e adolescenti che coinvolgano i professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari, del mondo della scuola, del volontariato. Sviluppando un modello di intervento basato su un approccio che si fondi sulle abilità dei genitori, sui loro bisogni, sulle loro motivazioni e sulle risorse presenti nel loro contesto sociale.

Sviluppo del settore socio educativo in un'ottica capace di coniugare la qualità alla sostenibilità economica con la ricerca dei tratti considerati essenziali e irrinunciabili della qualità, pertanto occorre andare verso la qualificazione, il consolidamento del sistema 0-3 (servizi costituiti da nidi d'infanzia, spazi bambino, centri per bambini e genitori, servizi domiciliari e sperimentali) e la valorizzazione della continuità educativa in ambito 0 – 6 anni. Dovrà continuare il processo avviato di sperimentazione di un sistema di regolazione della qualità attraverso l'adozione di strumenti di auto ed etero valutazione, promuovendo la partecipazione attiva del personale ai processi di programmazione e di valutazione dei servizi.

Sull'età della preadolescenza e adolescenza, occorrerà ricercare maggiore sistematicità di azioni degli interventi di promozione del benessere e di prevenzione che riguardano tutto il sistema dei servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici e delle opportunità del territorio. Pertanto dovremo sviluppare il Progetto Adolescenza promosso dalla RER, finalizzato al coordinamento delle azioni, per incidere maggiormente nei diversi contesti di vita degli adolescenti, promuovendo nuove opportunità e azioni di sistema per garantire stabilità e omogeneità di risposta e di integrazione (istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale).

Si dovrà ridefinire la rete territoriale integrata per il contrasto alla violenza contro i minori e per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime, in sintonia con le linee guida svolte a livello regionale sviluppando il lavoro di rete per definire procedure, prassi operative, ambiti e modalità di collaborazione, anche in coordinamento con la scuola e le forze dell'ordine.

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

[Costruzione di reti per l'integrazione sociale degli adolescenti in difficoltà \(Politiche sociali\)](#)

[Progetti di integrazione dei MSNA \(Politiche sociali\)](#)

[Progetti educativi e di prevenzione rivolti a minori in carico \(Politiche sociali\)](#)

[Prevenzione dell'obesità infantile \(Ausl\)](#)

[Monitoraggio dell'obesità infantile \(Ausl\) Percorsi di integrazione scolastica alunni disabili \(Ausl DSM-CNPIA\)](#)

[Percorsi di integrazione scolastica alunni disabili \(Ausl DSM-CNPIA\)](#)

[Percorsi di integrazione socio sanitaria per minori con disturbi mentali e comportamentali \(Ausl DSM-CNPIA\)](#)

[Accoglienza e presa in carico MSNA \(Politiche sociali\)](#)

[Progetti integrati socio sanitari \(Politiche sociali –Ausl\)](#)

[Servizi residenziali di tutela dei minori residenti \(Politiche sociali\)](#)

[Accoglienza semiresidenziale e servizio educativo domiciliare \(ASP Minori\)](#)

[Somministrazione farmaci a scuola \(Ausl\)](#)

[Federfarma: il farmacista e il mondo del farmaco](#)

[Rapporto Scuola e Territorio](#)

[Servizio Nidi](#)

[Servizio Infanzia](#)

[Centri Estivi](#)

[Alunni Disabili](#)

[Ludoteche](#)

[Sognalibro](#)

[Trasporto](#)

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

Centro di consulenza educativa

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità](#)

[Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale](#)

[Settore istruzione](#)

[Dipartimento Cure Primarie](#)

[Assistenza Specialistica ambulatoriale](#)

[Consultorio familiare](#)

[Area Fragili e protesica](#)

[Pediatria di comunità](#)

[Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(CNPIA\)](#)

[Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)

[SerT e Centro Alcolologico/Antifumo](#)

[Servizio Spazio giovani](#)

***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E  
D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotto sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. Promozione del benessere attraverso iniziative che coinvolgono e attivano il contesto comunitario, che favoriscono la conoscenza reciproca, la solidarietà e la concreta corresponsabilità, che facilitano il dialogo interculturale e intergenerazionale, che connettono i servizi pubblici e del privato sociale tra loro e favoriscono la partecipazione dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie, la loro visibilità e la loro presenza attiva comprendendo anche gli interventi di coinvolgimento dei pari (peer education) sia in ambito scolastico che in ambito extrascolastico; occorre operare nei contesti di vita dei bambini e degli adolescenti con un approccio comunitario ed il coinvolgimento degli adulti di riferimento;
2. Prevenzione e sostegno a situazioni di rischio sociale attraverso interventi di prevenzione rivolti a persone, nuclei familiari, gruppi e contesti a rischio psico-sociale o in condizioni di fragilità, anche legate a condizioni di vita complesse quali ad esempio: separazioni conflittuali, percorsi migratori, esperienze traumatiche anche a seguito di separazioni e perdite delle figure genitoriali; l'attenzione ai segnali di rischio e la capacità di intervenire in modo integrato e precoce su tali fattori può ridurre o contrastare l'evoluzione negativa e/o la degenerazione delle situazioni problematiche; in particolare si tratta di contrastare la dispersione scolastica, promuovere l'accoglienza interculturale, garantire e organizzare la presenza stabile di operatori con funzione di ascolto/sostegno/orientamento nelle scuole, sviluppare interventi di prossimità e di educativa di strada, rafforzare le competenze genitoriali e sostenere interventi socio-educativi domiciliari a sostegno delle funzioni genitoriali e/o dei compiti di cura, affidi a tempo parziale, servizi semiresidenziali e attività diurne oltre che progetti di affiancamento familiare, sviluppo di reti di prossimità a sostegno dei compiti di "cura" per promuovere e realizzare interventi individuali e/o di gruppo per sostenere le diverse forme di genitorialità (affidamento, adozione, ecc)
3. Protezione, cura e riparazione: tale area comprende le azioni messe in campo a favore di situazioni di famiglie, bambini e adolescenti con problemi socio-sanitari complessi, nei quali sono accertati o in corso di accertamento fenomeni di incuria, maltrattamento, abbandono, violenza vissuta o assistita, devianza, ecc.; condizioni di danno conclamato o di vita particolarmente critiche in cui è necessario attivare più risorse, spesso in condizioni di emergenza/urgenza, anche con il coinvolgimento della Giustizia Minorile. Nel lavoro di cura e "riparazione" l'attività è volta a superare la situazione problematica e prevenire la reiterazione del danno per i quali è fondamentale utilizzare modalità organizzative che garantiscano l'integrazione interprofessionale (equipe e unità di valutazione multiprofessionale, accordi e protocolli operativi, ecc) e la qualificazione professionale, anche attraverso percorsi formativi comuni; occorre inoltre prevedere una rete di servizi e pluralità di opportunità in grado di fornire risposte efficaci e tempestive a bisogni particolarmente complessi di



protezione, cura e riparazione, di ospitalità anche nell'emergenza (es. minori stranieri non accompagnati), di solidità di riferimenti socio-relazionali ed affettivi, di integrazione o sostituzione di funzioni genitoriali gravemente compromesse per fornire un accompagnamento tutelante del minore vittima in tutto il percorso di protezione e riparazione, nonché la sua presa in carico tempestiva e complessiva sociale, sanitaria ed educativa, anche attraverso il sostegno al genitore protettivo. Le azioni pertanto riguardano la promozione e sostegno agli affidamenti familiari a tempo pieno, interventi qualificati in tutte le fasi dell'adozione in particolare dopo l'arrivo del bambino, sviluppare reti di accoglienza residenziale e semiresidenziale territoriale anche per far fronte a situazioni con carattere di emergenza/urgenza, specifici percorsi ed interventi di sostegno alla genitorialità nei casi di allontanamento temporaneo dei figli o a rischio di allontanamento, l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e sostenere i ragazzi nei percorsi verso l'autonomia, in particolare i neo maggiorenni in uscita da percorsi socio-educativi di comunità residenziali

### 1.3 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEI GIOVANI

#### *BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE*

Nel 2012 i giovani di età compresa fra 15 e 24 anni hanno fatto segnare un ulteriore discreto aumento, si registrano infatti 16.727 giovani contro le 16.169 unità del 2009. Si conferma, quindi, una inversione della tendenza rispetto alla diminuzione del numero di giovani nella città.

In assoluto il dato 2012 è comunque ancora leggermente inferiore al 2007 (16.814 persone) e distante dal dato del 1996 (20.515 persone).

Sono 7.975 i giovani nella classe di età tra i 15 e i 19, pari al 47,61 %, mentre la fascia 20-24 anni costituisce il 52,39% dei giovani.

Nel 2012 i giovani di sesso maschile sono il 51,57 del totale mentre le femmine costituiscono il 48,43% il dato registra un leggero aumento delle femmine rispetto ai maschi.

Nell'anno scolastico 2010-2011 gli alunni della scuola secondaria di primo grado erano 4.431 di cui il 3,3% ripetente, il 16,5% straniero e il 3,3% seguito dai servizi sociali.

Sono stati valutati in difficoltà circa 1280 alunni ossia il 29% del totale della popolazione di riferimento con problemi di preparazione (69%), difficoltà di alfabetizzazione (16%) e di comportamento o scarsa motivazione (15%). Le attività di supporto messe in campo hanno coinvolto 2.062 alunni con attività di laboratorio (1390 ragazzi), attività di tutoraggio (156 ragazzi) e supporto per i compiti (516 ragazzi).

Tra i giovani adulti, diminuisce il ruolo di “genitori” e l’età media alla nascita del primo figlio si sposta sempre più avanti di generazione in generazione mentre cresce la permanenza nel ruolo di “figli”.

Nel 2011 in Emilia-Romagna il 40% delle donne fra i 18 e i 34 anni vive con i genitori, ma fra i coetanei maschi il numero di coloro che rimangono nella famiglia di origine è ancora maggiore e raggiunge il 58%.

Tra i motivi della prolungata convivenza con i genitori, vengono segnalati dai 18-34enni per primi i problemi economici, seguiti dalla necessità di proseguire gli studi e solo in terza posizione i giovani indicano il restare in famiglia come una scelta personale.

Da qualche anno a livello europeo si è posta l’attenzione sui Neet (*Not in Education, Employment or Training*): giovani non inseriti in un percorso scolastico/formativo e neppure impegnati in un’attività lavorativa (disoccupati o inattivi). I giovani Neet sono fortemente esposti al rischio di esclusione sociale, infatti, quanto più si prolunga la condizione di inattività, tanto più risulta difficile il reinserimento nel sistema formativo o nel mercato del lavoro. Sono soprattutto i giovani alla ricerca della prima occupazione ad essere più vicini alla marginalizzazione, dal momento che registrano una durata della disoccupazione mediamente superiore a quella ex occupati.

In Emilia-Romagna si osservano percentuali di Neet stabilmente più basse rispetto a quelle medie del Paese. Tra il 2004 e il 2008, l’andamento del fenomeno è stato tendenzialmente costante, intorno al 10%, con un’impennata nel 2009 e 2010, quando la crisi ha intensificato i fenomeni di non occupazione, mentre il 2011 segna una leggera flessione e si attesta su di un valore del 15,3%.

Le donne registrano percentuali stabilmente più sfavorevoli rispetto agli uomini, raggiungendo nel 2011 la quota di 18,9%, rispetto all’11,9% dei loro coetanei maschi.

Il 21,1% dei giovani modenesi è di origine straniera. Questo dato comporta che le politiche giovanili si intersecano sempre più strettamente con quelle migratorie. In particolare va tenuto conto di come i giovani stranieri mostrino un marcato desiderio di partecipazione che si accompagna alla volontà di esprimere la propria italianità, tanto che il 35% si identifica come legato soprattutto a Modena città.

Il problema che si pone nel quadro attuale delle politiche a favore dei giovani riguarda da un lato continuare a sviluppare e insieme rinvigorire le iniziative rivolte ai gruppi giovanili informali che hanno caratterizzato lungamente la storia delle politiche giovanili modenesi, e dall’altra parte, si tratta di avviare una riflessione sui percorsi educativi. Percorsi che vedano coinvolti famiglia, scuola e organizzazioni territoriali (sportive, religiose, culturali), per capire come nuove metodologie e nuove collaborazioni possano facilitare percorsi coordinati di partecipazione attiva. In questo contesto di riflessione la scuola detiene importanti

responsabilità, ma i genitori che sono i portatori prioritari di significati di fiducia e le stesse organizzazioni territoriali, solo insieme possono avere un ruolo attivo in un eventuale compito collettivo di promozione e facilitazione della partecipazione attiva.

Infatti tra i giovani prevale, ad un progetto preciso e definito circa il futuro, un pragmatismo del presente che consente di individuare occasioni tentando di orientare le proprie scelte in base alle opportunità. Un modello di vita che utilizza una strategia di adattamento e di sopravvivenza verso la complessità, in cui la provvisorietà non è più un limite ma il normale riferimento del quotidiano.

In relazione ai bisogni in merito alle POLITICHE GIOVANILI nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- La prospettiva e il futuro: nel mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali occorre ripensare alle politiche per le giovani generazioni, che rischiano di essere quelle maggiormente colpite dalla crisi; in una comunità locale, attenta ai soggetti in crescita valore attività di coesione sociale, di dialogo tra le generazioni, di opportunità per l'espressione e la partecipazione alla vita sociale, così come diventa importante porre attenzione alle reali prospettive offerte dal mondo della scuola e della formazione in connessione con la dimensione del lavoro (es. NEET "*Not in Education, Employment or Training*" che indica individui che non sono inseriti in percorsi di istruzione, formazione professionale o nel mondo del lavoro);
- Giovani immigrati: la città di Modena vede la presenza di giovani nati in Italia oppure arrivati in età pre-scolare che hanno i genitori immigrati stranieri, pertanto occorre evitare etichettamenti che leghino indissolubilmente questi ragazzi e ragazze alla eredità sociale, culturale e migratoria dei genitori, ma promuovere percorsi di cittadinanza attiva tra "pari", sostenendo i processi di confronto tra diverse culture ed accompagnare i ragazzi a comprendere le esperienze maturate nel corso del tempo nel proprio contesto di vita;
- Iniziative di promozione dell'agio attraverso l'attivazione del contesto comunitario con iniziative che coinvolgono la comunità, che favoriscono la conoscenza reciproca, la solidarietà e la concreta corresponsabilità, che facilitano il dialogo interculturale e intergenerazionale, che connettono i servizi tra loro e favoriscono la partecipazione dei ragazzi, dei giovani, la loro visibilità e la loro presenza attiva.
- Puntare il focus sull'area dell'adolescenza (11-16) che necessita di una maggiore progettualità e di più proposte, partendo anche dal programma recentemente approvato dalla Regione ER
- Necessità di un "sano" adattamento: educare i giovani alla precarietà

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

[Rete dei centri aggregativi giovanili \(Pol. Giovanili\)](#)

[Servizi musicali – Centro musica \(Pol. Giovanili\)](#)

[Progetto Infobus \(Pol. Giovanili\)](#)

[Rete cittadina Net Garage \(Pol. Giovanili\)](#)

[Servizio civile volontario nazionale e regionale e \(Pol. Giovanili\)](#)

[Stradanove \(Pol. Giovanili\)](#)

[Scuola d'arte Talenthò \(Pol. Giovanili\)](#)

[La Tenda \(Pol. Giovanili\)](#)

[CSV e altri: officine della solidarietà](#)

[CSV: piccoli mediatori crescono](#)

[CSV e altri: progetto giovani all'arrembaggio](#)

[Progettazione e attuazione integrata interventi di prevenzione e promozione di salute nelle scuole superiori \(Ausl DSM-SerT\)](#)

[Buonalanotte \(Politiche sociali\)](#)

[Peer Education \(Ausl\)](#)

## **Elenco delle Associazioni**

### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

Unità operativa Politiche giovanili

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità](#)

[Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(CNPIA\)](#)

[Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)

[Centro di Salute mentale \(CSM\) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) afferenti al Servizio Mentale Adulti](#)

[SerT e Centro Alcolologico/Antifumo](#)

[Servizio Spazio giovani](#)

[Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale](#)

[Dipartimento Cure Primarie](#)

[Consultorio familiare](#)

[Pediatria di comunità](#)

### ***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotte sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. crescita valore attività di coesione sociale, di dialogo tra le generazioni, di opportunità per l'espressione e la partecipazione alla vita sociale dei giovani
2. promozione dell'agio attraverso l'attivazione del contesto comunitario con iniziative che coinvolgono la comunità
3. sostegno dei giovani, nuclei familiari, gruppi e contesti a rischio psico-sociale o in condizioni di fragilità anche attraverso interventi di prossimità e di educativa di strada
4. Contrasto alla dispersione scolastica: costruire un progetto organico attraverso il coinvolgimento attivo delle diverse organizzazioni/enti coinvolti, i giovani e gruppi di genitori

## **1.4 OBIETTIVI DEL SETTORE IMMIGRAZIONE, ASILO, LOTTA ALLA TRATTA**

### ***BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE***

L'immigrazione, ed in particolare quella straniera, ha apportato importanti variazioni nella popolazione modenese. Questa infatti è ringiovanita, sono aumentate le nascite ed i matrimoni misti ed è mutata la composizione per sesso ed età.

Al 31/12/2012 il numero di stranieri immigrati è pari a 29.518 persone (15,86 % dei residenti). Erano 28.720 nel 2011 pari al 15,46 %, mentre nel 2010 erano il 14,7%.

Vent'anni fa, nel 1993, gli stranieri residenti erano circa quattromila unità pari al 2,2% del totale.

Nel 2012 le nazionalità maggiormente presenti sono: Marocco con 3.606 persone residenti, Ghana con 2.979, Romania con 2.800, Filippine con 2.707, Albania con 2.426, Moldavia con 2.016, Ucraina con 1.873, Tunisia con 1.322, Turchia con 1.101, Nigeria con 1.052, Cina con 872. Da segnalare che a fronte di un leggero aumento della presenza della maggior parte delle nazionalità, si registra invece un lieve calo dei residenti per le nazionalità di Marocco, Tunisia e Turchia.

Si conferma la ripartizione percentuale nelle macro aree di provenienza: il contingente degli immigrati europei è pari al 42%, mentre il 36,08% proviene dall'Africa, il 17,06% dall'Asia e il 4,86% proviene dagli altri continenti (in prevalenza sudamerica)

Negli immigrati residenti si consolida la maggiore presenza della componente femminile, che arriva al 51,92% (51,7% nel 2011).

In relazione ai bisogni in merito all'IMMIGRAZIONE, ASILO E LOTTA ALLA TRATTA, nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- Ragionare sull'immigrazione come evento ormai trasversale a tutte le aree; tutti i servizi devono essere in grado di garantire l'accesso agli stranieri superando la proposta di servizi dedicati solo agli stranieri;
- Il tema dell'impoverimento rispetto ai cittadini stranieri deve tenere conto degli aspetti giuridici che riguardano la condizione di straniero in Italia. Pertanto occorre ridescrivere in un quadro normativo in continua modificazione le politiche attive di inclusione dei cittadini stranieri e approfondire il tema dei rimpatri assistiti anche con il coinvolgimento delle associazioni.
- Occorre rimettere in circolo le energie delle comunità straniere presenti, creare una maggiore connessione tra le istituzioni e condividere con la comunità locale gli approcci e le regole.
- Consolidare i programmi a favore della accoglienza dei richiedenti asilo (programma nazionale) e delle persone vittime di tratta per sfruttamento sessuale o lavorativo
- Mantenere l'attenzione su situazioni particolari a rischio socio-sanitario

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

[Centro stranieri: informazione e orientamento \(Pol. Sociali\)](#)

[Centro stranieri: integrazione e socializzazione \(Pol. Sociali\)](#)

[Informazione per la prevenzione di malattie infettive \(Ausl DSP\)](#)

[Centro stranieri: accoglienza e presa in carico \(Pol. Sociali\)](#)

[Ambulatorio per minori stranieri \(Ausl DCP-Pediatria di comunità\)](#)

[Ambulatorio per stranieri irregolari \(Cure primarie - Porta Aperta\)](#)

### **Elenco delle Associazioni**

[Associazione Casa delle donne onlus](#)

[Associazione Centro di aiuto alla vita](#)

[Associazione Centro famiglia di Nazareth](#)

[Associazione Porta Aperta](#)

## Elenco dei Settori/Servizi Pubblici

- [Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)
- [Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità](#)
- [Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale](#)
- [Dipartimento Cure Primarie](#)
- [Assistenza Specialistica ambulatoriale](#)
- [Consultorio familiare](#)
- [Area Fragili e protesica](#)
- [Medicina penitenziaria](#)
- [Pediatria di comunità](#)
- [Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(CNPIA\)](#)
- [Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)
- [Centro di Salute mentale \(CSM\) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) afferenti al Servizio Mentale Adulti](#)
- [Servizio Spazio giovani Ausl](#)

### Inoltre

- Federfarma
- Centro servizi volontariato
- Coop Estense

***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotte sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. Fare rete e migliorare i rapporti tra le istituzioni; rafforzare il lavoro con le comunità straniere per costruire un nuovo patto sociale – diffondere pratiche e cultura nei diversi settori pubblici e del privato
2. politiche attive di inclusione dei cittadini stranieri e approfondire il tema dei rimpatri assistiti anche con il coinvolgimento delle associazioni
3. Consolidare i programmi a favore della accoglienza dei richiedenti asilo (programma nazionale) e delle persone vittime di tratta per sfruttamento sessuale o lavorativo
4. Consolidare i programmi a favore delle persone in condizioni di rischio socio-sanitario con attivazione delle risorse del territorio.

## **1.5 OBIETTIVI DEL SETTORE CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE E ALLE POVERTÀ**

### *BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE*

Dal 2009 ad oggi la crisi finanziaria, economica ed occupazionale che ha colpito l'Italia ha prodotto preoccupanti effetti anche nel territorio modenese.

Sono aumentate le erogazioni economiche effettuate dai servizi sociali del comune, passate da 5.783 del 2011 a 6.444 del 2012 (+11,4%). Le richieste di riallaccio ad HERA che sono state 32 nel 2011 sono passate a 95 nel 2012.

La crisi ha influito anche sugli sfratti, nel Comune di Modena gli sfratti sono passati da 244 del 2011 a 198 del 2012, ma perché si è proceduto ad una maggiore graduazione delle esecuzioni e sono state attivate misure straordinarie a sostegno delle locazioni.

Da uno studio del CAPP dell'ottobre 2010 risulta che, a causa della crisi, le persone che a Modena si trovano sotto la soglia di povertà, calcolata a livello locale, sono il 16,7%, in aumento rispetto al 15,6% delle persone residenti nel 2006, e al 13,6% dei residenti nel 2002.

Con la crisi economica globale degli ultimi 3 anni, è aumentata anche nel nostro territorio la povertà legata a perdita di lavoro e/o riduzione del reddito. Da una rilevazione del Servizio politiche del Lavoro della Provincia di Modena risulta che le persone residenti a Modena e immediatamente disponibili al lavoro presso il centro per l'impiego, sono passate da 2.942 del 31\12\2009 a 3.759 del 31\3\2012 (+27%), i lavoratori iscritti alle liste di mobilità sono passati da 1.578 al 31.12.2009 a 2.134 (+ 35%) al 31\3\2012 .

In Provincia di Modena, sulla base delle rilevazione INPS, le ore di integrazione salariale ordinaria, straordinaria e in deroga autorizzate sono passate dal 1.216 ore del gennaio 2011 a 1.833 ore a marzo 2012 (+50%).

In relazione ai bisogni in merito alle CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE E ALLE POVERTA' nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- **Uscire dall'emergenza e trasversalità della crisi**

Il tema dell'impoverimento induce ad una reale necessità di ripensare il sistema dei servizi e delle politiche pubbliche, diventa pertanto necessario pensare al sociale come ad un'area di attività ampia che investe tutti i settori della vita delle persone, delle famiglie e della comunità. La crisi e i "tagli" della finanza pubblica rischiano che il welfare, inteso nella sua accezione ampia di salute e benessere sociale, non sia considerato, in particolare nelle politiche nazionali, come un valore strategico per lo sviluppo e la coesione sociale. Tenendo invece conto che il sistema di welfare è una strategia per contrastare le ricadute sociali della crisi economica e strumento che può catalizzare la ripresa, la salute e il benessere della popolazione sono un investimento per la comunità e la società.

Per questo occorre ripensare anche nella nostra comunità al sistema sociale al fine di garantire un sistema più aperto, integrato, inclusivo, rivolto al capitale umano (professionale e non) e alla coesione sociale nella comunità al fine di evitare costi finanziari e sociali più alti in futuro.

Questo riguarda l'intera comunità, si connette con tematiche che inerenti le nuove generazioni, le sicurezze, le categorie fragili (che rischiano un processo di forte sanitarizzazione con costi più elevati e poca appropriatezza e efficacia degli interventi), la classe media che sperimenta per la prima volta un processo di impoverimento, ecc...

- **Sviluppo comunitario**

Le risorse per le politiche sociali non devono essere limitate a quelle proprie del settore pubblico, ma devono trovare il giusto valore anche gli interventi messi in campo dal mondo del no profit e del for profit.

Le risorse della comunità locale è fatta di relazioni sociali, famigliari, amicali, di vicinato, di solidarietà e di volontariato, di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto che sono determinanti per la possibilità di far fronte alla crisi. I servizi per la salute e il benessere sociale debbono sostenere, ascoltare, ridare voce e

salute alla comunità locale che va riconosciuta nelle sue diverse forme, più o meno organizzate. Attenti a non “professionalizzare la comunità locale che rischia di togliere spazi vitali/autonomia alla comunità stessa”. Responsabilizzare e aiutare le persone a rafforzare i propri “funzionamenti” e a sviluppare le proprie “capacità” anche come contributo ad abbassare livelli alti di conflittualità, a mitigare gli effetti della crisi sulle famiglie e sui singoli, a promuovere scambi e integrazioni di professionalità. Non va dimenticata anche la partecipazione del mondo profit, attraverso meccanismi di responsabilità sociale di impresa non di tipo residuale, ma che a pieno titolo fanno parte del capitale sociale di una comunità. Si tratta di valorizzare la responsabilità sociale delle imprese attraverso l'attivazione di processi di diffusione delle esperienze, nonché lo sviluppo e la condivisione di indicatori volti ad individuare le imprese virtuose.

- **Povertà relazionale**

Le persone e le famiglie sono il soggetto delle azioni da impostare, in particolare integrando azioni di sostegno alle esigenze materiali, con le competenze e le capacità delle persone tenendo conto delle specifiche situazioni, dei bisogni, delle risorse e del loro contesto di vita. Si tratta di aiutarle e sostenerle nel coniugare impegni di cura e lavoro e di affiancarle nei problemi di natura economica, di relazione, di salute. Pertanto una logica inclusiva valorizza le competenze individuali, evita le stigmatizzazioni, sviluppa reti di aiuto e di auto-mutuo aiuto, interventi di prossimità con il coinvolgimento diretto delle persone, delle famiglie, della comunità locale in tutte le sue componenti.

- **Abitare**

Anche nell'ambito delle politiche per la casa è opportuno modificare l'ottica attraverso un processo inclusivo che attivi maggiormente il concetto dell'“abitare” come processo sociale indispensabile per lo sviluppo individuale, familiare e comunitario al fine di garantire lo sviluppo dell'autonomia e l'emancipazione delle persone. Un maggiore raccordo tra i servizi, ma anche con l'impegno delle organizzazioni rappresentative delle diverse componenti della comunità locale, può permettere di sviluppare anche per i soggetti fragili una filiera di possibili risposte che garantiscono le diverse parti sociali interessate.

Occuparsi dell'abitare significa anche disegnare le case e il territorio partendo anche dalle esigenze sociali e relazionali e non solo dalla garanzia di un “tetto” sulla testa; significa anche occuparsi delle diverse componenti sempre più complesse dell'abitare che riguardano la banale manutenzione, la normativa sulla sicurezza, la gestione delle utenze, ecc...

L'ottica è quella di attivare e sostenere la corresponsabilizzazione, la competenza delle persone, della comunità, delle organizzazioni e anche delle imprese e del mondo produttivo alla costruzione del welfare locale.

- **Lavorare**

Le attuali forme di sostegno al lavoro non possono prescindere dalla difficile situazione economica locale in linea con la situazione generale della regione e del paese. Occorrerà accompagnare anche una riflessione normativa che permetta di ridescrivere le misure e le azioni relative alle politiche attive del lavoro.

Per questo, nel quadro delle riforme istituzionali in atto, occorrerà tenere presente il tema e la collocazione dei Centri per l'impiego oggi gestiti dalle province. In ogni caso al di là della collocazione istituzionale occorre rafforzare il raccordo tra le azioni di formazione professionale, l'orientamento, le misure presenti di ammortizzatori sociali, le imprese e gli strumenti giuridici come ad esempio i tirocini formativi e gli stage aziendali.

Occorrerà definire meglio a livello locale la “gradazione” degli strumenti di accompagnamento al lavoro per consentire ai cittadini chiarezza rispetto ai percorsi ed evitare rischi di cronicizzazione e assistenzialismo.

In particolare andranno sviluppate ulteriormente anche attraverso la nuova programmazione del Fondo Sociale Europeo percorsi di sostegno all'inserimento lavorativo nella gestione dei casi più difficili.

- **Le aree di fragilità**

La necessità di garantire sistemi locali di sostegno e riferimento per le persone non autonome e fragili rappresenta una assoluta priorità. Vi è infatti una parte della popolazione che per condizioni fisiche precarie, per patologie psichiatriche, per difficoltà economiche, fragilità o assenza dei rapporti parentali o amicali,



sono particolarmente vulnerabili, non autonome e a rischio di istituzionalizzazione.

È importante, all'interno delle politiche locali, riconoscere queste situazioni, consolidando le esperienze significative sin qui realizzate, ma partendo da queste per realizzare un sistema diffuso di interventi integrati, capaci di prevenire l'isolamento, che spesso comporta un più rapido scivolamento verso una condizione di dipendenza, valorizzando le risorse sociali (formali e informali) delle comunità. Gli elementi sui quali continuare a puntare l'attenzione sono rappresentati da una reale integrazione socio-sanitaria, da una integrazione nella comunità locale tra le reti formali e quelle informali, da un approccio globale al tema della vulnerabilità e fragilità. In questo senso vanno perseguite con forza le politiche di prevenzione che possono produrre effetti decisivi per il sistema in termini di sostenibilità, in particolare interventi "leggeri" e proattivi, centrati sugli stili di vita non solo dal punto di vista sanitario ma alla ricerca di quella sobrietà negli stili di consumo che rimetta al centro delle esperienze sistemi valoriali più fondati sulle relazioni, sulle identità e sulla solidarietà.

- **SALUTE MENTALE:** come evidenziato nelle premesse al fine di sviluppare maggiormente politiche trasversali nell'ambito delle fragilità sono state inserite le attività socio-sanitarie che riguardano le persone e le famiglie affette da fragilità, sofferenza o patologia psichiatrica al fine di garantire quei processi integrati che favoriscano in modo reale l'integrazione e l'inclusione sociale.

Nel mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali occorre ripensare alle politiche per le persone affette da patologia psichiatrica che rischiano di essere maggiormente a rischio sulle esigibilità dei diritti e incorrere in processi di esclusione e stigmatizzazione; percorsi individualizzati, risposte differenziate in ragione dei bisogni, maggiore coordinamento tra le istituzioni, attenzione alle diverse fasi della vita devono continuare ad essere presupposto delle attività e delle politiche, iniziative di promozione del benessere attraverso iniziative che coinvolgono la comunità, che favoriscono la partecipazione di chi è portatore di una patologia psichiatrica, di chi ha esiti di disabilità, delle famiglie, del mondo associativo per realizzare la concreta corresponsabilità, facilitare il dialogo, connettere i servizi tra loro e favorire la partecipazione e la presenza attiva.

- **Povertà estrema**

Se da un lato, per garantire processi di inclusione e di contrasto all'impoverimento, occorre occuparsi delle persone e delle famiglie che ancora oggi possiedono competenze e capacità da accompagnare per individuare meccanismi che permettano di evitare rischi di cronicizzazione, vi sono anche persone e famiglie che per storia personale, per esiti patologici o scelte di vita sono in una condizione di povertà estrema per i quali occorre tentare di riattivare risorse personali, familiari e comunitarie e garantirne il sostentamento.

Sono diversi i soggetti che sono esposti:

1. i nuclei monogenitoriali specie se con figli minori e con persone in situazione di difficoltà, in cui alle difficoltà materiali si sommano quelle relative alla conciliazione dei tempi di cura, ma anche gli stranieri, a causa dell'assenza di una rete familiare di riferimento.
2. soggetti tradizionalmente conosciuti e seguiti dai servizi, caratterizzati da una forte compromissione dell'autonomia e, spesso, da una lunga storia in carico ai servizi (senza dimora, tossicodipendenti, persone con problemi psichici, detenuti ed ex-detenuti, persone Rom e Sinte, ..).

Per queste persone vanno garantiti sia *Interventi di emergenza e bassa soglia che interventi integrati per l'inserimento o il reinserimento sociale.*

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

- [Sportello sociale: attività di informazione, accoglienza e consulenza \(Politiche sociali\)](#)
- [Inserimenti lavorativi e tirocini \(Politiche sociali\)](#)
- [Progetti e attività Comitato locale esecuzione penale adulta \(Politiche sociali\)](#)
- [Percorso lavoro per Adulti e Minori con problemi psichiatrici e delle Dipendenze Patologiche \(Ausl\)](#)

#### DSM)

- [CSV e altri: Portobello Emporio sociale](#)
- [Coop Estense rete di volontariato e progetto Brutti ma Buoni](#)
- [Attività di prevenzione e coesione sociale \(Politiche sociali\)](#)
- [Servizio Sociale: attività di progettazione e presa in carico \(Politiche sociali\)](#)
- [Attività di sostegno economico alle famiglie \(Politiche sociali\)](#)
- [Interventi del DSM-DP a favore dei detenuti \(Ausl DSM\)](#)
- [Supporto psicologico alle persone coinvolte nella crisi economica \(Ausl DSM\)](#)
- [Interventi di strada e riduzione del rischio \(Ausl DSM SerT\)](#)
- [Federfarma: Scambiasiringhe](#)
- [Social point: inclusione sociale del paziente della SM e delle DP \(Ausl DSM\)](#)
- [Accoglienza residenziale temporanea per adulti a rischio \(Politiche sociali\)](#)
- [Attività di accoglienza rivolta a nuclei in situazioni di fragilità \(Politiche sociali\)](#)
- [Emergenza freddo \(Politiche sociali\)](#)
- [Interventi a sostegno della domiciliarietà per adulti in situazioni di difficoltà \(Politiche sociali\)](#)
- [Interventi integrati con DSM: residenziali, diurni e domiciliari \(Pol sociali\)](#)
- [Percorso clinico assistenziale per persone detenute \(Ausl – Cure primarie\)](#)
- [Percorso Casa - Strutture residenziali per persone con disturbi psichiatrici e dipendenze patologiche \(Ausl DSM\)](#)

#### **Elenco delle Associazioni**

[Associazione Casa delle donne onlus](#)

[Associazione Centro di aiuto alla vita](#)

[Associazione Porta Aperta](#)

#### **Inoltre**

Federfarma

Centro servizi volontariato

Coop Estense

#### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità](#)

[Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale](#)

[Dipartimento Cure Primarie](#)

[Assistenza Specialistica ambulatoriale](#)

[Consultorio familiare](#)

[Area Fragili e protesica](#)

[Medicina penitenziaria](#)

[Pediatria di comunità](#)

[Dipartimento Farmaceutico](#)

[Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)

[Centro di Salute mentale \(CSM\) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) afferenti al Servizio Mentale Adulti](#)

[SerT e Centro Alcolologico/Antifumo](#)

***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi

prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotte sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. Attivazione delle risorse comunitarie, integrazione delle politiche pubbliche - Uscire dall'emergenza e trasversalità della crisi.
2. Rafforzare il raccordo tra le azioni di formazione professionale, l'orientamento, le misure presenti di ammortizzatori sociali, le imprese e gli strumenti giuridici come ad esempio i tirocini formativi e gli stage aziendali.
3. Politiche per la casa: abitare come processo inclusivo per lo sviluppo individuale, familiare e comunitario; sostenere lo sviluppo dell'autonomia e l'emancipazione delle persone.
4. Interventi per contrastare la povertà estrema.

Inoltre per l'area della salute mentale:

- realizzazione di un sistema di intervento basato su di una prospettiva dei diritti dei cittadini all'accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura, superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni.
- *Interventi di sostegno al domicilio e al territorio: programmi di inclusione sociale, sull'abitare, sull'inserimento lavorativo con un maggiore coordinamento tra i diversi strumenti, rafforzamento della partecipazione attiva delle persone e delle famiglie attraverso il sostegno delle reti sociali sviluppando maggiormente le sinergie con le associazioni, con i cittadini, i gruppi, ecc... per poter garantire un maggiore coinvolgimento della comunità*

## 1.7 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEGLI ANZIANI

### *BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE*

La popolazione anziana al 31.12.2012 ultra 65 anni corrisponde a 42.685 (22,94% sulla popolazione totale) mentre gli ultra 75 anni sono 22.194 (pari al 11,93%) di questi il 4,48% vive solo (corrispondente a 8.342 anziani).

Le persone con più di 75 anni sono più che raddoppiate nel comune di Modena, passando dal 4,86% nel 1981 all'11,93% nel 2012.

Si segnala che gli ultranovantenni residenti nel comune di Modena al 31\12\2012 sono pari a 2.505 di cui 1.806 sono donne.

Si conferma, rispetto alla composizione degli anziani per sesso, una netta prevalenza delle donne, le quali nel 2012 sono 24.903 mentre gli uomini sono 17.782.

Analizzando la popolazione anziana per classi di età, si registra una ripresa della classe tra i 65 e i 74 anni, 20.491 unità nel 2012 (pari all'11,4% della popolazione) a fronte delle 20.166 unità nel 2011 (10,85%).

La speranza di vita alla nascita si presenta ancora in crescita, nel 2011 è pari a 80 anni per i maschi e 84,7 per le femmine, mentre nel 2008 per i maschi era 79,5 anni e per le femmine 84,4 anni (dato relativo all'Emilia Romagna fonte ISTAT).

Analogamente a quanto accade a livello nazionale, regionale e provinciale, nel 2009, le principali cause di morte per i residenti del distretto di Modena, per tutte le età, sono rappresentate dalle malattie cardiovascolari, con 730 casi (il 38% dei decessi totali), dai tumori, con 560 decessi (il 29%) e dalle patologie dell'apparato respiratorio, con 144 decessi (8%).

La demenza nelle sue diverse forme con una prevalenza di circa il 9% degli ultra 65 anni rappresenta uno dei problemi sanitari di maggior impatto sociale.

In relazione ai bisogni in merito alle POLITICHE A FAVORE DEGLI ANZIANI, nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- Gli anziani nel mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali svolgono oggi un doppio ruolo che occorre evidenziare: da un lato sono supporto delle altre generazioni sia dal punto di vista economico sia relazionale, dall'altro sono fruitori di servizi importanti per la tutela della salute e di servizi di assistenza. In questo contesto occorre ripensare alle politiche per gli anziani considerando una popolazione variegata e pertanto sviluppando risposte differenziate in ragione dei bisogni, assicurando maggiore coordinamento tra le istituzioni e attenzione alle diverse fasi della vita anziana.

- Gli anziani sono risorsa della comunità locale e sono soggetto attivo nella comunità per svilupparne le capacità e le competenze rafforzando le relazioni sociali, famigliari, amicali, di vicinato, di solidarietà e di volontariato; nei confronti di tutta la comunità se si vuole sostenere politiche per/con gli anziani occorre rafforzare la presenza di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto come elemento determinante per la possibilità di far fronte alle difficoltà. E' necessario operare per sviluppare empowerment delle persone e delle famiglie, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche al fine di contrastare l'isolamento e l'individualismo; stimolare la creazione di nuove aggregazioni sociali, quali forme di auto mutuo-aiuto e servizi autogestiti; prevedere servizi di prossimità che incontrino i cittadini nei contesti di vita, sappiano cogliere e valorizzare il "capitale sociale" della comunità di riferimento; coinvolgere i professionisti del sociale, del sanitario e dei sistemi educativi al fine di consolidare un rapporto tra reti professionali e reti informali; garantire formazione e monitoraggio delle reti;

- Per quanto riguarda l'area della non autosufficienza occorre verificare e consolidare gli importanti risultati ottenuti per la popolazione, analizzando l'efficacia delle singole tipologie di interventi, verificandone l'efficacia in termini di benessere delle persone e delle famiglie, sviluppare servizi ancora più integrati anche

con le risorse comunitarie oltre che verificarne la sostenibilità economica nel tempo

•Sviluppare riflessioni e azioni che possano attivare forme di sostegno ai caregiver che spesso sono di genere femminile come sono di genere femminile le assistenti familiari private (da sostenere con azioni per la qualificazione del lavoro di cura); la cura riguarda sia i soggetti fragili o non autosufficienti all'interno delle famiglie, ma riguarda anche i componenti in età evolutiva; attività di conciliazione quali quelle sviluppate in passato a fronte della crisi in atto rischiano di perdere significato e occorre ripensare alla salute delle famiglie e dei suoi componenti in una chiave nuova;

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

- [Attività promozionali: progetti di promozione del benessere e stili di vita sani \(Pol. Sociali\)](#)
- [Attività promozionali: progetti per l'invecchiamento attivo e solidale \(Pol. Sociali\)](#)
- [CSV e altri: Co-Housing anziani non autosufficienti](#)
- [Attività promozionali: progetti di prevenzione della solitudine e promozione della socializzazione \(Politiche sociali\)](#)
- [Sostegno al lavoro di cura delle famiglie con anziani \(Politiche sociali\)](#)
- [Centro disturbi cognitivi e gestione integrata delle demenze \(Ausl – DCP\)](#)
- [Prevenzione incidenti domestici negli anziani \(Ausl DSP\)](#)
- [Abitare supportato \(Pol. Sociali\)](#)
- [Servizi a sostegno della domiciliarità \(Pol. Sociali\)](#)
- [Assistenza domiciliare, cure palliative e fine vita \(Ausl\)](#)
- [Centri diurni per anziani \(Pol. Sociali\)](#)
- [Progetti a sostegno della continuità di cura fra ospedale e territorio PUASS \(Politiche sociali\)](#)
- [Presidio stabile del PUASS per le dimissioni protette del Policlinico \(Ausl\)](#)
- [Case residenza per anziani non autosufficienti \(Politiche sociali\)](#)
- [Accompagnamento degli enti gestori all'accreditamento definitivo \(Ausl e Pol. Sociali\)](#)
- [Riabilitazione domiciliare \(Ausl\)](#)

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

- [Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)
- [Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area della non autosufficienza, accesso ai servizi per anziani e disabili e gestione della rete dei servizi orientati alla domiciliarità.](#)
- [Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale](#)
- [Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area residenzialità e semiresidenzialità anziani](#)
- [Dipartimento Cure Primarie](#)
- [Assistenza Specialistica ambulatoriale](#)
- [Servizio Diabetologia](#)
- [Cure domiciliari e cure palliative](#)
- [Area Fragili e protesica](#)
- [UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale](#)
- [Dipartimento Farmaceutico](#)
- [Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)
- [Centro di Salute mentale \(CSM\) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) afferenti al Servizio Mentale Adulti](#)

[Attività dell'Associazione GP Vecchi](#)

*OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E  
D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE*

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotte sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

**Promozione del benessere e attivazione del contesto comunitario:** sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili: il programma prevede una ridefinizione delle azioni a sostegno delle reti sociali sviluppando maggiormente le sinergie con le associazioni per poter garantire un maggiore coinvolgimento della comunità – percorsi leggeri (cohousing, autoorganizzazione dei cittadini, ecc...)

**Prevenzione e sostegno a situazioni di rischio sociale e sanitario:** realizzazione di un sistema di intervento territoriale caratterizzato da modalità assistenziali integrate improntate ad un approccio interdisciplinare ai problemi (assistenziali e di salute), sviluppo sulle cure domiciliari, sviluppo di forme di assistenza per l'assistenza proattiva anche attraverso il monitoraggio delle persone fragili e la loro presa in carico, coinvolgimento delle comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità, attivando momenti di confronto finalizzati allo sviluppo di empowerment individuale e di comunità, valorizzando e sostenendo il ruolo dei caregivers

**Assistenza e cura:** Interventi di sostegno al domicilio: maggiore coordinamento tra i diversi strumenti per il sostegno a domicilio, rafforzamento degli interventi a sostegno delle famiglie, implementazione del percorso professionale e multiprofessionale con particolare riguardo alle consulenze, al rapporto AS/MMG; ai criteri per l'accesso alle residenze e semiresidenze; particolare attenzione allo sviluppo di forme flessibili di accoglienza temporanea di sollievo sia residenziale che semiresidenziale; proseguire il percorso di qualità previsto per le strutture residenziali e raggiungere l'obiettivo di aumentare il soddisfacimento della domanda al fine di diminuire la lista di attesa programmando l'espansione dei posti per mantenere il parametro minimo del 3% degli anziani ultra 75 anni.

## **1.8 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEI DISABILI**

### ***BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE***

Nel 2012 gli utenti adulti che hanno usufruito di servizi socio-sanitari nel Distretto sono state 579 persone, con un aumento costante nel corso degli ultimi anni (erano 525 nel 2010), sia per ingresso nella fascia di età adulta da quella minorile che per trasferimento di residenza.

La disabilità grave presente nel Comune di Modena, relativamente alla popolazione di età inferiore a 60 anni, riguarda circa lo 0,31% della popolazione residente. Tra questi, si registra una presenza maschile di circa il 60% dei disabili, mentre il 40% dei disabili ha una età compresa tra i 19 e i 30 anni.

Nella Provincia di Modena le invalidità riconosciute nel 2011 sono state complessivamente 5.924, delle quali 625 (pari a poco più di un decimo del totale) ai sensi della legge n. 80/2006 che tutela le patologie oncologiche.

Dei 5.299 accertamenti di invalidità effettuati nel 2011 più della metà (56,4%) ha riguardato persone di età superiore ai 64 anni. I sottoinsiemi con la maggiore incidenza appartengono infatti a questa fascia di età; in particolare: il 20,8% dell'insieme dei riconoscimenti ha riguardato persone di 65 anni e oltre, invalide al 100% con accompagnamento; il 14,0% persone di 65 anni e oltre, con invalidità compresa fra 74% e il 99%; il 13,4% persone di 65 anni e oltre, invalide al 100% prive di accompagnamento. I soggetti di età compresa fra i 18 e i 64 anni incidono sul totale delle invalidità riconosciute per il 36,3%, mentre i minori rappresentano il 7,3%.

L'accertamento dello stato di handicap ai sensi della Legge n. 104/1992 può essere riconosciuto ai cittadini affetti da patologie invalidanti, tra cui sono ricomprese, diversamente da quanto stabilito per gli altri accertamenti, anche quelle dipendenti da causa di guerra, di lavoro o di servizio. Nel 2011, le persone a cui è stata accertata la condizione di handicap sono state complessivamente 4.704, di cui più della metà (56,5%) in situazione di gravità. La distribuzione per età riproduce lo schema di incidenza visto sopra, con i soggetti di 65 anni e oltre che incidono per circa il 60%, mentre un terzo si colloca nella fascia 18-64 anni.

Le persone in età lavorativa che abbiano già avuto il riconoscimento dell'invalidità civile in misura superiore al 45% oppure il riconoscimento dell'invalidità per cecità civile o per sordità, possono richiedere l'accertamento della condizione di disabilità ai sensi della legge n. 68/1999 che disciplina il diritto al lavoro per i disabili. Nel corso del 2011, le persone con disabilità che si sono iscritte agli elenchi provinciali del collocamento mirato sono state 898, di cui il 45,5% è rappresentato da donne. In relazione alla categoria di disabilità, questo dato di flusso annuale può essere disaggregato nel seguente modo: 863 iscritti con invalidità civile (pari al 96,1% del totale), 26 con invalidità del lavoro (2,9%), 6 con invalidità per sordità (0,7%) e 3 con invalidità per servizio (0,3%).

In relazione ai bisogni in merito alle POLITICHE A FAVORE DEI DISABILI, nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- Nel mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali occorre ripensare alle politiche per i disabili che rischiano di essere maggiormente a rischio sulle esigibilità dei diritti; percorsi individualizzati, risposte differenziate in ragione dei bisogni, maggiore coordinamento tra le istituzioni, attenzione alle diverse fasi della vita devono continuare ad essere presupposto delle attività e delle politiche.
- Iniziative di promozione del benessere attraverso l'attivazione del contesto comunitario con iniziative che coinvolgono la comunità, che favoriscono la partecipazione dei disabili, delle famiglie, del mondo associativo e la concreta corresponsabilità, che facilitano il dialogo che connettono i servizi tra loro e favoriscono la partecipazione e la presenza attiva.

## LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'

Elenco delle attività/prodotti

[Attività di supporto alla progettazione integrata e personalizzata \(Pol. Sociali\)](#)

[Attività di supporto alle abilità della persona disabile per l'integrazione e la socializzazione \(Pol. Sociali\)](#)

[Disabili e sport \(DSP\)](#)

[Passaggio da NPIA ai servizi disabili adulti \(Ausl\)](#)

[Percorsi di integrazione scolastica alunni disabili \(Ausl DSM-CNPIA\)](#)

[Sostegno scolastico per agli alunni disabili \(Istruzione\)](#)

[Percorsi di integrazione socio sanitaria per minori con disturbi mentali e comportamentali \(Ausl DSM-CNPIA\)](#)

[Attività di sostegno alla domiciliarità delle persone disabili adulte \(Pol. Sociali\)](#)

[Residenze per disabili \(Pol. Sociali\)](#)

[Assistenza odontoiatrica \(Ausl\)](#)

[Assistenza alle persone con gravissime disabilità GDA \(Pol. Sociali - Ausl\)](#)

[Programma regionale integrato per le persone affette da autismo \(Ausl DSM CNPIA\)](#)

[Inserimenti lavorativi e tirocini \(Politiche sociali\)](#)

## LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'

Elenco delle Associazioni

[ANFFAS](#)

AUT AUT

[Associazione AISM](#)

[Associazione LILT](#)

[Associazione LNV](#)

UIC

Ecc...

## LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'

Elenco dei Settori/Servizi Pubblici

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area della non autosufficienza, accesso ai servizi per anziani e disabili e gestione della rete dei servizi orientati alla domiciliarità.](#)

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e](#)

[Sostegno alla Genitorialità](#)

[Dipartimento Cure Primarie](#)

[Assistenza Specialistica ambulatoriale](#)

[Cure domiciliari e cure palliative](#)

[Area Fragili e protesica](#)

[UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale](#)

[Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(CNPIA\)](#)

[Centro di Salute mentale \(CSM\) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) afferenti al Servizio Mentale Adulti](#)

***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotto



sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. Realizzazione di un sistema di intervento per i disabili basato sulla prospettiva dei diritti dei cittadini all'accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura, superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni.
2. Interventi di sostegno al domicilio: maggiore coordinamento tra i diversi strumenti per il sostegno a domicilio, rafforzamento degli interventi a sostegno delle famiglie.
3. sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili: il programma prevede una ridefinizione delle azioni a sostegno delle reti sociali sviluppando maggiormente le sinergie con le associazioni per poter garantire un maggiore coinvolgimento della comunità (servizi e attività autorganizzate, ecc...)

## **1.9 OBIETTIVI DEL SETTORE POLITICHE PER LA SICUREZZA STRADALE, SUL LAVORO E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI**

### ***BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE***

Nel 2012 gli incidenti stradali sono stati 1.160 (nel 2011 sono stati 1.349), i deceduti sono stati 12 come nel 2011. I feriti sono stati 1.552 a fronte dei 1.815 del 2011, da segnalare anche il lieve calo di feriti dell'utenza debole (pedoni, ciclisti, ciclomotori e moto) che passano da 685 a 584 nel 2012.

Per quanto attiene gli infortuni sul lavoro, a livello provinciale, nel settore industria e servizi, si registra un trend complessivo che appare in riduzione in tutti gli ambiti territoriali considerati, nei 5 anni (2007-2011) gli eventi denunciati a Modena diminuiscono del 30,1% (da 22.411 a 15.676), questo anche a causa della crisi economica che ha ridotto il numero complessivo degli occupati.

Riguardo agli infortuni mortali nei principali comparti produttivi dal 1991 al 10 dicembre 2012, si conferma che i settori che pagano il tributo più elevato per la carenza di sicurezza sul lavoro sono l'edilizia (67 decessi nei 22 anni considerati, pari a 3 eventi/anno), l'agricoltura (66 casi tra lavoratori autonomi e dipendenti, pari a 3 morti/anno); seguono il metalmeccanico (28 decessi pari a 1,3 eventi/anno) e il minerario-ceramico (con 16 eventi corrispondenti a una media di 0,7 decessi/anno). La media annuale degli infortuni mortali è passata da 12,8 nel periodo 1991-95 a 5,6 nel periodo 2006-2010. Da segnalare che nel 2012 si sono registrati ben 16 eventi mortali, ma 13 di questi sono stati una conseguenza diretta degli eventi sismici del 20 e 29 maggio.

In relazione ai bisogni in merito alle POLITICHE PER LA SICUREZZA STRADALE, SUL LAVORO E DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI, nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

- Aumentare la competenza e la responsabilità della comunità locale in materia di "sicurezze": sul lavoro, sulla strada e nel territorio; aumentare la cultura della sicurezza come competenza tecnica e specialistica ma anche come competenza diffusa orientata ai comportamenti individuali e comunitari
- La città di Modena vede una presenza di cittadini stranieri in età lavorativa rilevante, pertanto occorre aumentare la conoscenza e la competenza in materia di misure di protezione individuale e collettiva per prevenire incidenti in particolare sul lavoro.
- Coinvolgimento della comunità locale in azioni di sensibilizzazione della sicurezza stradale, informazione, formazione ed educazione stradale
- Iniziative di promozione e di controllo mirate sull'utenza debole (ciclisti, pedoni, due ruote motore, anziani) e in aree a rischio (prossimità dei complessi scolastici, intersezioni, ecc...); prevenzione e contrasto della guida sotto effetto di sostanze, eccessi di velocità e dell'autotrasporto

### **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

- Elenco delle attività/prodotti
- [Vigilanza coordinata e congiunta in materia di sicurezza sul lavoro \(DSP SPSAL\)](#)
- [Promozione della formazione dei lavoratori stranieri attraverso percorsi di alfabetizzazione in materia di sicurezza sul lavoro \(DSP SPSAL\)](#)
- [Controlli finalizzati alla prevenzione degli eventi incidentali e degli infortuni sul lavoro \(PM-UPS\)](#)
- [Sicurezza stradale: prevenzione educazione, formazione e sensibilizzazione \(PM-UPS\)](#)

### **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

#### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

[Ufficio Politiche delle Sicurezze, Unità operativa complessa Sicurezza Stradale, Nucleo Edilizia](#)

[Dipartimento Sanità Pubblica](#)

[Dipartimento Sanità Pubblica SPSAL \(Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro\)](#)

**Collaborazioni:**

INAIL

INPS

ARPA

Vigili del Fuoco

CTP

Ecc...

***OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E  
D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE***

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotte sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. Continuare e sviluppare le attività di coordinamento tra enti preposti alla prevenzione, al controllo in merito ai diversi aspetti che riguardano le “sicurezze”; continuare e sviluppare i modelli professionali multidisciplinari e multiprofessionali per le diverse attività che richiedono azioni ad elevata complessità e/o specializzazione
2. Promozione, educazione, prevenzione, sorveglianza per la tutela della salute connessa ai rischi degli ambienti di vita, di origine ambientale, lavorativa, alimentare, stradale, ecc... con il coinvolgimento anche di gruppi e associazioni sensibili e interessate alle tematiche per sviluppare la competenza e la responsabilizzazione della comunità locale; coordinamento delle attività con altri settori quali ambiente, urbanistica e mobilità.

## 1.10 OBIETTIVI DEL SETTORE PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE PREVALENTI

### BASE INFORMATIVA E BISOGNI EMERGENTI IN AMBITO DISTRETTUALE

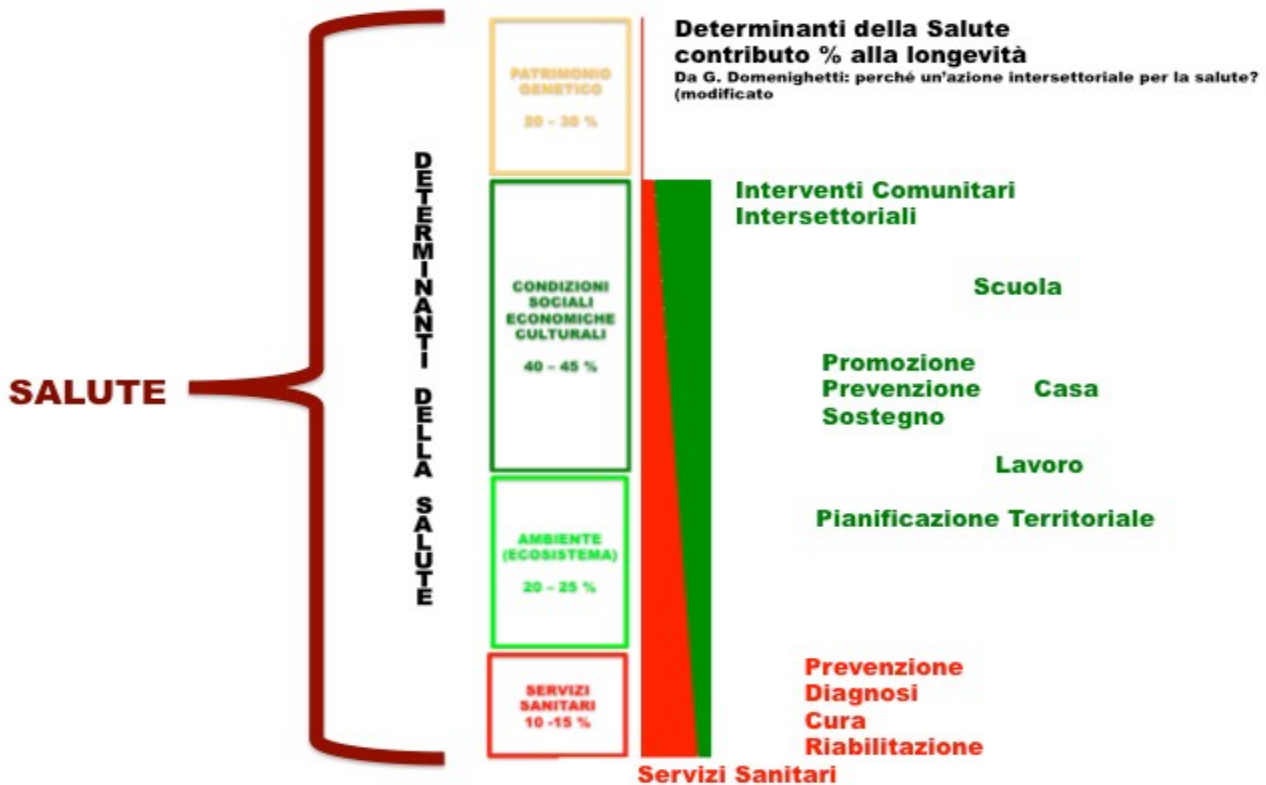
In relazione ai bisogni in merito alle POLITICHE DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE PREVALENTI, nei tavoli di lavoro sono emerse diverse considerazioni in particolare:

Nel 2011 nel distretto di Modena sono decedute 1.913 persone di cui il 53,7% sono donne e il 46,3% sono uomini; la principale causa di morte sia per gli uomini che per le donne sono le malattie al sistema circolatorio e i tumori con percentuali differenti fra i sessi per quello che riguarda le malattie al sistema circolatorio: le donne raggiungono una percentuale del 34,96% mentre gli uomini si assestano al 29,80%.

“Le principali malattie croniche (soprattutto cardiovascolari, tumori e diabete) riconoscono alcuni fattori di rischio comuni e modificabili, collegati al comportamento e allo stile di vita. Gli stili di vita non corretti (quali ad esempio inattività fisica, alimentazione poco sana, abuso di alcol e consumo di tabacco) rappresentano pertanto un importante determinante prossimale di salute, con effetto diretto sulla salute stessa in associazione all’ambiente socio-economico e fisico.” (Il profilo di salute, per il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2010-2012).

Un intervento efficace sulla promozione della salute deve intervenire su tutte le determinanti di salute modificabili e non limitarsi all’organizzazione dei servizi. In tale percorso una particolare attenzione dovrà essere posta al rafforzamento del ruolo del Distretto come garanzia di una risposta integrata e coordinata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali e come consolidamento e semplificazione del sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria, intesi anche come capacità di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza.

### Il Razionale della Programmazione Integrata



Sulla base dei dati PASSI relativi al periodo 2008-11, si stima che in provincia di Modena l'eccesso ponderale coinvolga una quota rilevante (45%) di adulti 18-69enni: in particolare il 34% è in sovrappeso e 11% è obeso. L'eccesso ponderale è una condizione che aumenta con l'età e colpisce di più gli uomini e le persone socialmente svantaggiate con basso titolo di studio o con difficoltà economiche; quest'ultima condizione si rileva in particolare tra le donne.

In provincia di Modena si stima che circa 325 mila persone tra 18-69 anni consumino alcol, anche occasionalmente. Il 24% consuma alcol in modo potenzialmente a rischio per la salute, pari a una stima di 112 mila persone. Il consumo di alcol a rischio è più diffuso:

- tra gli uomini (le differenze di genere sono meno marcate tra i 18-24enni)
- nelle classi di età più giovani
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto, soprattutto nelle donne
- nelle persone con molte difficoltà economiche, in particolare negli uomini

Secondo i dati 2008-2011 del sistema di sorveglianza PASSI nella provincia di Modena il 29% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette (30% nel solo 2011); questa stima corrisponde a poco meno di 135 mila persone. Il valore modenese è in linea con quello regionale e con quello del pool (29% entrambi).

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco delle attività/prodotti**

[Casa della salute \(Ausl\)](#)

[CSV e altri: Oltre i muri](#)

[Federfarma: dalla prevenzione al corretto uso dei farmaci](#)

[Federfarma: comunicazione multimediale](#)

[Educazione terapeutica in diabetologia \(Ausl\)](#)

[Diabetologia gestazionale \(Ausl\)](#)

[Screening tumori femminili \(Ausl\)](#)

[Federfarma: prenotazione CUP via web](#)

[Federfarma: gestione macchina scambiasiringhe](#)

[Gestione integrata del paziente con diabete o scompenso cardiaco \(Ausl\)](#)

[Assistenza farmaceutica diretta \(Ausl Cure primarie\)](#)

[Consulenze specialistiche a domicilio o in strutture residenziali \(Ausl Cure primarie\)](#)

[Gestione visite urgenti in diabetologia \(Ausl\)](#)

[Punto d'accesso odontoiatrico \(Ausl Cure primarie\)](#)

[Progetto Leggieri \(Ausl DSM e Cure primarie\)](#)

[Rimodulazione accesso urgenze e follow up \(Ausl\)](#)

[Rimodulazione punti prelievi \(Ausl\)](#)

[Rimodulazione urgenze odontoiatriche \(Ausl\)](#)

## **LA RETE DELLE ATTIVITA' E RISORSE DELLA COMUNITA'**

### **Elenco dei Settori/Servizi Pubblici**

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base](#)

[Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità](#)

Unità operativa Politiche giovanili

[Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(CNPIA\)](#)

[Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie](#)

[Centro di Salute mentale \(CSM\) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura \(SPDC\) afferenti al Servizio Mentale Adulti](#)

[SerT e Centro Alcolologico/Antifumo](#)

[Servizio Spazio giovani](#)

*OBBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI E  
D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE*

Emergono dalla valutazione dei bisogni e dalla valutazione delle risorse messe in campo alcuni obiettivi prioritari che sono indicati di seguito.

Le azioni specifiche, gli indicatori quantitativi e di processo sono contenuti nelle schede prodotto sopraelencate alle quali è possibile accedere tramite link diretto.

1. **Progettare le Case della salute** quale modello innovativo delle Cure primarie con il coinvolgimento dei professionisti del sanitario e del sociale e della comunità locale ; nella Casa della salute sarà garantita l'attività di promozione della salute per i problemi della comunità su target di popolazione o target di patologia, l'assistenza primaria e l'integrazione con l'assistenza sociale, la medicina di iniziativa e la continuità delle cure attraverso "percorsi di cura ed assistenza".
2. **Programmare e pianificare in modo integrato**, nel contesto comunitario, **interventi di promozione di sani stili di vita** e sviluppare l'empowerment del paziente e dei familiari al fine di favorire il benessere e prevenire l'insorgenza delle patologie croniche e delle loro complicanze in collaborazione con le associazioni di volontariato. Le attività riguarderanno la promozione di sani stili di vita e prevenzione tramite forme di informazione/formazione di gruppo o per singoli sulla gestione della malattia ma anche, insieme ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, iniziative di educazione alimentare, di promozione del movimento e dell'attività fisica per la prevenzione dell'obesità.
3. **Incrementare la medicina d'iniziativa per le patologie croniche** basata su solidi collegamenti con le risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani), sullo sviluppo di nuovi modelli di assistenza, sulla forte integrazione tra i professionisti. Per l'attuazione di questi modelli è necessario garantire interventi che garantiscano la massima efficacia del trattamento assistenziale e il supporto di un sistema informativo che permetta di aiutare i professionisti nell'integrazione delle informazioni sugli assistiti. Per un'efficace presa in carico saranno organizzate chiamate attive dei pazienti inseriti in appositi registri di patologia, feed-back ai professionisti sui livelli di performance rispetto agli indicatori per le patologie croniche, attivazione di percorsi integrati con i diversi servizi territoriali, sociali e l'ospedale su diabete mellito, scompenso cardiaco cronico, disturbi cognitivi.
4. **Assistenza e cura** nelle fasi terminali della vita per i pazienti affetti da patologie oncologiche e non (gravi scompensi cardiaci, gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da demenza in fase terminale, ecc...) attraverso lo sviluppo dei percorsi di presa in carico a domicilio secondo il modello del case management. Il modello di intervento che prevede l'integrazione socio-sanitaria promuove il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie attraverso un modello di erogazione diffusa con il coinvolgimento di una molteplicità di soggetti secondo i progetti assistenziali e i setting nei quali il paziente è curato.

## 2. L'elenco delle associazioni, dei servizi e le attività\prodotto

Nel programma 2013-2014 le attività prodotto sono state profondamente riviste e riorganizzate, tenendo conto dell'obiettivo di semplificazione e dell'accorpamento di alcune schede, in particolare dei soggetti pubblici. Si è tenuto conto anche della definizione dei tre livelli di intervento previsti dalla Regione:

- Informazione \ Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani
- Prevenzione
- Cura e assistenza

Le schede prodotto elencate nei singoli obiettivi sono complessivamente :124

L'elenco delle associazioni che hanno inviato le schede

<a href="#">1.1 OBIETTIVI DEL SETTORE RESPONSABILITÀ FAMILIARI, CAPACITÀ GENITORIALI E SALUTE RIPRODUTTIVA DONNA.....</a>	<a href="#">17</a>
<a href="#">1.2 OBIETTIVI DEL SETTORE DIRITTI DEI MINORI E DEGLI ADOLESCENTI.....</a>	<a href="#">22</a>
<a href="#">1.3 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEI GIOVANI.....</a>	<a href="#">26</a>
<a href="#">1.4 OBIETTIVI DEL SETTORE IMMIGRAZIONE, ASILO, LOTTA ALLA TRATTA.....</a>	<a href="#">30</a>
<a href="#">1.5 OBIETTIVI DEL SETTORE CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE E ALLE POVERTÀ.....</a>	<a href="#">32</a>
<a href="#">1.7 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEGLI ANZIANI.....</a>	<a href="#">37</a>
<a href="#">1.8 OBIETTIVI DEL SETTORE: POLITICHE A FAVORE DEI DISABILI.....</a>	<a href="#">40</a>
<a href="#">1.9 OBIETTIVI DEL SETTORE POLITICHE PER LA SICUREZZA STRADALE, SUL LAVORO E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI.....</a>	<a href="#">43</a>
<a href="#">1.10 OBIETTIVI DEL SETTORE PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE PREVALENTI.....</a>	<a href="#">45</a>

L'elenco dei servizi della rete è il seguente:

### COMUNE DI MODENA

Settore Politiche sociali, sanitarie e abitative del Comune di Modena:

- Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base
- Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area della non autosufficienza, accesso ai servizi per anziani e disabili e gestione della rete dei servizi orientati alla domiciliarità.
- Servizio Sociale Educativo e Assistenziale di Base: Ufficio Coordinamento Area Minori, Attività Educative e Sostegno alla Genitorialità
- Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area integrazione sociale
- Servizio Politiche per l'Integrazione Sociale e Residenzialità anziani: Area residenzialità e semiresidenzialità anziani

Settore Istruzione Servizi generali amministrativi

Settore Istruzione Servizio di coordinamento pedagogico

Settore Cultura e Politiche Giovanili Unità operativa politiche giovanili

Ufficio Politiche delle Sicurezze, Unità operativa complessa Sicurezza Stradale, Nucleo Edilizia.

### AZIENDA USL

Dipartimento Aziendale Cure primarie Ausl di Modena:

- Dipartimento Cure Primarie
- Assistenza Specialistica ambulatoriale

- Consultorio familiare
- Servizio Diabetologia
- Cure domiciliari e cure palliative
- Area Fragili e protesica
- Medicina penitenziaria
- UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale
- Pediatria di comunità

Dipartimento Farmaceutico

Dipartimento di Salute Mentale

- Centro di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CNPIA)
- Centro di Psicologia Clinica e di Comunità per minori e le loro famiglie
- Centro di Salute mentale (CSM) e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) afferenti al Servizio Mentale Adulti
- SerT e Centro Alcolologico/Antifumo
- Servizio Spazio giovani

Dipartimento Sanità Pubblica

Dipartimento Sanità Pubblica SPSAL (Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro)



### 3 La sostenibilità finanziaria del Piano di Zona

Tab. 1. Spesa complessiva del Piano di zona della città di Modena - per Ente gestore - anno 2013

	Spesa Comune	Spesa diretta UsI	Spesa altri	Totale
ob1	2.664.755,17	2.859.528,00	6.600,00	5.530.883,17
ob2	30.409.330,85	6.317.698,00	2.451.000,00	39.178.028,85
ob3	410.106,00	3.998.797,00	25.100,00	4.434.003,00
ob4	2.452.705,03	11.000,00	0,00	2.463.705,03
ob5	6.721.162,68	20.380.203,00	1.088.000,00	28.189.365,68
ob6	0,00	0,00	0,00	0,00
ob7	30.464.927,00	14.893.254,00	3.000,00	45.361.181,00
ob8	5.206.480,36	4.181.019,64	798.000,00	10.185.500,00
ob9	867.440,00	700.000,00	0,00	1.567.440,00
ob10	0,00	95.736.128,00	2.600,00	95.738.728,00
<b>TOTALE</b>	<b>79.196.907,09</b>	<b>149.077.627,64</b>	<b>4.374.300,00</b>	<b>232.648.834,73</b>

Tab. 2. Finanziamento della spesa del Piano di zona della città di Modena - 2013

	Comune	fondi dallo Stato	fondi regionali	Compartecipazione utenza	Altro	Ausl da FRS	Ausl da FNNA	FRNA	Totale
ob1	2.413.102,44	43.831,00	32.421,73	97.000,00	85.000,00	2.859.528,00		0,00	5.530.883,17
ob2	25.867.982,45	0,00	630.347,40	5.000.025,00	1.361.976,00	6.317.698,00		0,00	39.178.028,85
ob3	241.974,00	3.000,00	114.332,00	0,00	12.500,00	4.062.197,00		0,00	4.434.003,00
ob4	1.499.704,63	711.135,20	177.000,00	0,00	64.865,20	11.000,00		0,00	2.463.705,03
ob5	5.632.308,55	0,00	642.854,13	0,00	1.088.000,00	20.654.203,00	172.000,00	0,00	28.189.365,68
ob6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
ob7	9.584.715,87	12.591,13	0,00	10.182.620,00	1.026.000,00	11.581.146,88	458.000,00	12.516.107,12	45.361.181,00
ob8	2.264.600,00	0,00	30.000,00	819.400,00	0,00	341.197,12	433.067,00	6.297.235,88	10.185.500,00
ob9	846.440,00	21.000,00	0,00	0,00	0,00	700.000,00		0,00	1.567.440,00
ob10	0,00	0,00	0,00	0,00	2.600,00	95.736.128,00		0,00	95.738.728,00
	<b>48.350.827,94</b>	<b>791.557,33</b>	<b>1.626.955,26</b>	<b>16.099.045,00</b>	<b>3.640.941,20</b>	<b>142.263.098,00</b>	<b>1.063.067,00</b>	<b>18.813.343,00</b>	<b>232.648.834,73</b>