

Case della salute e medicina d'iniziativa

Completato

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena / Comune/Unione dei Comuni
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;B;

Razionale	<p>La Casa della Salute non è solo un luogo fisico, ma un nuovo modo di lavorare che permette di assumere il modello della sanità d'iniziativa.</p> <p>All'interno di queste strutture lavorano in modo integrato diversi professionisti: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, ostetriche e assistenti sociali. La Casa della Salute diventa così il punto di riferimento per i cittadini sul territorio per quanto riguarda "la salute" in senso ampio, dalla promozione della salute tramite lo sviluppo di sani stili di vita, alla presa in carico integrata di patologie croniche e della non autosufficienza secondo il paradigma della medicina d'iniziativa.</p> <p>Diventa un'opportunità per riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, che contempla una modalità di erogazione dell'assistenza alternativa al ricovero ordinario, focalizzata sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensata in modo da evitare accessi multipli.</p>
Descrizione	<p>In Provincia sono attive 11 Case della Salute così collocate: tre nel Distretto di Mirandola, una nel Distretto di Carpi, due nel Distretto di Castelfranco Emilia, due nel Distretto di Pavullo, due nel Distretto di Vignola ed una nel Distretto di Sassuolo.</p> <p>Altre 6 Case della Salute sono in fase di programmazione (Mirandola, Carpi, Modena Nord ed ESTENSE, Formigine e Sassuolo) ed altre 3 in fase di valutazione (San Felice, Soliera e Modena Sud).</p> <p>Vengono di seguito riportate le funzioni ipotizzate per le Case della Salute attualmente in programmazione nella Provincia di Modena</p> <p>Vengono quindi riportate le funzioni ipotizzate per le Case della Salute attualmente in programmazione nella Provincia di Modena :</p> <p>Distretto di Modena</p> <p>La prima Casa della Salute sorgerà nella zona Nord della Città (Via Fanti, Quartiere 2) e sarà dedicata alla salute del bambino, dell'adolescente, della donna e della famiglia.</p> <p>Accoglierà i seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Punto di accoglienza; - Sportello Unico; - Punto Prelievi; - Assistenza Primaria con Pediatri di Libera Scelta, - Ambulatorio Infermieristico; - Ambulatori Specialistici; - Consultorio Familiare; - Pediatria di Comunità; - Neuropsichiatria Infantile; - Servizio Psicologia Minori e Famiglia; - Sportello Sociale; - Sportello Volontariato; <p>La seconda Casa della Salute in programmazione è la CDS Estense in cui si sono ipotizzati i seguenti servizi:</p>

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

Distretto di Carpi

Nella CDS di Carpi saranno presenti i seguenti servizi:

- Assistenza primaria con i MMG/Medicina di gruppo
- Ambulatorio della cronicità
- Centro prelievi ad accesso diretto
- Ambulatorio infermieristico
- Continuità assistenziale
- Consultorio Familiare e Spazio Giovani
- Sportello Socio-Sanitario
- Punto Volontariato
- Cooperativa dei MMG Meditem

Distretto di Mirandola

Dal progetto sono presenti i seguenti servizi:

- Punto di Accoglienza
- Punto di Primo Intervento
- Continuità assistenziale
- Ambulatori infermieristici
- Servizio infermieristico domiciliare
- Camere ardenti e Chiesa
- Servizio di radiologia
- Assistenza primaria con MMG e PLS
- Specialistica ambulatoriale
- Sportello Unico
- Punto prelievi
- Sportello volontariato
- OsCo

- Servizio di riabilitazione con palestra
- Consultorio Familiare
- Pediatria di Comunità
- Neuropsichiatria infantile
- Centro Salute Mentale
- Psicologia Clinica

Distretto di Sassuolo

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

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

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

Il polo adulti prevederebbe:

- Punto di Accoglienza
- Sportello unico
- Centro Prelievi
- Servizio di Continuità Assistenziale
- Consultorio Familiare
- Ambulatori specialistici
- Ambulatorio infermieristico per le cronicità

	<p>Il polo infanzia troverebbe sede presso Villa Bianchi, dove attualmente è già presente il Centro per le Famiglie. Si prevede la presenza dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza primaria con PLS - Ambulatorio infermieristico - Servizio di Neuropsichiatria Infantile - Pediatria di Comunità - Attività di promozione della salute e prevenzione primaria, sostegno alla genitorialità in collaborazione con reti assistenziali già definite, violenza domestica.
Destinatari	Tutta la popolazione presente in un determinato territorio
Azioni previste	<p>1 - proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con CTSS, in coerenza con la DGR 2128/2016</p> <p>2 - diffondere e implementare nei locali territori i contenuti delle nuove indicazioni regionali, attraverso la realizzazione di un progetto formativo regionale nelle Case della Salute</p> <p>3 - proseguire nell'implementazione dei progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del PRP</p> <p>4 - promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche a quei Nuclei di Cure Primarie non afferenti ancora alle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute</p> <p>5 - individuare strumenti per la promozione del lavoro dei MMG presso le sedi delle Case della Salute</p> <p>6- realizzare in tutte le CdS servizi ad ampia diffusione utili per tutta la popolazione del bacino di riferimento.</p> <p>1. pianificazione delle CdS in condivisione con gli Enti Locali</p> <p>2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini)</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>1. pianificazione delle CdS in condivisione con gli Enti Locali</p> <p>2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini)</p> <p>3. collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico</p> <p>4. programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL/ Unione dei Comuni, Terzo settore
Referenti dell'intervento	Vezzosi Angelo –Direttore Dipartimento Aziendale Cure Primarie, mail: a.vezzosi@ausl.mo.it, tel. 059 438059
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Completato

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

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

Razionale	<p>Riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale</p> <p>Tra gli ambiti su cui il sistema sanitario provinciale modenese è stato chiamato ad operare risultano di particolare rilevanza le previsioni relative al riordino ospedaliero previsto dalla DGR 2040/15 applicativa del DM n. 70/2015 e alla sperimentazione gestionale sancita dalla DGR 1004/2016 che prevede la cessione della gestione del Nuovo Ospedale Civile S'Agostino Estense dall'AUSL alla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Nello specifico, ci si riferisce alla rideterminazione di numerosità e tipologia dei posti letto, alla definizione delle reti cliniche e delle vocazioni delle strutture che le compongono, in applicazione dei modelli hub & spoke e dei principi di efficacia, appropriatezza organizzativa, rispetto degli indicatori relativi a volumi ed esiti collegati. Il riordino della rete ospedaliera deve essere orientato a raccordarsi secondo continuità di percorsi clinico assistenziali, di fruibilità dei servizi e di continuità della cura e dell'assistenza con la rete delle attività svolte sul territorio, perseguimento continuo della massima semplificazione ed equità dell'accesso.</p>
Descrizione	<p>I traccianti operativi di maggior rilievo che sono stati presentati nel corso del 2017 alla CTSS e approvati nelle sedute del 30 giugno e 30 novembre 2017 e poi rendicontati. Lo come stato d'avanzamento è il seguente:</p> <p>1) rete ospedaliera provinciale, si caratterizza per le due strutture hub modenesi, Policlinico e NOCSAE, afferenti all'Azienda Ospedaliero Universitaria. I due ospedali con valenza di riferimento per le aree Sud e Nord sono: Sassuolo (Azienda Ospedale di Sassuolo spa) al sud ed il Ramazzini di Carpi dell'AUSL di Modena per il nord. Integrano la rete delle strutture pubbliche gli Ospedali di Mirandola a nord, Pavullo e Vignola a sud.</p> <p>La rete ospedaliera provinciale è poi completata dai quattro Ospedali privati accreditati, Pineta di Gaiato a sud e Villa Fogliani, Igea, Rosa ed Hesperia Hospital (sede anche della cardiocirurgia provinciale) al centro.</p> <p>La dotazione di letti e l'afferenza geografica sono riportati nello schema a seguire che reca anche i tassi per 1.000 abitanti dei posti letto, complessivi e dedicati alla postacuzie-lungodegenza-riabilitazione.</p> <p>Vedi tabella allegata n.1</p> <p>2) articolazione dei posti letto provinciali sopra descritta, posta in essere già dal 31 dicembre 2016, risulta coerente con le attese del DM 70/15, della DGR 2040/15 e delle successive DGR 1003/16 e 830/17 che prevedevano per Modena una dotazione massima di 2.446 posti letti. Al 31 dicembre 2017, in provincia il numero complessivo di letti risulta pari a 2415 e quindi ben al di sotto dell'atteso. Con 3,44 letti x 1.000 abitanti, infatti il tasso di letti su popolazione risulta ampiamente entro il parametro di 3,7 previsto dal livello nazionale. Il numero di letti di postacuzie riabilitazione (PARE) risulta pari a 429 letti, ne deriva che, con 0,61 letti x 1.000 abitanti, l'obiettivo di adeguare il rapporto tra i letti per acuti e quelli di PARE risulta ancora disallineato rispetto all'atteso (0,7 x 1.000 abitanti). E' necessario pertanto riequilibrare il rapporto fra letti per acuti e post-acuti all'interno della rete ospedaliera provinciale,</p>

privilegiando nell'ambito della post-acuzie l'area riabilitativa, concentrando e specializzando le attività in ambito riabilitativo neurologico, ortopedico, oncologico.

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

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

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

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

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

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

Si prevede il mantenimento del ruolo di riferimento del NOCSAE per quanto attiene l'attività di chirurgia vascolare, sia per l'attività in urgenza che per l'elezione a maggiore complessità. Proseguirà il monitoraggio dell'attività (registro traumi) del centro traumi gravi del NOCSAE che, pur non essendo attualmente inserito tra i trauma center regionali, presenta volumi di attività e performance in linea con le altre strutture regionali (Parma, Cesena, Bologna). È in corso la ulteriore definizione dei rapporti e dell'articolazione dell'offerta di prestazioni nell'ambito della rete di endoscopia digestiva. L'endoscopia di Carpi, oggi in grado di garantire anche prestazioni di 2° livello per quanto attiene l'interventistica, resta il riferimento per l'area nord, in rete con l'Ospedale di Baggiovara per le prestazioni di 3° livello. Per l'area sud il riferimento per il 2° ed il 3° livello resta al momento l'Ospedale di Baggiovara e nell'ambito della rete nefrologica si è adeguata l'assistenza nefro-dialitica all'incremento della domanda definendo una modalità organizzativa basata sulla stratificazione per complessità della prestazione. La Struttura Semplice Dipartimentale di Nefrologia e Dialisi di Carpi ha acquisito la gestione dei punti di erogazioni di prestazione dialitica e nefrologica dell'area sud: nella riorganizzazione si è programmato l'aumento delle sedi CAD, con inizio dal CAL dall'Ospedale di Sassuolo, prevedendo un incremento a 15 posti letto di dialisi effettivi, oltre a questo si attuerà l'incremento dei turni medico-assistiti in tutte

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

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

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

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

Per le rete delle Cure Palliative si rimanda alla scheda 7 dei PDZ.

4) Centralizzazione dell'attività di chirurgia oncologica secondo la programmazione già definita e che vede, già da tempo, la centralizzazione/riconduzione degli interventi per patologie di chirurgia generale e urologica volume dipendenti presso gli hub provinciali dell'AOU, Policlinico e NOCSAE per le neoplasie maligne di seguito elencate: esofago, stomaco, fegato, pancreas, prostata (anche con metodica robotica assistita), polmone e tiroide, oltre a vescica e rene. In area nord, Carpi garantisce autonomia di risposta per il carcinoma del colonretto, della mammella, della prostata [M1] e della tiroide mentre in area sud il NOS assicura la chirurgia oncologica del colonretto e della prostata, del rene e della vescica. Per quanto attiene gli interventi di chirurgia ginecologica le indicazioni regionali relative alla concentrazione della patologia oncologica ovarica richiedono di completare la concentrazione di tale casistica che dovrebbe avvenire su base sovraprovinciale. Gli ospedali spoke a vocazione produttiva specifica (Pavullo, Vignola e Mirandola) non erogano attività di chirurgia oncologica.

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

6) Concentrazione dell'attività programmata complessa e urgente in accordo con il principio volume/esiti con riconduzione presso gli hub provinciali AOU-NOCSAE della casistica complessa, soprattutto oncologica, e/o per complessità clinica del paziente. Le attività di chirurgia di urgenza e programmata, anche oncologica limitatamente al colon-retto di media complessità sono svolte anche presso le strutture di Carpi per le rispettive aree di afferenza (nord e sud). A Mirandola, Pavullo e Vignola continuerà ad essere garantita l'attività in elezione per casistica di media complessità erogabile in regime di ricovero, di day surgery o ambulatoriale, per bacini di utenza anche più ampi di quelli geografici di afferenza, specializzando la propria funzione in modo da elevare le performance produttive della struttura al servizio dell'intera rete dell'offerta, consentire l'attività di equipe chirurgiche provenienti da differenti strutture ed il mantenimento per queste stesse equipe di un portafoglio di competenze alto e differenziato, da mettere al servizio dell'offerta secondo modelli di decentramento produttivo. Definizione delle vocazioni produttive delle diverse strutture della rete con mantenimento della capacità delle strutture decentrate di

rispondere alle esigenze di autosufficienza soprattutto per le attività a bassa complessità ed ampia diffusione, con particolare riferimento all'attività chirurgica, ortopedica e ginecologica a maggior impatto epidemiologici. Mantenimento delle funzioni di medicina interna privilegiando la logica della prossimità in considerazione della sostanziale omogeneità della casistica, concentrando solo le discipline a maggior valenza specialistica per favorire il mantenimento di adeguate skill professionali nonché un accettabile tasso di attrattività delle strutture stesse per il personale neo-assunto.

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

Un caso particolare meritevole di evidenza è rappresentato dalle attività chirurgiche svolte presso la Casa della Salute di Castelfranco che rappresenta un esempio concreto di piattaforma produttiva territoriale. In questa sede sono chiamati ad operare su percorsi condivisi con il territorio di arruolamento e gestione della continuità di cura, diversi specialisti ospedalieri afferenti alle due Aziende pubbliche modenesi (dermatologici, chirurghi vascolari, endoscopisti, ortopedici, oculisti e ginecologici). Altra specificità della Casa della Salute di Castelfranco è rappresentata dalla presenza del Centro di riferimento di 3° livello per la terapia del dolore, che oltre a coordinare la rete territoriale, è in grado di assicurare gli interventi di maggior complessità in regime di day surgery e ricovero ordinario anche presso l'Ospedale Civile di Baggiovara.

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

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

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

9) Sviluppo del Team GRACER cerebrolesioni-mielolesioni. La Rete GRACER rientra nella rete assistenziale del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e nella Delibera di Giunta del 22/07/02 n° 1267 relativa alla organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello "Hub & Spoke". Il governo della rete a livello della provincia di Modena, per quanto riguarda i bisogni riabilitativi dei pazienti con grave lesione cerebrale, si caratterizza per le modalità di invio dei pazienti ai Centri Hub regionali e ai Centri H/S e le modalità di rientro nel territorio dai Centri di alta specialità, nonché il governo dei rientri in strutture di alta specialità regionali ove fosse necessario. La rete GRACER vede Ospedali con funzione Spoke per acuti (A), ospedali Hub di alta specialità, Ospedali H/S, Ospedali Spoke e servizi con funzioni territoriali Spoke T. Obiettivi del TEAM sono di valutare il livello di intensità assistenziale e di intervento socio-assistenziale più appropriato per ciascun paziente identificando i bisogni riabilitativi e definendo precocemente, rispetto alla dimissione ospedaliera la presa in carico territoriale dei pazienti in coerenza con la valutazione multidimensionale effettuata dalle UVM territoriali di residenza, condividendo ed elaborando criteri comuni; definire un percorso personalizzato di rientro dai centri Hub e H/S mediante il coordinamento con i referenti della Aree Fragili dei Distretti; monitorare il risultato del percorso in coerenza con il progetto riabilitativo individuale; promuovere il coinvolgimento del caregiver nel progetto riabilitativo individuale (scheda 5 PdZ).

Destinatari	pazienti del SSR, le Aziende Sanitarie e le Case di Cura Private Accreditate ed i rispettivi professionisti
Azioni previste	<p>- Ridefinire le discipline incluse nelle reti Hub&Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto ai bacini di utenza, unità operative, assetto della rete.</p> <p>2- Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), miglioramento del livello di efficienza complessivo delle attività ospedaliere, incrementando il passaggio del ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali (ospedali di comunità).</p> <p>3- Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete.</p> <p>4- Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitari e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera.</p> <p>5- Sviluppare la valutazione sull'esperienza dell'organizzazione dei reparti per intensità di cure.</p> <p>Mo6- monitoraggio dei PDTA a valenza provinciale attraverso audit e revisione periodica.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Unioni dei Comuni
Referenti dell'intervento	Panico Manuela – Direttore del Presidio Unico; mail: m.panico@ausl.mo.it , tel 0535 602253
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Cure InterCure intermedie e Sviluppo degli Ospedali di Comunità in Emilia Romagna

Completato

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

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

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

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

	<p>A livello provinciale si ritiene opportuno affrontare la problematica suddividendola in 3 tipologie di interesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. OsCo attivi (Castelfranco E., Fanano) b. OsCo già previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi (Mirandola e Finale E.) c. Ipotesi di completamento rete OsCo (Modena, Vignola) d. Continuum assistenziale fra Ospedali, OsCo, CRA e domicilio <p>Per quanto riguarda gli OsCo attivi, è necessario verificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appropriatezza e modalità di accesso efficacia degli interventi - livelli di efficienza - valutazione dell'esperienza dei pazienti/famigliari ed operatori - dimissione <p>Per quanto riguarda gli OsCo in progettazione occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire il modello organizzativo, utilizzando le esperienze degli OsCo già funzionanti - coinvolgere le risorse del territorio - curare gli aspetti comunicativi <p>Per quanto riguarda il completamento rete OsCo provinciale serve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire il fabbisogno dei Distretti - mappare le strutture potenzialmente riconvertibili - valutare i costi strutturali e di gestione
Destinatari	<p>Per gli OsCo attivi: pazienti, famigliari, operatori OsCo, fornitori (H, MMG, CRA) – Distretto - DSS</p> <p>Per gli OsCo previsti nel progetto di riordino della rete dei servizi: Cittadinanza, Associazioni, MMG, Servizio Sociale Territoriale, Ospedali invianti, CRA</p> <p>Per ipotesi di completamento rete OsCo: Direzione AUSL Modena, CTSS, Comitato di Distretto, Uffici di Piano (per quanto attiene alle CRA)</p>
Azioni previste	<p>OsCo attivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit OsCo/DAST/H riferimento/ PUASS/DSS <p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appropriatezza degli accessi e standardizzazione delle modalità di accesso - monitoraggio risultati - ottimizzazione gestione (occupazione posti letto, re-ricoveri, ecc.) - valutazione delle modalità di dimissione ed esiti sul territorio <ol style="list-style-type: none"> 2. Formazione caregiver attraverso corso ad hoc 3. Raccolta ed elaborazione esperienza pazienti/caregiver ed operatori 4. Possibili percorsi MMG (CRA), OsCo <p>OsCo previsti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione assistenza medica in OsCo 2. Individuazione e formazione personale di assistenza 3. Elaborazione e condivisione percorsi di accesso e dimissione <p>Completamento rete OsCo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi Banca Dati SIRCO e valutazione audit OsCo attivi per individuazione fabbisogno per Distretto 2. Valutazione ulteriore possibile fabbisogno di strutture per la realizzazione di OsCo 3. Valutazione fattibilità e sostenibilità. Presentazione dati a Direzione Aziendale, CTSS, Comitato di Distretto
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>CTSS, Comunità (associazioni di pazienti di volontariato); Servizi Sociali nel percorso assistenziale individualizzato in ambito PUASS.</p>
Referenti dell'intervento	<p>Direttori di Distretto:</p> <p>Antonella Dallari (Castelfranco E.), mail: an.dallari@ausl.mo.it, tel. 059 929711;</p> <p>Carlo Serantoni (Pavullo), mail:c.serantoni@ausl.mo.it, tel. 053629248</p>

Risorse non finanziarie

Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Budget di salute

Completato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	DSM-DP AUSL MODENA
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;B;

Razionale

Gli interventi di cura e riabilitazione più avanzati in Salute Mentale sono rivolti primariamente a contrastare il pericolo della neo-istituzionalizzazione attraverso metodi finalizzati alla prossimità territoriale delle cure, alla domiciliarità e alla de-ospedalizzazione degli interventi. La metodologia del Budget di Salute (BdS) risponde a questi obiettivi attraverso interventi di politica sanitaria diretti ad agire sui determinanti sociali della salute, a favorire l'empowerment e a far sì che l'utente ed i cittadini siano riconosciuti come co-produttori di salute, valorizzando le risorse informali della Comunità secondo il principio della sussidiarietà. Approccio già sperimentato in Canada, in USA e in UK, l'esperienza italiana del BdS si qualifica per il forte impulso diretto all'empowerment e per l'approccio rivolto ai diversi determinanti sociali della salute, il tutto realizzato all'interno della progettazione integrata che caratterizza l'assistenza sociosanitaria italiana.

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

Nel 2013 nella realtà modenese è stato approvato il "Protocollo operativo" relativo al BdS tra Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) e Comune, frutto di una condivisione di intenti con il 3° Settore e le Associazioni di volontariato, atto che ha caratterizzato le successive convenzioni e accordi.

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

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

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

Descrizione

Il BdS è uno strumento a sostegno della progettazione terapeutico riabilitativa in ambito sociosanitario delle persone in carico al DSM-DP. Tale progettualità si realizza secondo modalità personalizzate e si attua negli ambiti dell'abitare, della formazione/lavoro e della socialità con l'obiettivo della recovery e della restituzione dei diritti di cittadinanza. L'investimento economico, definito "budget di salute", rappresenta la sintesi delle risorse professionali, umane ed economiche necessarie per innescare tale processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale accettabile e alla cui produzione perciò partecipano il paziente stesso, la famiglia e la comunità.

Negli accordi più recenti tra DSM-DP e Comune di Modena (Programma per l'integrazione ed il coordinamento delle funzioni sociali e sanitarie nel campo della tutela, della cura e della riabilitazione della salute mentale tra Comune di Modena ed Azienda USL Distretto n. 3" e Definizione dell'offerta sociosanitaria.) si è arrivati a definire il BdS come il modello alla base della "vision" in ambito sociosanitario e, perciò, a ridefinire gli strumenti che potevano supportare tale approccio: l'Equipe integrata, la UVM, l'Equipe di Progetto, il Progetto Personalizzato, il Contratto.

La realizzazione dei progetti personalizzati (PTRI) prende inizio da una presa in carico congiunta, che vede parte attiva gli operatori del DSM-DP e del Settore Politiche Sociali che costituiscono l'Equipe integrata. Questa, in stretta relazione con gli obiettivi personali espressi dalla persona, attraverso una fase di valutazione multidisciplinare, arriva a definire i traguardi verso i quali indirizzare la progettazione.

Tre sono gli strumenti utili per arrivare a tali obiettivi: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), il Contratto stipulato dai protagonisti della programmazione.

L'UVM rappresenta il processo attraverso il quale l'Equipe integrata, tramite le competenze professionali e gli opportuni strumenti di valutazione ambientale, personale e funzionale, arriva ad una lettura individualizzata dei problemi complessi e molteplici di cui sono portatori le persone, individua gli obiettivi, almeno in uno degli ambiti dedicati alla progettualità integrata (abitare, lavoro, socialità), arriva a delle adeguate proposte progettuali di intervento, formula infine un giudizio di fattibilità e di equità rispetto all'utilizzo delle risorse. Al termine di tale processo viene a costituirsi l'Equipe di Progetto.

All'interno della progettazione integrata l'UVM rappresenta anche una fase di periodica verifica: sono infatti previsti momenti di confronto e di verifica progettuale tra gli attori del processo per permettere un regolare monitoraggio e una verifica degli obiettivi raggiunti.

Il PTRI rappresenta lo strumento concreto di programmazione e di definizione degli interventi riabilitativi che accompagna il percorso verso la recovery a partire dagli specifici bisogni di quel paziente e dalle risorse a disposizione, tanto personali quanto contestuali, consentendo di descrivere e attestare le modifiche dei percorsi intrapresi e dei risultati e delle verifiche in itinere.

Il Contratto rappresenta un momento fondamentale della progettazione perché rappresenta il segno tangibile del coinvolgimento e della partecipazione attiva della persona al suo progetto di vita. Permette la definizione dell'impegno di ciascuno e quale sia l'utilizzo delle risorse, sia di comunità che professionali, sia umane che economiche; le responsabilità, gli impegni e le azioni di ciascuno; i tempi di realizzazione e la scadenza delle verifiche.

La progettazione è rivolta agli ambiti dei determinanti sociali della salute che caratterizzano i percorsi di integrazione sociosanitaria rispetto ai quali già da anni esistono accordi e intese tra DSM-DP e Comune di Modena nell'ambito dell'abitare, formazione/lavoro e socialità.

Abitare: la metodologia del BdS si realizza attraverso le varie sfaccettature dell'abitare supportato (progetti personalizzati attraverso l'attivazione di terapisti della riabilitazione a domicilio, SAD, assegni di cura, progetti di coabitazione, ecc.) e si pone come superamento della residenzialità istituzionale per favorire il recupero di una vera autonomia abitativa. E' regolata da Protocolli di intesa e dalla «Definizione dell'offerta sociosanitaria» ed è caratterizzata da sperimentazioni quale quella degli "Appartamenti di Transizione".

Lavoro: per quanto riguarda i percorsi di formazione, riabilitazione attraverso il lavoro e il reinserimento nelle realtà produttive sono previsti:

- i percorsi caratterizzanti i PIT della Legge 14/2015
- i percorsi del SIL, grazie al rinnovo dell'Appalto da parte del Comune di Modena, diretti alle persone del DSM-DP che non rientrano nell'indice di fragilità e che necessitano ancor di percorsi supportati.
- i percorsi per le persone iscritte alla Ig 68/'99 in base ad un accordo congiunto tra Comune di Modena, Azienda Usl e Agenzia per il lavoro sull'utilizzo delle risorse del FRD. Si tratta delle persone che non rientrano nell'indice di fragilità e sono pronte per una esperienza da svolgersi in ambito lavorativo.

Socialità: Il Progetto Social Point, attivo a Modena dal 2006, poi allargato a tutti i Distretti della Provincia di Modena nel 2012, si basa sulla collaborazione tra DSM-DP, Servizi Sociali del

	Comune di Modena, Centro Servizi del Volontariato, Associazioni di utenti e familiari e mondo del Volontariato
Destinatari	Pazienti dei Centri di Salute Mentale; pazienti in carico alle Dipendenze Patologiche; pazienti in carico alla NPIAE; pazienti in carico alla Psicologia Clinica; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria/patologie croniche.
Azioni previste	<p>I servizi sanitari in collaborazione con i servizi sociali ed i soggetti del territorio lavoreranno per:</p> <p>1) migliorare l'attuazione di quanto previsto negli accordi/convenzioni che confermi la metodologia del Budget di Salute come premessa alla progettazione sociosanitaria in Salute Mentale</p> <p>2) implementare lo strumento BdS nei pazienti CSM per favorirne l'uscita dai percorsi di residenzialità psichiatrica e in particolare estendere la metodologia nelle situazioni di esordio psicotico fin dalle prime fasi della progettazione</p> <p>3) consolidare l'adozione della metodologia BdS attraverso la definizione e l'uso di strumenti condivisi tra AUSL e Comune:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UVM: definizione di modalità di attuazione secondo le linee guida regionali - PTRI: implementare lo strumento attualmente in uso associato all'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento - Contratto: sottoscrizione da parte dell'utente come segno concreto della partecipazione al progetto della persona <p>4) diffondere l'uso della metodologia ai pazienti SerT, della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza/Età Evolutiva, Psicologia clinica</p> <p>5) programmazione di eventi formativi congiunti ed eventi aperti alla comunità: Community Lab</p> <p>6) sperimentazione dello strumento BdS rispetto ad altre tipologie di soggetti fragili/pazienti con patologie croniche.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Domiciliarità e prossimità: salute in carcere, umanizzazione e reinserimento; Promozione autonomia: misure a contrasto della povertà (RES, SIA/REI); avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (Legge Regionale 14/2015; la casa come forma di inclusione e benessere sociale. Partecipazione e responsabilizzazione: valorizzazione esperienziali e aiuto tra pari.</p> <p>Le risorse finanziarie relative al personale comunale, trasversale ai diversi interventi, sono indicate nella scheda relativa al Servizio sociale territoriale n. 36. Le risorse comunali relative agli interventi di inserimento lavorativo, di sostegno all'abitare e di sostegno all'inclusione sociale sono indicate nelle relative schede di intervento.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	DSMDP, DCP, Enti Locali, Enti del Terzo Settore, Associazioni Volontariato, Associazioni Utenti, Associazioni Familiari, Comunità intera, Giustizia, Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA), Utenti esperti
Referenti dell'intervento	<p>Giulia Paltrinieri, Dirigente Servizio Sociale Territoriale - servizio.sociale.territoriale@comune.modena.it tel.059/2032729</p> <p>Marrama Donatella – Responsabile CSMModena Est – d.marrama@ausl.mo.it tel. 059 2134608</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 7.600.619,44

- AUSL (Risorse povertà disagio adulto): 7.600.619,44 €

Indicatori locali: 0

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

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Specifica del campo precedente (Comune di Modena)
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	A;

Razionale	<p>Nella cura delle persone non autosufficienti particolarmente coinvolte sono le figure dei caregiver famigliari, elemento qualitativamente importante per la persona in difficoltà, ma che spesso si trovano sole e con un carico particolarmente oneroso fisico, emotivo, ecc.</p> <p>Le famiglie modenesi, nonostante le crescenti difficoltà ed il progressivo isolamento e carenza di reti allargate, hanno ancora una forte tenuta rispetto alla cura dei famigliari con bisogni socio-sanitari particolari. Queste figure sono però sempre più in difficoltà a causa della complessità delle situazioni che devono sostenere e del conseguente isolamento, anche relazionale, essendo il loro tempo completamente assorbito dagli impegni di cura. Spesso il caregiver si trascura andando quindi incontro a problematiche anche personali che rendono ulteriormente problematica la gestione dell'intero nucleo.</p> <p>L'accreditamento nelle Case Residenze e nei Centri Diurni per Anziani e Disabili ha riconosciuto al caregiver un ruolo importante e centrale. In particolare, a Modena, è stato fatto un lavoro di condivisione di metodologie con tutte le strutture residenziali e semi-residenziali per la fase dell'accoglienza, momento molto complesso, e di incontro con le famiglie. I caregiver vengono coinvolti regolarmente nella condivisione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che, di norma, viene stilato dopo il primo mese dall'ingresso e rinnovato semestralmente o al bisogno, se le condizioni della persona cambiano. Inoltre annualmente vengono organizzati incontri con i caregiver per informarli sugli obiettivi ed i risultati ottenuti. È previsto l'avvio di una nuova indagine della qualità percepita per ospiti e famigliari che partirà nell'autunno del 2018 e si concluderà con la restituzione dei dati ed i piani di miglioramento nel 2019.</p> <p>Va ricordato che la L.R. N.2/2014 e le linee attuative della legge approvate con DRG N. 858/2017 forniscono indicazioni operative per il sistema dei servizi socio-sanitari in merito alle azioni da sviluppare per l'identificazione, il coinvolgimento, la valorizzazione ed il sostegno del ruolo del caregiver.</p> <p>Il caregiver viene riconosciuto come componente informale della rete di assistenza della persona, risorsa del sistema integrato della rete dei servizi socio-sanitari, ma anche portatore di specifici bisogni che richiedono ascolto e tutela. Le linee attuative offrono indicazioni funzionali precise in merito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al riconoscimento del caregiver nella rete assistenziale, nel PAI il caregiver deve essere formalmente identificato e coinvolto nel percorso di definizione, redazione, realizzazione e valutazione del PAI, il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia è anche previsto dai nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017; art.1, comma 3) e dal Piano Nazionale Cronicità; - alla programmazione e realizzazione di interventi di informazione, formazione e di azioni di sostegno al benessere del caregiver in un'ottica integrata di raccordo e coordinamento con la rete locale e al riconoscimento delle competenze del caregiver familiare nell'ambito del PAI. <p>Un aspetto fondamentale è altresì rappresentato dai "Giovani caregiver" che si prendono cura assiduamente di un familiare bisognoso di assistenza, con responsabilità da adulti e conseguenze significative nella loro vita di tutti i giorni, a scuola, al lavoro, nelle relazioni</p>
------------------	---

	<p>sociali. Sono figli, fratelli, nipoti o, in qualche caso, giovani genitori di persone affette da disabilità fisiche o mentali, da malattie terminali o croniche, o da dipendenze. In Italia, secondo i dati ufficiali disponibili, elaborati dall'Istat ma che risalgono al 2011, sono almeno 170 mila i giovani caregiver tra i 15 e i 24 anni. Un numero di certo sottostimato visto che la fascia d'età esaminata esclude i bambini più piccoli e i giovani adulti.</p> <p>L' AUSL di Modena nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 partecipa al progetto della scheda 4.2 - Azioni situate di promozione alla salute mentale fisica nei confronti dei caregiver. Si tratta di un progetto volto a ridurre gli aspetti di rischio per la salute mentale dei caregiver che presentano un alto tasso di fragilità e di rischio per la propria salute. E' stata effettuata una mappatura delle azioni finalizzate a migliorare le competenze e la qualità dell'assistenza fornita (es. corsi di formazione, tutoring infermieristico, caffè Alzheimer ed altro) e una ricognizione delle azioni rivolte al benessere dei caregiver. Le fonti della mappatura sono state molteplici: PdZ 2015, Programma Aziendale Demenze, ricognizione interna al DSM-DP, Centro Servizi del Volontariato e le singole Associazioni di volontariato, focus group con operatori e rappresentanti del 3° Settore. Gli esiti, per quanto parziali, evidenziano una significativa sensibilità al tema ed una ricchezza di iniziative frutto di una proficua collaborazione tra pubblico e 3° Settore, al contempo emergono una frammentazione delle informazioni, non omogeneità nelle pratiche assistenziali nel riconoscimento e valorizzazione del ruolo del caregiver, necessità di metodi e di strumenti condivisi relativi all'identificazione, al coinvolgimento del caregiver nel PAI e alla valutazione del carico assistenziale rispetto alla tenuta fisica, emotiva, ecc.</p>
Descrizione	<p>Da diversi anni i Servizi Sociali pongono particolare attenzione alla persona che svolge funzioni di cura (caregiver) attraverso azioni di sostegno e informazione. In particolare, in collaborazione con i soggetti del 3° Settore, i servizi socio-sanitari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuano gli sportelli sociali come punto di informazione, orientamento e consulenza ai caregiver - hanno elaborato una Guida ai servizi socio-sanitari per informare e favorire l'accesso alla rete dei servizi - implementano, attraverso le Associazioni, esperienze di supporto attraverso gruppi di AMA (GPVecchi, aut aut, AISM, ANFFAS, ecc.) - supportano le famiglie nella ricerca dell'assistente familiare attraverso interventi di facilitazione nella ricerca e selezione delle assistenti familiari (Progetto AMODO) - supportano, attraverso percorsi di presa in carico e coprogettazione individualizzata, l'intero nucleo familiare e non solo della persona non-autosufficiente - offrono percorsi di sollievo residenziale per permettere ai caregiver periodi di riposo - sperimentano forme di co-housing che vedono le famiglie/i, caregiver famigliari collaborare alla gestione e supporto del lavoro di cura (esperienza Cà Nostra, Casa di Paola) - assicurano attività di sostegno al "durante-dopo di noi" per i famigliari delle persone disabili che, oltre al carico assistenziale, vivono spesso l'angoscia di quello che sarà del loro caro dopo di loro. <p>L'AUSL ritiene importante favorire un percorso di messa a sistema /governance delle azioni volte al riconoscere, valorizzare e sostenere i caregiver e, a tal scopo, ritiene prioritario promuovere attività di sensibilizzazione/formazione dei professionisti con disseminazione di buone prassi ed individuazione di metodi e strumenti condivisi da utilizzare nei percorsi di assistenziali. Inoltre sarebbe essere utile declinare la funzione di informazione/orientamento accompagnamento ai servizi a favore dei caregiver individuando un modello organizzativo sperimentale da implementare su tutto il territorio provinciale.</p> <p>Infine i servizi dedicati in generale ai giovani caregiver in Italia sono rari. Emerge come esistano prevalentemente progetti rivolti ai fratelli di persone disabili, finalizzati di solito alla promozione di gruppi di AMA, a creare occasioni di conciliazione e a informare sul tema del "dopo di noi". Ed in effetti i caregiver lamentano l'assenza di supporto da servizi territoriali dedicati. Tra le forme di sostegno più utili: i gruppi di AMA, informazioni e orientamento sui servizi disponibili, attività di svago per rilassarsi e divertirsi, per contribuire a rendere visibili questi ragazzi, a fare in modo che la loro voce sia ascoltata e soprattutto cercare di valorizzare le loro esperienze perché da ostacolo si trasformino in valore aggiunto che possa aiutarli nel loro percorso verso l'età adulta.</p> <p>Nella prospettiva di coinvolgere e responsabilizzare il territorio sulla "solitudine del caregiver" l'implementazione della scheda prevede l'adozione della metodologia del Community Lab.</p>
Destinatari	<p>Cittadine/i, caregiver famigliari e non, persone accudite, professionisti dei servizi socio-sanitari e sociali e sanitari, 3° Settore, caregiver con caratteristiche di fragilità e giovani caregiver .</p>

<p>Azioni previste</p>	<p>Oltre al mantenimento delle azioni sopra citate, i servizi socio-sanitari, le associazioni ed il 3° Settore, si propongono di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di un maggior sostegno e raccordo delle forme di auto organizzazione di famigliari attraverso forme di associazionismo o libere - implementazione delle azioni di sensibilizzazione della comunità per una maggiore accoglienza anche delle persone in difficoltà contro l'isolamento che spesso queste famiglie vivono - sviluppo di ulteriori esperienze di forme di coabitazione che creino alleanze tra diverse famiglie e collaborazioni nel prendersi cura dei propri cari - coordinamento dei vari soggetti del 3° Settore che possono contribuire mettendo a disposizione competenze e risorse a supporto dei caregiver - progettazione di azioni/servizi a supporto e sostegno dei momenti critici - sostegno dei caregiver famigliari e non attraverso la rete dei servizi (assegno di cura, SAD, sollievi residenziali, ecc.) - continuazione del coinvolgimento dei caregiver nella redazione e realizzazione degli interventi previsti nei PAI, soprattutto per i congiunti inseriti nei servizi residenziali e semi-residenziali - programmazione presso le strutture residenziali e semiresidenziali di momenti annuali di verifica dei risultati raggiunti e illustrazione dei piani di miglioramento - realizzazione nel 2018 di un' indagine di qualità percepita rivolta agli ospiti e famigliari - garanzia di sostegno della relazione affettiva e di cura delle persona disabili e dei caregiver attraverso il supporto educativo e progettuale (PAI) del personale dei servizi socio-occupazionali, diurni e residenziali e gruppi di famigliari/associazioni ad essi legati: - applicazione della metodologia del Community Lab., in collaborazione con l'AUSL per coinvolgere la comunità. <p>L'Ausl per garantire coerenza ed equità su tutto il territorio aziendale in collaborazione col sociale agirà per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - costituire un coordinamento aziendale per condividere le attività, le iniziative e la programmazione al fine di condividere buone prassi/metodi di lavoro coinvolgendo anche il 3° Settore ed area sociale - promuovere la sensibilizzazione e il coinvolgimento della Comunità tramite campagne informative coordinate e diffuse sul tema (es. Caregiver day) -sensibilizzare/formare gli operatori al riconoscimento e valorizzazione del caregiver attraverso eventi formativi diffusi, ma mirati ad alcune aree funzionali sensibili (UVM, DSM-DP, Lungodegenze, Oncologie) - individuare metodi e strumenti condivisi di rilevazione della tenuta assistenziale/benessere del caregiver nella fase di presa in carico e condivisione del progetto di intervento <p>5. - coordinare sul territorio provinciale, l'implementazione della funzione di orientamento: accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie ed alle opportunità e risorse sul territorio rivolte ai caregiver;</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordinare la formazione specifica rivolta ai caregiver per il sostegno allo svolgimento delle attività di cura, per il loro supporto ed empowerment. - promuovere progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver - coordinare i percorsi di riconoscimento delle competenze del caregiver familiare. -predisporre un progetto sperimentale sui giovani caregiver in collaborazione con il Terzo settore ed il mondo della scuola.
<p>Eventuali interventi/Politiche integrate collegate</p>	<p>Politiche sanitarie, sociali relazioni con i soggetti del 3° Settore e raccordo con il PRP (scheda 4.2) e con le schede intervento del presente piano n. 1, n.4, n. 7, n.11, n.21 e n. 24.</p> <p>Le risorse finanziarie, compreso il personale, sono indicate nelle suddette schede</p>
<p>Istituzioni/Attori sociali coinvolti</p>	<p>Sanità, Associazioni e 3°Settore</p>
<p>Referenti dell'intervento</p>	<p>Giulia Paltrinieri, Dirigente Servizio Sociale Territoriale -</p>

	<p>servizio.sociale.territoriale@comune.modena.it tel.059/2032729</p> <p>Annalisa Righ, Dirigente Servizio Gestione Servizi diretti e indiretti - annalisa.righi@comune.modena.it tel.059/2032887, Cinzia Zanolì – DASS AUSL Modena</p>
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi. Maggiore sviluppo dei servizi di prossimità per le persone con disabilità

Completato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi

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

Razionale	<p>Sostegno alle famiglie per il “dopo di noi-durante noi” Opportunità di sviluppo di vita indipendente per le persone disabili anche con gravi limitazioni.</p> <p>Necessità di una maggiore inclusione sociale delle persone disabili attraverso azioni di sviluppo di comunità e prossimità.</p>
Descrizione	<p>Le azioni devono favorire opportunità di vita alla persona disabile il più possibile integrate nella società sviluppando le maggiori autonomie personali nell'ambito abitativo, sociale e lavorativo, riconoscendo a queste persone spazi di autodeterminazione.</p> <p>Interventi già attivati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizzo dell'UVM per la valutazione multidisciplinare dei bisogni e per la conseguente definizione del progetto personalizzato; • utilizzo dell'assegno di cura disabili come strumento a supporto di vita indipendente per persone anche con disabilità acquisita; • progetto “vita indipendente” realizzato con la fondazione Vita indipendente in cui un gruppo di ragazzi disabili sperimenta per alcuni giorni al mese la possibilità di vivere in “autonomia supportata” all'interno di un appartamento; • attivazione di percorsi assistenziali ed educativi domiciliari per persone disabili adulte per favorire e sostenere autonomie di vita; • attivazione di progettazioni individualizzate di inserimento in contesti socio-occupazionali con presidi educativi; • attivazione di percorsi di passaggio dalla scuola secondarie di secondo grado ai centri diurni attraverso progetti estivi per persone disabili neo maggiorenni; • per quanto riguarda la socializzazione, sono sviluppati percorsi di integrazione sociale in collaborazione con le associazioni e il territorio (es: esperienze teatrali “Cicabum”, musicali “I delfini”, creative “laboratori di ceramica, attività di riciclo e di falegnameria”, etc; sportive, balli latino americani, judo, piscina, etc.; attività di cura del verde); • sono attivate agevolazioni rispetto alla mobilità sul territorio. <p>E' stato approvato il Regolamento comunale per l'accesso ai centri socio riabilitativi residenziali e diurni per disabili e criteri di contribuzione per concorrere al pagamento del servizio dove viene espressamente prevista la realizzazione della progettazione individualizzata all'interno dei percorsi residenziali e semi-residenziali anche a carattere temporaneo.</p>
Destinatari	Persone con disabilità di diversa gravità
Azioni previste	I servizi socio-sanitari in collaborazione con i soggetti a vario titolo coinvolti del territorio collaborano per:

	<ul style="list-style-type: none"> • garantire un maggior coinvolgimento delle persone disabili e delle loro famiglie come co-attori nella costruzione del progetto di vita individuale all'interno della équipe multidisciplinare utilizzando lo strumento dell'uum; • sviluppare una rete di comunità per offrire maggiori opportunità di accoglienza; • sviluppare attività psico-educazionali a supporto delle persone disabili e delle famiglie; • sviluppare esperienze di autonomia anche abitative sia per persone con disabilità congenita che acquisita; • realizzare progettualità abitative anche innovative che garantiscano al disabile un progetto di vita adeguato anche quando rimane privo del sostegno del nucleo familiare; • lavorare con le persone disabili anticipando il "momento di crisi" costruendo quelle capacità di autonomia relazionali e di affinità che possano poi portare alla sperimentazione reale della maggior autonomia abitativa possibile; • sviluppare percorsi di affido anche per le persone disabili adulte; • promuovere e favorire l'utilizzo della figura dell'amministratore di sostegno agevolando i rapporti con il tribunale e gli uffici del giudice tutelare; • promuovere azioni al fine di incrementare l'adesione di persone volontarie allo svolgimento del ruolo di amministratore di sostegno; • garantire alla persona disabile livelli adeguati di tutela, tenendo conto delle caratteristiche personali, del contesto familiare e di vita, delle aspettative individuali, attraverso attività ed interventi residenziali e diurni atti a conservare e potenziare, quanto più a lungo possibile, le autonomie e abilità presenti; • definire procedure, modalità e criteri per l'accesso nei servizi diurni e residenziali che rispondano a principi di equità nei confronti dei cittadini disabili e delle loro famiglie, e che tengano conto prioritariamente della condizione della persona disabili e dei suoi bisogni educativi, riabilitativi, assistenziali, sanitari e relazionali; • assicurare alla famiglia e/o al care-giver di organizzarsi momenti liberi dagli impegni di cura attraverso temporanee di sollievo in relazione ai bisogni della persona disabile della famiglia; • assicurare accoglienza temporanea di emergenza per motivazioni legate a cause improvvise come modificazioni significative dello stato di salute della persona disabile o della sua rete familiare; • sviluppare forme di accoglienza temporanea in strutture residenziali a sostegno di progetti di accompagnamento alla vita autonoma mediante l'inserimento in contesti rispondenti ai bisogni specifici della persona disabile finalizzati a favorire l'emancipazione dal nucleo familiare di origine nella prospettiva del "dopo di noi".
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie, abitative, del lavoro, per la mobilità - scuola formazione e lavoro. Le risorse finanziarie relative al personale comunale, agli interventi e alle misure a sostegno della disabilità sono indicate nella scheda n. 21.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti pubblici e privati, associazioni, privati, sanità, fondazioni
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri, Dirigente Servizio Sociale Territoriale - servizio.sociale.territoriale@comune.modena.it tel.059/2032729 Annalisa Righi, Dirigente Servizio Gestione Servizi diretti e indiretti - annalisa.righi@comune.modena.it tel.059/2032887 Donatella Marrama – DSM, Antonia Morritti – Area Fragili DACP AUSL
Risorse non finanziarie	Immobili di proprietà comunale e/o privata.

Totale preventivo 2018: € 270.424,00

- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **270.424,00 €**

Indicatori locali: 0

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Completato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>La legge 38 del 2010 sancisce il diritto di aver accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Successivi interventi normativi regionali forniscono alle Aziende Sanitarie Locali indicazioni circa le modalità organizzative idonee per garantire tale diritto. In particolare la DGR 560 del 2015 e la 1770 del 2016 descrivono gli elementi essenziali della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP). A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, sono stati definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle Cure Palliative Domiciliari di Base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e delle qualità assistenziale percepita. La Direzione Generale, nel gennaio 2017, ha deliberato l'Istituzione della Rete Locale di Cure Palliative dell'Azienda USL di Modena individuando le modalità di erogazione delle cure nei nodi 1) Domicilio, 2) Hospice, 3) Ambulatorio ed 4) Ospedale. Ha definito i professionisti coinvolti a vario titolo nelle attività della rete, le figure di coordinamento e di governo clinico. Ha infine programmato uno sviluppo almeno triennale delle attività.</p> <p>Nel comune di Modena nel 2017 sono stati assistiti 480 residenti con cure palliative domiciliari, di questi 376 erano affetti da patologia oncologica e 104 da patologia cronica non oncologica. Il tempo medio di assistenza è stato di 90,5 giorni. Circa il 73% degli assistiti è deceduto entro il 2017, di questi il 69% a domicilio, il 10% in Hospice ed il 21% in ospedale. Considerando i morti per tumore del 2017, circa il 50% sono deceduti con l'assistenza delle Cure Palliative Domiciliari. L'assistenza di questi 480 pazienti ha comportato 4.494 accessi domiciliari dei MMG e 11.654 degli Infermieri.</p> <p>Va inoltre sottolineato che nel dicembre 2017 è stata approvata la Legge n.219 che prevede la possibilità per le persone di esprimere la decisione di sottoporsi o meno a determinati trattamenti, qualora sopravvenga l'incapacità di autodeterminarsi. La legge prevede che la persona si confronti col Medico di Medicina Generale per conoscere i benefici e rischi dell'analisi e delle cure, le possibili alternative e le conseguenze del rifiuto. In base alle informazioni ricevute la persona può esprimere consapevolmente le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) ed individuare una persona di fiducia come garante delle sue volontà.</p>
Descrizione	<p>Il coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative dell'AUSL di Modena, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie; essa è costituita dall'insieme degli interventi diagnostico - terapeutici e assistenziali dedicati ai pazienti e alle loro famiglie e caregiver, a fronte di patologie croniche evolutive per le quali non è possibile adottare terapie efficaci per il prolungamento della vita. La Rete è costituita da nodi e da interconnessioni, dove i nodi sono rappresentati dai setting in cui operano equipe multiprofessionali e le interconnessioni dalle modalità organizzative adottate.</p> <p>Il target delle CP sono tutte le persone affette da patologie croniche, inguaribili, evolutive che impattano gravemente sulla loro qualità di vita.</p> <p>L'accesso avviene attraverso qualunque professionista sanitario che individua il bisogno di Cure Palliative, segnalando il caso, anche telefonicamente, ai Punti Unici di Accesso già</p>

	<p>presenti in ogni Distretto, i quali registrano la segnalazione e attivano l'Unità di Valutazione di Cure Palliative Distrettuale.</p> <p>Le richieste di consulenza palliativista nel Nodo Ambulatorio e Ospedale potranno pervenire ai Punti di Accoglienza/PUASS o gestite secondo percorsi che verranno predisposti dal Coordinamento della Rete locale cure palliative (RLCP). Dal gennaio 2018 è attiva in ciascuno dei 7 Distretti L'Unità di Valutazione per le Cure Palliative.</p> <p>Nodo domicilio: ciascuno dei 7 distretti è dotato di Unità Cure Palliative Domiciliari (UCPD): Medici di medicina generale MMG esperti inter pares (20 nella provincia) con il ruolo di consulenti ai Medici curanti</p> <p>sottogruppo di Infermieri dedicati, formati in Cure Palliative</p> <p>psicologo (al momento 5 distretti su 7)</p> <p>Unità di valutazione attiva</p> <p>Progetto CRA: Formazione alle CRA di 6/7 Distretti; attivazione delle istruzioni operative specifiche previste in Delibera in 6/7 Distretti</p> <p>Nodo Ambulatorio: Attivo un ambulatorio di cure palliative precoci in ciascuna Area (3)</p> <p>Nodo Ospedale: Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in 2 Ospedali su 5 (Carpi e Sassuolo); Formazione e implementazione organizzativa per l'utilizzo di linee guida in 8 UUOO dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Attività come case manager di Infermiere territoriale esperto in CP presso i D.H. oncologici di Modena, Sassuolo, Vignola.</p> <p>Nodo Hospice: collaborazione con l'Azienda Ospedaliera per i pazienti candidabili alle cure palliative reclutati presso le sedi del Policlinico o di Baggiovara ed azioni formative preparatorie all'apertura dell'Hospice territoriale di Castelfranco Emilia.</p> <p>Le CP hanno contenuti bioetici rilevanti e impattano sugli ambiti della nostra cultura che definiscono il rapporto della collettività con il limite e con la morte. Esiste una relazione circolare tra le CP e la cultura: le prime entrando nelle famiglie che affrontano le fasi estreme delle malattie si confrontano con gli atteggiamenti culturali imperanti circa il limite dell'inguaribilità e della morte; ma, d'altra parte, proprio la proposta delle CP rendendo esplicite e consapevoli queste dimensioni può indurre nelle persone un cambiamento di atteggiamento che gradualmente si fa cultura. Una società meno tanatofobica è, forse, una società con un maggior grado di benessere. Su queste premesse si fonda la necessità di far agire sinergicamente la società civile nel suo insieme, l'associazionismo di settore e gli enti pubblici per promuovere questo cambiamento finalizzato ad una migliore qualità di vita. Le CP possono essere immaginate, in un'ottica di integrazione sociosanitaria, come un "luogo" di ripensamento dell'accompagnamento della persona al morire affinché non le manchi rispetto e riconoscimento, fino all'ultimo respiro, della sua dignità. È un obiettivo impegnativo che responsabilizza l'intera comunità, ma è attraverso di essa che si può lavorare perché si creino i presupposti capaci di garantire a ciascun modenese un'assistenza di fine vita ed una morte dignitosa.</p>
Destinatari	<p>Pazienti target di cure palliative nel comune di Modena quantificabili come segue:</p> <p>deceduti per tumore: circa 550 /anno</p> <p>stime di letteratura scientifica complessive: 370/100 000 abitanti per anno (670) e si devono considerare target di intervento le relative famiglie</p> <p>tutti cittadini del comune di Modena rispetto agli interventi informativi e di promozione di una diversa cultura su morte e morire</p>
Azioni previste	<p>A livello Aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nodo domicilio: completamento della dotazione di psicologi entro il 2018 in 7/7 distretti - supporto alle UCPD dei Medici Palliativisti Dedicati - Progetto CRA: completamento della formazione entro il 2018 e attivazione delle istruzioni operative con l'azione consulenziale dei MMG Inter pares e degli Infermieri dedicati in tutte le 56 CRA della provincia - Nodo Ambulatorio: attivazione di un ambulatorio in ciascun distretto . Nel 2018 raggiungere l'obiettivo di copertura di 5/7. Nel 2019: 6/7 e nel 2020: 7/7 <p>Nodo Ospedale: Formazione del personale ospedaliero e Disponibilità della consulenza in Cure Palliative in tutti gli Ospedali della provincia ; nel 2018/19 completamento del programma negli Ospedali di Vignola e Mirandola</p> <p>Nodo Hospice: Apertura del primo Hospice territoriale nella Casa della Salute di Castelfranco entro il 2019 . successive aperture di un Hospice in Area Nord e in Area sud</p> <p>Nodo domicilio: completamento della dotazione di psicologi e di Medici Palliativisti Dedicati entro il 2019 a supporto delle UCPD attualmente funzionanti</p>

	<p>Distretto di Modena</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto CRA: completamento dell'azione consulenziale dei MMG Interpares e degli Infermieri dedicati in tutte le CRA del Comune di Modena e migliore integrazione nell'UCPD - Nodo Ambulatorio: Attivazione di un ambulatorio nel Distretto di Modena entro il 2019 - Nodo Ospedale : implementazione delle cure palliative all'interno dell'A.U.O. Policlinico/Baggiovara per garantire maggiore continuità di cura nei percorsi assistenziali, con particolare attenzione al C.O.M. - Nodo Hospice: Apertura del primo Hospice territoriale in Area centro (Modena e Castelfranco) entro il 2019 come da programmazione condivisa in sede di CTSS. - Azioni di divulgazione, stimoli di riflessione, evoluzione della cultura collettiva per colmare il profondo gap culturale nei confronti della proposta delle CP: costituzione di un tavolo di lavoro integrato tra AUSL, Comune di Modena, Associazioni di settore ed altri soggetti per costruire un piano triennale di interventi informativi/culturali pubblici con target di popolazione differenziati : - 2018: elaborazione programma di interventi - 2019 – 2020 = attuazione degli eventi - Facilitare l'accesso alla Rete Locale di Cure Palliative con azioni di orientamento per facilitare l'accesso ai cittadini - 2018: costituzione di un tavolo di lavoro integrato tra AUSL , Comune di Modena, Associazioni di settore ed altri soggetti per elaborare strategie di orientamento dei cittadini - 2019: sperimentare in modo pilota le strategie elaborate per valutarne l'effettiva applicabilità con i soggetti coinvolti (operatori sociali e sanitari, associazioni, ecc.) - 2020 creare punti di accoglienza ed orientamento in collaborazione con le Associazioni di volontariato <p>Disposizioni anticipate di trattamento</p> <p>Il Comune (servizi sociali e demografici), l'AUSL in collaborazione con le associazioni di professionisti coinvolti e del 3° Settore si attivano per promuovere la corretta informazione ai cittadini e la sensibilizzazione ai MMG quali punti di riferimento principale dei pazienti. Si lavorerà per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creare il materiale informativo; - realizzare iniziative pubbliche - creare un percorso che faciliti la possibilità di rendere la dichiarazione anticipata di volontà con il coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti per legge.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Progetto CRA: la Direzione Sociosanitaria dell'AUSL ha promosso e condiviso con gli Enti Locali in ciascuno dei 7 Uffici di Piano un progetto di implementazione delle pratiche che riguardano le Cure Palliative nelle Case Residenza per Anziani. Ogni Distretto in sede di coordinamento sanitario delle CRA ha organizzato un incontro di presentazione del progetto e del documento di indirizzo allegato alla delibera della Direzione Generale. In tale sede è stato stabilito un calendario di incontri formativi rivolti a tutto il personale di tutte le CRA della provincia. Oltre ai contenuti tecnico- professionali, propri delle CP sono stati forniti strumenti per la valutazione del paziente target e per la costruzione di PAI di fine vita. Inoltre sono state definite le modalità di supporto consulenziale dei MMG interpares e degli Infermieri dedicati alle CP dei Servizi Domiciliari di ciascun Distretto. In 3 Distretti: Modena, Castelfranco e Carpi è stato fatto un primo incontro di verifica in sede di coordinamento con riscontri molto positivi.</p> <p>Le risorse finanziarie comunali relative sono indicate nella scheda n. 21</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Distretto Ausl di Modena, Comune di Modena, Azienda USL di Modena, Enti locali, Enti gestori
Referenti dell'intervento	Paolo Vacondio Programma Cure Palliative AUSL Modena, mail p.vacondio@ausl.mo.it tel. 059 438067
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA E REINSERIMENTO DELLE PERSONE IN ESECUZIONE PENALE

Completato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Le Politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita delle persone in esecuzione penale e sottoposte a misure detentive sono sempre più orientate a riconoscere e valorizzare la centralità della persona nei programmi trattamentali, di reinserimento sociale, di prevenzione e promozione della salute. Ciò è sancito anche dalle linee guida emanate dalla Regione e dai numerosi protocolli siglati tra Regione e Ministero della Giustizia per l'attuazione delle misure volte all'umanizzazione della pena, al reinserimento sociale della persona detenuta e ad un'appropriata tutela e promozione della salute.</p> <p>Si rende pertanto necessario costruire percorsi che consentano da una parte l'esecuzione di una pena realmente orientata al recupero e al reinserimento sociale e dall'altra il contrasto alla stigmatizzazione, derivante dal coinvolgimento nel circuito penale, che favorisce processi di esclusione e di marginalità.</p> <p>Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento dei minori che commettono reati sia correlati all'uso di sostanze sia dovute a forme di disagio che attraversano gli adolescenti di ogni classe sociale. Il coinvolgimento del Servizio Sociale Territoriale, in affiancamento al servizio di Psicologia e all'USSM (servizio sociale ministeriale), è sempre più spesso richiesto per valutazioni riguardanti la capacità di attivare percorsi riabilitativi a favore del minore in relazione al contesto familiare, alla gravità del reato commesso e alla consapevolezza delle proprie azioni.</p> <p>Inoltre il DPCM 01/04/2008 ha sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN; i principi di riferimento della riforma prevedono: "Il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".</p> <p>Nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d'attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-assistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.</p>
Descrizione	<p>E' necessario affrontare il tema individuando percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extramurario e prevedere, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali, interventi che favoriscano percorsi alternativi o di dimissione, specie in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari, economiche o limiti personali. E' già operativa in tal senso l' Equipe Dimittendi a cadenza mensile</p> <p>Pertanto si sta lavorando per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il miglioramento della vita all'interno dell'Istituto e del benessere delle persone in esecuzione penale in collaborazione con le realtà del 3° Settore - la promozione di interventi finalizzati all'integrazione sanitaria e socio-assistenziale dei percorsi dei singoli detenuti mirate all'autonomia delle persone nelle diverse aree di bisogno - la promozione di azioni che, mettendo al centro la cura della persona, favoriscano una maggiore responsabilizzazione rispetto al proprio stato di salute ed allo stile di vita

	<p>- la programmazione, coordinamento e monitoraggio attraverso il CLEPA degli interventi integrati attuati dai diversi soggetti istituzionali in collaborazione con il 3° Settore e la Direzione degli Istituti Penitenziari</p> <p>Dal punto di vista della tutela della salute, prendendo quale modello quello dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, si attua un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della Salute. Al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, la presa in carico di ciascun assistito prevede la condivisione di un PAI; l'intervento clinico-assistenziale viene offerto dalla fase di ingresso alla dimissione, con la possibilità per ogni persona dimessa di richiedere la propria Cartella Sanitaria. Vengono costruiti inoltre percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni dal carcere. La persona detenuta assistita è al centro della cura e deve essere favorito l'empowerment della persona stessa operando per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.</p> <p>E' già operativa in tal senso la MEDICINA PENITENZIARIA sancita dal DPCM del 01/04/2088 e dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute finanziati dalla Regione tramite la nuova figura dei Promotori di salute.</p>
Destinatari	<p>Persone in esecuzione penale intra ed extra murarie e sottoposte a misure restrittive e di limitazione della libertà personale</p>
Azioni previste	<p>1) Consolidamento degli sportelli informativi per detenuti/e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo "sportello nuovi giunti" attualmente gestito in forma grupale per contattare le persone in ingresso all'Istituto. Lo sportello si collega e si integra con il lavoro degli operatori sanitari che intervengono sullo stesso gruppo - lo "sportello informativo/orientamento" è un importante punto di riferimento per i numerosi servizi che offre (informazioni, mediazioni, contatto con le famiglie, gestione delle pratiche amministrative...). In particolare con le persone straniere si garantisce il supporto nella gestione delle pratiche amministrative di regolarizzazione (rinnovo permessi di soggiorno, appuntamenti con la commissione per i richiedenti asilo....) e informazione e assistenza sul Rimpatrio Volontario Assistito (RVA) anche quando è richiesta come misura alternativa. Lo sportello garantisce, con gli strumenti disponibili, il mantenimento dei diritti acquisiti prima della detenzione mantenendo il collegamento con le istituzioni referenti (Questura, Amministrazione Penitenziaria, Uffici Anagrafici...) e sollecitando la cotruzione di procedure condivise. - lo "sportello dimittendi" si rivolge alle persone detenute in dimissione per fine pena privi di risorse personali o che necessitano di un supporto per un periodo limitato fuori dal carcere. <p>2) Consolidamento Progetto Dimittendi:</p> <p>il progetto si organizza intorno al lavoro di 2 equipe integrate: l'equipe dimittendi formata dagli educatori del carcere . Dal medico referente dei servizi sanitari interni e dagli sportellisti. I destinatari sono le persone che non hanno all'esterno punti di riferimento nè risorse personali: famigliari, economiche e abitative. L'equipe dimittendi allargata che coinvolge altre figure professionali per la gestione delle situazioni più complesse. Il progetto prevede la gestione di un fondo dedicato per sostenere le necessità primarie . All'interno di tale progetto saranno avviati percorsi di affiancamento e sostegno all'uscita dall'Istituto penitenziario direttamente nella sezione dimittendi per favorire la programmazione delle azioni di supporto e la continuità con la vita fuori dal carcere.</p> <p>3) Programmazione di interventi finalizzati al miglioramento della qualità di vita, del benessere della persona e all'umanizzazione della pena:</p> <p>in raccordo con le Istituzioni competenti ed i soggetti del Terzo settore saranno garantite le attività di supporto nelle diverse aree di vita della persona: sportive, teatrali, culturali, di socializzazione, relazionali e ascolto, scolastiche, laboratori creativi. La programmazione delle attività sarà triennale e sarà affidata , tramite avviso di gara , ai soggetti del terzo settore vincitori</p> <p>4) Azioni di sostegno di progetti di reinserimento con attività di formazione professionale e tirocini formativi:</p> <p>i percorsi formativi e i tirocini finalizzati all'acquisizione di competenze e al reinserimento nel mondo del lavoro sono destinati alle persone in esecuzione penale interna ed esterna destinatari di misure alternative portatori di fragilità complesse anche in collaborazione con l'UEPE</p> <p>5) Promuovere un raccordo con le agenzie educative , i servizi sociali e sanitari presenti sul territorio e l'USSM per i minori attori di reato mediante la stesura di un protocollo operativo.</p>

	6) Avvio e consolidamento della figura del promotore di salute in carcere 7) Realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale e dipendenze. Le risorse finanziarie diverse dal programma finalizzato carcere sono indicate nella scheda 10.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	3° Settore
Referenti dell'intervento	Rita Bondioli, - Comune di Modena ; Petrella Stefano Programma medicina Penitenziaria AUSL mail s.petrella@ausl.mo.it tel. 059 438067
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 110.859,64

- Carcere: **77.601,75 €**
- Quota di cofinanziamento del Comune sede di carcere: **33.257,89 €**

Indicatori locali: 0

Medicina di Genere

Completato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Partendo dall'approccio all'equità richiamato nella scheda 11, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema così come richiamato dalla legislazione nazionale (legge 405/1975 e legge 22 maggio 78 n°194) e regionale (legge 6/2014) si rende necessario procedere attraverso diverse azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca.
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione al coordinamento regionale "medicina di genere ed equità" presso la DG cura alla persona salute e welfare - partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale - sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell'Azienda, compresi i medici convenzionati
Destinatari	Professionisti dell'AUSL e delle altre Istituzioni e medici convenzionati
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione al coordinamento regionale "medicina di genere ed equità" presso la DG cura alla persona salute e welfare - partecipazione alla definizione delle linee guida operative a livello regionale - sensibilizzazione e diffusione delle linee guida ai professionisti dell'azienda, compresi i medici convenzionati
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità - case della salute e medicina d'iniziativa - contrasto alla violenza di genere - riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari - promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, di abilità - progetto adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, associazionismo
Referenti dell'intervento	Silvana Borsari – Responsabile Area Consultori e-mail: s.borsari@ausl.mo.it tel. 059 438099
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

AZIONI DI CONTRASTO DELL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI POVERTA' ESTREMA O A RISCHIO DI MARGINALITA'

Completato

Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	La presenza di un'ampia fascia di popolazione adulta di senza dimora, prevalentemente straniera, richiede l'organizzazione di un sistema di servizi in grado di intercettare e quindi garantire il contatto, l'aggancio, la presa in carico e l'accompagnamento ai servizi oltre che l'accoglienza residenziale a tutela della vita e dei bisogni primari (ad es. salute). Il piano di azioni locale per favorire l'inclusione dei cittadini modenesi di etnia sinti è stato pensato in spirito di continuità e coerenza con la Strategia Nazionale d'Inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti, redatta dal Governo italiano in attuazione della Comunicazione della Commissione Europea n.173 del 05.04.2011 "Quadro dell'UE per le strategie nazionali di integrazione dei Rom fino al 2020" e la LR n. 11 del 2015
Descrizione	La rete degli interventi implementati risponde alle Linee di Indirizzo sul contrasto alla grave marginalità adulta, prevedendo una modularità degli interventi dalla bassa soglia alla costruzione di progetti individualizzati, volti all'empowerment e all'autonomia di vita. Particolare attenzione viene prestata alle persone che esprimono vulnerabilità per fragilità di tipo sanitario e/o per l'assenza di riferimenti amicali o parentali. La Strategia nazionale e la LR n. 11/2015 riconoscono la centralità di un approccio centrato sui diritti umani. Loro obiettivi sono: 1. promuovere la parità di trattamento e l'inclusione economica e sociale delle comunità di Rom, Sinti e Caminanti nella società; 2. assicurare un miglioramento duraturo e sostenibile delle loro condizioni di vita; 3. renderne effettiva e permanente la responsabilizzazione e partecipazione al proprio sviluppo sociale, l'esercizio e il pieno godimento dei diritti di cittadinanza garantiti dalla Costituzione italiana e dalle Convenzioni internazionali.
Destinatari	Cittadini adulti, italiani e stranieri privi di residenza nel Comune di Modena, in condizioni di grave emarginazione, spesso caratterizzate da fragilità multiple. Cittadini modenesi di etnia sinti.
Azioni previste	Progetti individualizzati di ascolto/accompagnamento a persone senza dimora in condizione di grave disagio socio-sanitario. Presso il Centro Stranieri del Comune di Modena è attivo un ufficio, aperto 5 giorni alla settimana, ad accesso diretto e/o su segnalazione o appuntamento, che garantisce la prima accoglienza delle persone straniere non residenti, valuta i bisogni sociali e sanitari, orienta agli eventuali servizi competenti in particolare di natura sanitaria, costruisce insieme alla persona micro-progettazioni a tutela dei bisogni primari. Accoglienza di persone senza dimora in condizione di grave disagio socio-sanitario. Presso il centro Stranieri del Comune di Modena è attiva una equipe educativa che valuta la presa in carico di situazioni su segnalazione da parte di altri servizi del territorio, con particolare attenzione alle richieste di dimissioni protette dai presidi ospedalieri. L'equipe formula

	<p>progetti individualizzati di presa in carico, anche residenziali, volti all'accompagnamento dei singoli casi verso il superamento della patologia, il raggiungimento di una rinnovata condizione di autonomia, in stretta collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari del territorio. L'equipe gestisce anche i progetti di RVA.</p> <p>Avvio di un servizio di UDS dedicato alle persone SFD. In convenzione con due soggetti del Terzo Settore viene gestito un servizio di UDS professionale che garantisce la presenza in strada per l'intero anno solare, con particolare intensità durante la stagione invernale. Il servizio si coordina con gli altri di prossimità e bassa soglia presenti in città.</p> <p>Accoglienza Invernale: nel periodo dal 1 novembre al 31 marzo è garantita l'accoglienza delle persone senza dimora all'interno di servizi a bassa soglia e servizi che prevedono affiancamento educativo.</p> <p>Avvio due alloggi in Housing First . In coerenza con le Linee di indirizzo già citate è stato avviato come intervento innovativo la sperimentazione di due alloggi in HF, rivolti a uomini italiani e stranieri, in carico o meno ai servizi sanitari.</p> <p>Gestione diretta di strutture residenziali per adulti in condizioni di grave disagio. Sul territorio sono presenti 3 strutture di accoglienza, suddivise in mini-alloggi, per un totale di 16 posti letto, con un presidio educativo leggero.</p> <p>Gestione in convenzione di strutture residenziali per adulti in condizioni di grave disagio: 1) Progetto Semira Adamu per donne, gestito con la Casa delle Donne, per un totale di 5 donne più 1 minore. Il progetto prevede un presidio educativo leggero. 2) Struttura in convenzione con Porta Aperta per uomini per un totale di 35 posti. La struttura comprende un presidio educativo di media intensità.</p> <p>Gestione delle microaree presenti sul territorio comunale per la popolazione sinta, in un'ottica di azione di integrazione istituzionale e promuovendo la partecipazione dei cittadini modenesi di etnia sinta alla costruzione, implementazione e valutazione delle politiche, nel rispetto dei principi di rappresentanza e cittadinanza.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche per la salute, Politiche per l'abitare, Politiche per l'integrazione lavorativa
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo settore, Dipartimento Cure Primarie e Salute Mentale Ausl, Questura di Modena, Prefettura di Modena, Altri Settori Comunali (anagrafe, Polizia Municipale, ecc...), Ospedali
Referenti dell'intervento	<p>Giulia Paltrinieri, Dirigente Servizio Sociale Territoriale - servizio.sociale.territoriale@comune.modena.it tel.059/2032729</p> <p>Annalisa Righi, Dirigente Servizio Gestione Servizi diretti e indiretti - annalisa.righi@comune.modena.it</p> <p>Rita Bondioli Luigi D'Apice</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 792.670,00

- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-: **162.670,00 €**
- AUSL (AUSL quota parte spesa dipendenze): **100.000,00 €**

Risorse comunali: 530.000,00 € di cui:

- Comune non specificato: **530.000,00 €**

Indicatori locali: 0

Equità in tutte le politiche: Metodologie e Strumenti

Completato

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti provocati dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche. L'ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all'utilizzo dei servizi. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale.</p> <p>Se da un lato quindi vanno intraprese azioni di politica pubblica intersettoriali, e il Piano Regionale Sociale e Sanitario ne è un esempio in quanto agisce per modificare i determinanti sociali, dall'altro lato vanno anche considerate azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative: la questione si sposta da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale.</p>
Descrizione	L'AUSL si impegna a promuovere politiche e azioni di contrasto alle disuguaglianze di accesso alle prestazioni, ai servizi di salute in generale, alle cure in modo che tutti i cittadini abbiano, a fronte degli stessi bisogni, medesime opportunità assistenziali.
Destinatari	Cittadine/i, professionisti dell'AUSL
Azioni previste	<p>E' presente il referente equità all'interno della direzione operativa dell'AUSL.</p> <p>Sono previste le seguenti azioni a livello aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adozione del piano strategico equità - utilizzo di strumenti e metodologie per programmare interventi a contrasto di eventuali disuguaglianze - attività di sensibilizzazione dei professionisti - monitoraggio degli equity audit già avviati (diabete e percorso nascita)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Scheda 15 - Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi; equità prp; scheda 9 medicina di genere; scheda 32 equità d'accesso alle prestazioni ; 1. case della salute e medicina d'iniziativa; 8. promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale; 12. sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate;</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Enti locali, Associazionismo
Referenti dell'intervento	Rosa Costantino – Area Reputation & Brand AUSL Modena e-mail: r.costantino@ausl.mo.it tel 059 435413
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEOARRIVATE

Completato

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifico soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Anche sul territorio del Comune di Modena, nel corso degli ultimi dieci anni, si è assistito a una trasformazione dei flussi migratori: un decremento nel numero degli arrivi per lavoro a fronte di un aumento dei "flussi non programmati". Tuttavia permane un numero significativo di ricongiungimenti familiari. Accanto a un incremento nelle richieste di cittadinanza e nelle trasformazioni in permessi di lungo periodo CE, la crisi economica ha avuto un impatto sulla stabilità dei titoli di soggiorno a favore delle persone più fragili, mettendo a rischio i progetti individuali. Considerando la complessità e i diversi gradi di vulnerabilità, si rende necessario sostenere un impianto di servizi di accoglienza e integrazione coeso.
Descrizione	L'accesso all'informazione e un corretto orientamento ai servizi del territorio rappresentano il primo elemento per la successiva inclusione dei cittadini migranti. Particolare attenzione va prestata alla dimensione amministrativa, connessa alle procedure di richiesta/rilascio dei titoli di soggiorno come passaggio necessario per l'accesso ai servizi del territorio. L'integrazione tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nel processo di accoglienza e di inclusione rappresenta il principale elemento di garanzia a funzionamento del sistema.
Destinatari	Persone appartenenti ai Paesi Terzi, neo-arrivate in Italia e/o in condizioni di particolare vulnerabilità.
Azioni previste	<p>1. Continuità dello sportello informativo e di orientamento presso "Ufficio Accoglienza Pubblico" del Centro Stranieri servizio gestito con contratto di appalto.</p> <p>In linea con le indicazioni della Regione Emilia Romagna, lo sportello informativo si è andato strutturando su due livelli di intervento: un primo livello, che è quello rivolto direttamente all'utenza (apertura al pubblico e risposta telefonica); un secondo livello, rivolto alla rete dei servizi del territorio in grado di fornire consulenze complesse, disseminando in tal modo conoscenza e informazione anche tra gli altri operatori. In considerazione della trasformazione dei flussi migratori, lo sportello ha integrato lo sportello di orientamento legale rivolto ai richiedenti protezione internazionale, garantendo informazione specialistica e monitoraggio delle procedure connesse. Si intende rafforzare le competenze del personale operativo nell'individuazione di potenziali vittime di tratta, per la successiva segnalazione al progetto dedicato. Si intende inoltre, rafforzare il ruolo di consulenza normativa rispetto ai MSNA, integrandosi maggiormente con l'equipe di riferimento. Infine, si intende promuovere un processo di maggiore integrazione e raccordo con gli sportelli sociali del SST in termini di lettura e intervento sulle problematiche amministrative che riguardano i cittadini stranieri.</p> <p>2. Coordinamento della rete provinciale degli sportelli rivolti alla popolazione straniera, in raccordo con Questura e Prefettura</p> <p>In continuità dal 2006, tramite apposito protocollo, il Comune di Modena per il tramite del Centro Stranieri garantisce il coordinamento della rete provinciale degli sportelli informativi e il raccordo con l'ufficio immigrazione della locale Questura e Prefettura. L'obiettivo di tale</p>

	<p>intervento è la semplificazione delle procedure amministrative e la fluidità di comunicazione rispetto ad eventuali modificazioni normative o di prassi.</p> <p>3. Tavolo tecnico di raccordo tra i gestori dei CAS sul tema delle pratiche amministrative</p> <p>In continuità con le azioni avviate nel corso del 2016, il Comune di Modena per il tramite del Centro Stranieri ha attivo un tavolo tecnico di confronto con i soggetti gestori dei CAS presenti sul territorio comunale. Il tavolo ha l'obiettivo di favorire la circolarità di informazioni, l'individuazione di possibili elementi critici nella gestione delle procedure amministrative (PDS, residenza, Codice Fiscale), il raccordo con l'Ufficio Immigrazione della Questura.</p> <p>4. Continuità nel progetto Oltre la strada/Oltre lo sfruttamento</p> <p>Il Comune di Modena ha aderito al progetto regionale Oltre la strada, garantendo azioni di emersione, valutazione di potenziali vittime e presa in carico all'interno di programmi di protezione sociale. L'impianto del progetto ha subito una rivisitazione metodologica basata sulla valutazione delle prese in carico che sempre più spesso riguardano donne vittime di tratta richiedenti protezione internazionale. In tal senso, l'equipe si è dotata degli strumenti normativi inerenti la protezione internazionale (raccolta del CE e orientamento legale) e ha rimodulato i periodi di accoglienza sulla base dei nuovi bisogni. Lo stesso è stato fatto con gli altri soggetti della rete locale, gestori delle accoglienze residenziali. Nell'ultimo anno è stato promosso un processo di formazione diffusa a tutti gli operatori dei CAS, degli SPRAR e del progetto MSNA in merito agli indicatori di potenziale sfruttamento e tratta, delineando Linee Guida e un protocollo formale di intenti, punto di riferimento operativo per le prossime annualità. Il progetto richiede una forte sinergia e collaborazione col Servizio Sociale territoriale per gli interventi di protezione e tutela rivolti ai minori figli di donne vittime di tratta e sfruttamento fin dal momento della gravidanza.</p> <p>5. Consolidamento e sviluppo del progetto MSNA</p> <p>Nell'anno 2018 si è avviato il nuovo sistema di accoglienza per MSNA con una articolazione di strutture residenziali diversificata. Si è altresì sviluppato il Progetto WelcHome accoglienza in famiglia per MSNA e richiedenti asilo e si è concluso il primo percorso formativo per aspiranti tutori volontari.</p> <p>Attraverso la partecipazione al Fami Start-Er si è avviata una equipe multidisciplinare con l'obiettivo di garantire i percorsi sanitari per i ragazzi con vulnerabilità psicologiche.</p> <p>La presentazione di un progetto all'interno del nuovo Bando Fami inclusione consentirà inoltre di sviluppare ulteriormente i percorsi di apprendimento della lingua e di formazione al lavoro.</p> <p>6. Continuità nel Progetto SPRAR</p> <p>Il Comune di Modena gestisce 65 posti Sprar per adulti di sesso maschile e 10 per minori. Il progetto prevede percorsi di accoglienza integrata, come previsto dalle Linee guida.</p> <p>La partecipazione al progetto Fami start-er e ai diversi tavoli tecnici, già descritti, rappresentano occasioni fondamentali per assicurare a tutti i richiedenti sia la risposta ai bisogni di cura e il sostegno alla partecipazione ad attività fondamentali nel processo di integrazione socio-culturale.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche della salute</p> <p>Politiche della sicurezza</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Terzo settore, Ufficio immigrazione della Questura, Prefettura, altri Uffici del Comune, AUSL
Referenti dell'intervento	Bondioli Rita;
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.860.723,50

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **100.000,00 €**
- Lotta alla tratta: **20.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*Quota regionale progetti OLS art. 18, riduzione danno, invisibile*): **77.717,86 €**
- Altri fondi statali/pubblci (*FONDI SPRAR e Fondi Oltre la Strada Art. 18 statali*): **1.014.379,64 €**

- Unione di comuni (*Rimborsi protocolli Questura e Prefettura*):**31.000,00 €**

Risorse comunali: **617.626,00 €** di cui:

- Comune non specificato: **617.626,00 €**

Indicatori locali: 0

Pari Opportunità

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	B;

Razionale	<p>Sensibilizzare i cittadini e le cittadine sui temi delle pari opportunità, contrastare la violenza di genere, de-costruire gli stereotipi, introdurre concetti di cittadinanza attiva tra le giovani generazioni, introdurre concetti di pari opportunità tra gli studenti e le studente veicolando valori di solidarietà e rispetto.</p> <p>La valorizzazione delle differenze, in un'ottica di superamento dei pregiudizi e promozione di una società multiculturale, rappresenta una sfida di rilievo per il territorio, anche rispetto alla presenza di seconde generazioni.</p>
Descrizione	<p>Il Comune di Modena nelle sue diverse articolazioni (assessorato pari opportunità, servizi sociali, istruzione etc) opera per sviluppare politiche di contrasto alle varie forme di discriminazione e di violenza, sia facendosi promotore di iniziative specifiche sul territorio, sia supportando il mondo dell'Associazionismo.</p> <p>Si sta lavorando sulle seguenti tematiche:</p> <p>LINGUAGGIO DI GENERE:Prosegue la revisione dei documenti amministrativi attraverso l'introduzione Queste le tappe del percorso fin qui seguito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Delibera di Consiglio Comunale n. 6 del 5/02/2015 .- approvazione del percorso di revisione del linguaggio amministrativo in un'ottica di genere attraverso l'organizzazione di un corso di formazione ai dipendenti dell'Ente; 2) Realizzazione del corso sopracitato, tenuto dalla Prof.ssa Robustelli, docente di Linguistica italiana all'Università di Modena e Reggio Emilia, collaboratrice dell'Accademia della Crusca e componente del gruppo di Esperti sul linguaggio di genere della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la quale si è avvalsa di una metodologia da lei stessa elaborata nel volume “Linee guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo”; 3) Lectio magistralis della Prof.ssa Robustelli in Consiglio Comunale nella seduta del 18 giugno scorso; 4) Delibera di Giunta n. 307 del 2/07/15 - adozione del volume” “Linee guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo” come strumento operativo per l'introduzione del linguaggio di genere in ambito amministrativo. <p>Il Comune di Modena ha ritenuto di adottare il volume quale strumento operativo per l'introduzione del genere nel linguaggio amministrativo, in quanto lo stesso riporta in modo esaustivo tutte le tecniche di rielaborazione dei testi sia negli aspetti teorici che negli aspetti pratici</p> <p>E' stato diffuso il volume della Prof.ssa Robustelli ad Enti/Organizzazioni esterni al Comune (es. USL, Provincia, Ordini Professionali ecc..) MMAGINE FEMMINILE NELLA PUBBLICITA'</p> <p>Sta proseguendo la sensibilizzazione verso una corretta pubblicizzazione dell'immagine femminile a seguito dell'approvazione di modifiche al Regolamento sulla pubblicità e pubbliche affissioni in materia di autodisciplina nella comunicazione commerciale "</p> <p>Sono state introdotte nuove disposizioni che prevedono, in ottemperanza al Protocollo d'Intesa siglato tra A.N.C.I. e I.A.P.(Istituto di autodisciplina pubblicitaria), l'osservanza dei principi enunciati nello stesso codice I.A.P.</p>

In particolare si stabilisce l'obbligatorietà, nell'esercizio dell'attività di promozione pubblicitaria, dell'osservanza dei principi stabiliti dal codice di autodisciplina pubblicitaria con particolare riferimento ai principi espressi in materia di violenza, volgarità, indecenza (art. 9 del codice) e in materia di convinzioni morali, civili, religiose e dignità della persona senza discriminazioni, compresa quella di genere (art. 10 del codice).

SVILUPPO AZIONI CON ASSOCIAZIONI FEMMINILI

In questi anni si è creato un Tavolo istituzionale di discussione e confronto con le Associazioni femminili presenti sul territorio per pianificare azioni positive in tema di lotta alla discriminazioni di genere anche attraverso l'organizzazione di eventi mirati.

In continuità con gli anni passati proseguirà la realizzazione di corsi all'interno delle Scuole per sensibilizzare i ragazzi sui temi dell'uguaglianza e dei diritti promuovendo la cultura delle Pari Opportunità anche attraverso l'adozione di tecniche teatrali, capaci di veicolare messaggi efficacemente ad ogni fascia di età.

Si sta realizzando il progetto co-finanziato dalla Regione Emilia Romagna "educare alle differenze per promuovere la cittadinanza di genere" - anno 2018. Il Comune di Modena e la Regione Emilia Romagna, in collaborazione con altri 21 Comuni della Provincia, l'Università e l'USL, in continuità con il medesimo progetto approvato e realizzato negli anni 2016-2017 propongono una serie di laboratori per studenti in grado di affrontare le tematiche dell'educazione alle differenze ed alla cultura del rispetto e della non discriminazione. Il progetto affronta la questione della prevenzione della violenza contro le donne attraverso azioni di formazione e educazione a partire dalle priorità di intervento indicate dalla Convenzione di Istanbul.

Tra gli obiettivi generali del progetto:

- rendere i ragazzi e le ragazze consapevoli, attenti e informati sul tema della violenza di genere e dei meccanismi culturali che generano e alimentano la violenza;
- fornire ai bambini e alle bambine, agli adolescenti e alle adolescenti, nonché ai loro genitori ed insegnanti, strumenti critici per riconoscere stereotipi e pregiudizi;- stimolare la discussione, il confronto e il dialogo tra gli adolescenti sul tema delle differenze di genere e culturali;
- promuovere la partecipazione attiva dei ragazzi e delle ragazze e favorire la creazione di relazioni interpersonali e affettive sane e positive basate sul rispetto reciproco;
- proporre modalità di relazione finalizzate alla gestione e risoluzione pacifica dei conflitti che possono emergere dalle diversità personali, culturali e di genere;
- sensibilizzare educatori, educatrici e genitori sul tema degli stereotipi di genere nell'approccio educativo e offrire loro alcuni strumenti affinché siano maggiormente consapevoli dei messaggi e dei ruoli di genere che vengono trasmessi;
- favorire una progettazione dei contenuti partecipata e condivisa in tutti i suoi stadi e da tutti i soggetti coinvolti (associazioni femminili, amministrazioni comunali, scuole);
- favorire lo sviluppo di una cultura improntata alla condivisione dei ruoli nella famiglia e nella società, attraverso un'azione di ampio respiro sia per i target coinvolti che per la numerosità dei comuni aderenti.

In occasione dell'8 marzo, Giornata Internazionale della donna e 25 novembre, Giornata internazionale contro la violenza alle donne, l'Amministrazione promuove e collabora con le varie Associazioni femminili alla realizzazione di eventi sul tema, anche attraverso la raccolta delle varie iniziative in un calendario comune.

SVILUPPO DI AZIONI CON ASSOCIAZIONI LGBT

Proseguo della pianificazione di interventi ed azioni sul versante LGBT attraverso riunioni periodiche con il Tavolo Istituzionale delle Associazioni LGBT. Attraverso il Tavolo si fanno emergere bisogni e si pianificano azioni e strategie rispetto le varie necessità del momento (Arcigay, Morgay, Famiglie Arcobaleno, Agedo, Rete Genitori Rainbow).

Proseguo delle attività attraverso la convenzione in essere con le Associazioni LGBT per la realizzazione di un programma di iniziative ed azioni positive anche a favore delle persone giovani.

In particolare la convenzione prevede:

- a) la realizzazione di un PERCORSO PSICOLOGICO attraverso consulenza psicologica con offerta di assistenza e di ascolto anche attraverso incontri gratuiti con professionisti formati nelle tematiche della sessualità e dell'affettività;
- b) REALIZZAZIONE DI CAMPAGNE DI INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE PUBBLICHE mirate alla diffusione di una cultura di rispetto delle differenze e contro l'omofobia nonché alla prevenzione delle malattie legate al contagio sessuale (campagna pubblicitaria SIAMO TUTTI UGUALI DIVERSI!);
- c) REALIZZAZIONE DI PROGETTI E PROPOSTE D'INTERVENTO E INIZIATIVE DI sensibilizzazione nelle scuole e centri di formazione con particolare riferimento al contrasto al bullismo ed a ogni forma di discriminazione basata sull'orientamento sessuale o identità di genere

	<p>realizzazione eventi in occasione di giornate evocative In occasione del 17 maggio, il Comune collabora con le Associazioni LGBT nella promozione ed organizzazione di iniziative sul tema, anche attraverso la raccolta delle varie iniziative in un calendario comune.</p> <p>- Proseguo dell'attività dello "Sportello LGB-Trans" realizzato dall'Assessorato Pari Opportunità in collaborazione con Arcigay Modena nel marzo 2017</p> <p>Lo Sportello intende rappresentare un punto di riferimento specifico per la consulenza e il sostegno a persone transessuali e transgender del nostro territorio.</p> <p>Finalità del progetto sono: contribuire allo sviluppo e all'integrazione della comunità LGBT del territorio, fornire possibilità di condivisione e di socializzazione trasversali a persone gay, lesbiche, bisex, trans.</p> <p>MESSA IN RETE DEL BILANCIO DI GENERE Scopo del progetto è la redazione del bilancio di genere del Comune di Modena nell'approccio sviluppo umano. Si analizza il bilancio con particolare attenzione all'impatto che le politiche pubbliche hanno sulla dimensione conciliazione vita lavoro della popolazione modenese. Accanto all'auditing del bilancio e all'analisi delle voci di spesa e di entrata in una prospettiva di genere, il progetto consente di ricostruire il contesto locale con particolare enfasi alla dimensione della conciliazione fra tempi di lavoro e tempi di vita attraverso un sistema di indicatori costruito sulla base delle fonti amministrative e statistiche esistenti e di indagini qualitative e quantitative ad hoc. Il sistema di indicatori ricostruisce alcune tendenze nell'evoluzione dei bisogni, dei comportamenti e delle attese delle famiglie anche rispetto ai servizi pubblici e con particolare riferimento alla dimensione della conciliazione vita-lavoro. L'insieme degli strumenti (dettagliati nel piano operativo che segue) si caratterizza come "indagine di sfondo" volta a cogliere la corrispondenza degli indirizzi di bilancio e della organizzazione dei servizi ai bisogni nuovi e consolidati dei cittadini e delle famiglie modenesi.</p> <p>Inoltre il Comune di Modena sta lavorando per aumentare la consapevolezza del crescente contesto pluriculturale della società, promuovendo una rappresentazione pubblica non stereotipata del fenomeno migratorio, valorizzando le potenzialità dei singoli al fine di sviluppare un contesto sociale non discriminatorio.</p>
Destinatari	Cittadini e cittadine, studenti, formatori e formatrici, educatori ed educatrici,
Azioni previste	<p>E' di prossima realizzazione il progetto finanziato dal Dipartimento delle Pari Opportunità "Il cibo come condivisione di culture diverse e percorso di formazione e acquisizione di nuove conoscenze e competenze per le detenute del Carcere S. Anna di Modena." Il Progetto è rivolto alla sezione femminile del Carcere di S. Anna e vede coinvolte circa 20 donne in un percorso formativo di cucina. Obiettivo è quello di far acquisire elementi professionalizzanti per le stesse da poter utilizzare nel mondo lavorativo una volta uscite dal carcere.</p> <p>Attività di promozione sociale, coinvolgimento delle comunità straniere</p> <p>Da sempre la collaborazione con le comunità straniere, con l'associazionismo e con i gruppi informali rappresenta un'azione di rilievo, in un'ottica di reciprocità. Si intende mantenere questo filone di attività, predisponendo occasioni di scambio culturale e confronto anche su temi di valore civile come la lettura della Carta Costituzionale. In tal senso è attivo un gruppo di lavoro interno al Centro Stranieri.</p> <p>Promozione della partecipazione dei richiedenti asilo e protezione internazionale</p> <p>Nel corso del 2017, su impulso della regione Emilia Romagna e a seguito della firma di apposito protocollo da parte della locale Prefettura, il Comune di Modena ha avviato un tavolo tecnico con i gestori dei CAS e dello SPRAR per l'organizzazione di un piano cittadino di attività volte alla promozione del volontariato. Il sistema impostato prevede un forte raccordo con l'ASVM e, per suo tramite, con il volontariato cittadino; con il mondo delle scuole e delle parrocchie. Si intende proseguire con l'attivazione di ulteriori interventi di volontariato, proseguendo l'azione di coordinamento.</p> <p>Continueranno i laboratori scolastici, gli eventi per la cittadinanza, le esibizioni teatrali, i seminari, le azioni di sensibilizzazione attraverso i social e le campagne di comunicazione.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sociali, sanitarie, scolastiche e di promozione della cittadinanza attiva e differenza di genere</p> <p>Le risorse economiche comunali sono incluse nelle schede n. 12 n. 17 e n. 25</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Provincia, Scuole, Associazioni di categoria, USL, Associazioni, Università, CUG dei vari Organismi citati
Referenti dell'intervento	Assessorato alle pari Opportunità, Presidenti delle Associazioni, docenti Universitari, Presidenti dei CUG

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

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi

Completato

Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi

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

Razionale	I primi anni di vita sono fondamentali per lo sviluppo neurologico e psicologico del bambino/a. Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante per la crescita dei bambini, soprattutto nei primi anni di vita, ed è proprio in rapporto a quello che i nuclei familiari sono/non sono in grado di fornire che si strutturano, in fase molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Interventi precoci in epoca prenatale e post-natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze. Cogliere e sviluppare le competenze del bambino è essenziale per promuoverne lo sviluppo.
Descrizione	L'obiettivo prioritario è ridurre lo svantaggio sociale a partire dal concepimento per i primi 1000 giorni attraverso interventi a sostegno della genitorialità e alla promozione delle competenze del bambino. Il sostegno ai servizi educativi ed integrativi può favorire, in particolare le mamme, a socializzare sui problemi della genitorialità.
Destinatari	Protagonisti del percorso nascita: donne in gravidanza e loro partner, genitori, bimbi e il contesto familiare, educativo e sociale
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mappatura della rete dei servizi/associazioni presenti sul territorio a sostegno dei genitori fin dalle prime settimane di vita (distrettuale) e sino al secondo anno di età. (cfr. Scheda 31: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e per i professionisti) 2. Conoscenza reciproca dell'offerta e delle modalità di lavoro di ciascun soggetto per favorire e garantire l'integrazione tra i servizi a livello distrettuale. (cfr. Scheda 31: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e per i professionisti) 3. Offerta attiva dello screening della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le donne gravide residenti o domiciliate a livello provinciale. (cfr. Scheda 25: Contrasto alla violenza di genere) 4. Analisi del ruolo del PLS e del MMG della donna in pre, periconcepimento e gravidanza nella individuazione precoce dei fattori e delle condizioni di rischio e di interfaccia con gli altri operatori della rete per la partecipazione attiva a interventi integrati a livello distrettuale. (cfr. Scheda 31: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e per i professionisti) 5. Dimissioni appropriate dopo il parto della madre e del suo bambino: appuntamento con il PLS per il neonato e con l'ostetrica del Consultorio per la madre a livello provinciale. (cfr. Scheda 31: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e per i professionisti)

	<p>6. Promozione delle competenze genitoriali e riconoscimento di eventuali situazioni "fragili", a livello provinciale, attraverso strumenti condivisi tra PLS, Settore Istruzione, Centri per le Famiglie Associazioni di Volontariato e Consultorio Familiare. (cfr. Scheda 16: Sostegno alla genitorialità e Scheda 17: Progetto adolescenza : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti)</p> <p>7. Sostegno alla genitorialità e attaccamento sicuro del bambino attraverso la promozione e offerta attiva degli incontri Circle of security</p> <p>8. Definire modalità di attivazione della rete socio - assistenziale – educativa per i casi di genitorialità "fragile" per i quali sono necessari interventi integrati di sostegno (completamento e approvazione protocollo dimissioni protette). Utilizzo dell'home visiting quale strumento di sostegno alla genitorialità nei casi condivisi. (cfr. Scheda 31: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e per i professionisti; Scheda 37: Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e della tutela e Scheda 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate)</p> <p>9. Special needs: completamento e validazione del protocollo.</p> <p>10. Promozione e sostegno dell'allattamento e dell'attaccamento madre-bambino: formazione comune tra PLS, ginecologi e ostetriche condivise anche con le associazioni di auto-mutuo-aiuto e farmacisti. Condivisione di un documento d'intenti per favorire azioni e linguaggi comuni a favore dell'allattamento. (cfr. PRP 2015-2018 Scheda 3.2: Promozione allattamento al seno; PRP 2015-2018 Scheda 3.1: Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie e Scheda 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari)</p> <p>11. Aumentare l'empowerment delle donne e la qualità dell'assistenza attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilizzo routinario della mediazione linguistico-culturale nell'assistenza al percorso nascita delle donne straniere con difficoltà linguistiche - l'offerta dei corsi di lingua italiana alle donne in gravidanza e alle neo-mamme e loro promozione attiva da parte di tutti i nodi della rete - predisposizione di momenti organizzati di confronto e integrazione fra mamme e papà italiani e stranieri per condividere sia le competenze linguistiche che i diversi valori culturali ed educativi circa la genitorialità. <p>(cfr. Scheda 37: Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e della tutela e Scheda 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate)</p> <p>12. Promuovere e potenziare le attività di sostegno alla genitorialità positiva attraverso i progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" in integrazione tra i nodi della rete (provinciale) e i servizi integrativi genitori e bambini. (cfr. Scheda 16: Sostegno alla genitorialità e Scheda 17: Progetto adolescenza : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti)</p> <p>13. Azioni di sostegno al ruolo paterno quale fattore di protezione, a livello distrettuale. (cfr. Scheda 16: Sostegno alla genitorialità, Scheda 17: Progetto adolescenza : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti)</p> <p>14. Inclusione delle Farmacie a gestione pubblica e privata nei progetti della 14. rete quali: promozione di un corretto utilizzo latte in formula e counselling per un uso appropriato dei farmaci da banco e non in gravidanza e allattamento</p> <p>15. Monitoraggio sistematico delle attività svolte a livello distrettuale.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda 31: Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini e per i professionisti. - Scheda 37: Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e della tutela. - Scheda 16: Sostegno alla genitorialità. - Scheda 25: Contrasto alla violenza di genere. - Scheda 12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate. - Scheda 17: Progetto adolescenza : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di preadolescenti e adolescenti.

	- Scheda 28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari. PRP 2015-2018 Scheda 3.1: Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie e Scheda 3.2: Promozione allattamento al seno
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Consultori Familiari, Cure primarie (MMG, PLS), Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizio Sociale, Servizi Educativi per la prima infanzia, Biblioteche, Associazioni del territorio, CSM e SERT
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri - Comune, Paola Picco - Consultorio Familiare AUSL Modena/Distretto di Modena, Silvana Borsari – Consultori Familiari Provinciale AUSL Modena, Angelo Vezzosi – Dipartimento Cure Primarie AUSL
Risorse non finanziarie	inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 14.020.826,69 (esclusa compartecipazione utenti: € 10.088.552,17)

- Compartecipazione utenti: **3.932.274,52 €**
- AUSL (*Ausl quota spesa minori*): **596.159,00 €**
- Altri fondi regionali (*Fondi regionali servizi 0-3 assegnati a Settore Istruzione*): **400.000,00 €**

Risorse comunali: 9.092.393,17 € di cui:

- Comune non specificato: **9.092.393,17 €**

Indicatori locali: 0

Sostegno alla genitorialità

Completato

Riferimento scheda regionale

16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	B;

Razionale	<p>Il Comune di Modena assume come strategia e come metodologia di intervento per il sostegno alla genitorialità le linee ministeriali approvate in Conferenza Unificata in data 29/12/2017 e la sperimentazione del modello P.I.P.P.I.</p> <p>L'esperienza dell'ultimo decennio porta a rilevare un sempre maggiore isolamento e difficoltà della famiglia che deve far fronte a momenti di crisi, anche economica, di conflittualità familiare e intra-familiare.</p> <p>In particolare nelle famiglie straniere si manifestano i contrasti tra la cultura di provenienza e gli stimoli che, soprattutto i figli nati in Europa, ricevono dal contesto sociale.</p> <p>Particolare attenzione va riservata inoltre alla genitorialità sperimentata all'interno dei percorsi di affido e adozione.</p> <p>All'interno del contesto normativo e di indirizzo nazionale e regionale, si collocano le scelte del Comune di Modena che già nel 2014, con le "Linee guida in materia di affidamento familiare e di collocamento di persone di minore età in comunità", approvate con delibera n. 196, ha definito il collocamento in servizi residenziali una scelta residuale da compiersi dopo avere esperito tutti i possibili progetti di sostegno alla domiciliarità. Per tali ragioni sono stati incoraggiati anche le aperture di nuovi servizi, come le strutture semiresidenziali e un servizio che prevede interventi intensivi ed altamente individualizzati, differenziati per fascia di età, che coprono l'intero arco del ciclo evolutivo, a partire dai 7 anni, integrate sul territorio e in grado di offrire percorsi educativi ai minorenni che vivono all'interno di famiglie vulnerabili.</p> <p>Il modello di intervento prevede la presa in carico integrata tra sociale e sanitario, la realizzazione dei relativi interventi, nell'area della protezione, tutela, cura e riabilitazione dell'infanzia e adolescenza e del sostegno alle responsabilità genitoriali anche nei casi in cui le difficoltà familiari richiedano l'allontanamento temporaneo del minore e la sua accoglienza in affidamento familiare o in comunità.</p> <p>L'allontanamento assume un valore costruttivo solo se pensato come una tappa di un più ampio progetto volto alla ricostruzione del benessere del minore e del suo nucleo familiare.</p> <p>Il Centro per le famiglie all'interno dell'area del sostegno della genitorialità e in un'ottica di sviluppo di comunità rivolge un'attenzione ai genitori stranieri al fine di sostenere processi di inclusione e empowerment con particolare riferimento alle neo mamme, che più facilmente vivono situazioni di maggiore isolamento e difficoltà.</p>
Descrizione	<p>In attuazione della D.G.R. 1333/2017 il Centro per le Famiglie in via sperimentale attiva il progetto "Insieme per stare bene", caratterizzato da uno spazio di libero accesso con la presenza di un operatore il giovedì mattina da gennaio -giugno e settembre-dicembre 2018, con la finalità di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - promuovere l'apprendimento della lingua italiana 2 - informare e orientare le famiglie sulle attività educative, sociali, sanitarie presenti in città 3 - favorire scelte informate 4 – promuovere lo sviluppo delle reti attraverso il coinvolgimento delle Associazioni

Destinatari	Mamme in gravidanza, neo genitori con particolare attenzione alle famiglie straniere o con fragilità di carattere sociale.
Azioni previste	<p>I servizi sociali, in collaborazione con altri servizi comunali, sanitari e associazioni e terzo settore lavoreranno per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgere le famiglie nelle equipe di valutazione multidisciplinari per una loro maggiore consapevolezza e attivazione verso l'autonomia possibile; - valorizzare le competenze, le potenzialità e abilità delle famiglie; - diffondere attraverso il coinvolgimento dei professionisti delle reti istituzionali e non la metodologia PIPPI già sperimentata; - favorire la nascita di gruppi per genitori di confronto e sostegno alle capacità genitoriali; - incentivare e qualificare l'accesso e la prossimità dei Servizi attraverso lo sviluppo dello Sportello Sociale;(formazione; lavoro di equipe con le risorse del territorio); - strutturare progetti che raggiungano i bisogni delle famiglie prevedendo l'utilizzo di risorse informali e vicine al contesto di vita delle famiglie; - promuovere forme di affido "leggero" attraverso il coinvolgimento di target quali "nonni", single etc; - garantire la presa in carico integrata sociale e sanitaria, per le situazioni, "casi complessi", per quali si rende necessario attivare interventi per la protezione/tutela de minori con disabilità accertata - minori con diagnosi di problematiche di natura psico-patologica - minori vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita; - sostenere e sviluppare l'offerta progettuale, in integrazione con l'NPIAE, rivolta a per-adolescenti- adolescenti ed ai loro nuclei famigliari in situazione di forte sofferenza, fragilità e privazione, interventi intensivi ed altamente individualizzati; - sostenere le competenze genitoriali attraverso progettazioni individualizzate e flessibile che prevedono l'attivazione su valutazione personalizzata a garante del rispetto degli standar qualitativi, di Casa/comunità per gestanti e per madre con bambino e appartenenti/comunità per l'alta autonomia; - sostenere la funzione educativa e di aiuto e il recupero della famiglia qualora si renda necessario il collocamento del bambino o adolescente al di fuori della sua famiglia naturale, definendo, a partire dall'analisi dei bisogni e delle opportunità esistenti, il sistema di accoglienza, per fare si che la risposta attivata sia la più idonea alle esigenze del bambino o del ragazzo e che sia volta a realizzare le condizioni per il suo rientro nel nucleo familiare, nel più breve tempo possibile; -aggiornamento e monitoraggio dell'Elenco dei Soggetti qualificati alla gestione di strutture residenziali o semi - residenziali per minori o madri con bambini e/o die/o di progetti e attività per il sostegno alla genitorialità. <p>Il centro per le famiglie continua ad operare per :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aiutare e orientare nella compilazione della modulistica d'accesso ai servizi - organizzare laboratori per genitori e bambini - promuovere incontri a tema - accompagnare l'utilizzo delle risorse e dei servizi territoriali - promuovere e attivare il confronto tra genitori
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche scolastiche, politiche sociali, sanitarie , sport e tempo libero
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune, sanità, polisportive, centri ricreativi, parrocchie, altri enti e associazioni del terzo settore e gestori privati
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri, Annalisa Righi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 7.533.680,58

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **325.404,58 €**

- Centri per le Famiglie: **30.000,00 €**
- Altri soggetti privati (*Bandi Fondazione Cassa di Risparmio di Modena*): **400.000,00 €**

Risorse comunali: **6.778.276,00 €** di cui:

- Comune non specificato: **6.778.276,00 €**

Indicatori locali: 0

Progetto adolescenza : interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di preadolescenti e adolescenti

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Specifica del campo precedente (Comune di Modena)
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>L'adolescenza si presenta come un periodo della vita molto complesso, in cui l'adolescente non deve essere più visto come soggetto fragile, vulnerabile ma come soggetto che vive profonde trasformazioni, che spesso entra in contrasto con il contesto familiare ed ambientale e che si espone a stili di vita che possono metterlo a rischio .</p> <p>E' una fase fondamentale della vita perché si gettano le basi dell'identità della persona adulta.</p> <p>La fascia di età da ricomprendere nel periodo adolescenziale negli anni si sta sempre più espandendo sia anticipandone l'inizio che posticipandone la conclusione (età 11 – 25).</p> <p>L'investimento deve essere quindi sia dei soggetti istituzionali (Scuola, Comune, Sanità) sia da parte di tutta la comunità nei confronti dei ragazzi, delle famiglie e del contesto in cui vivono. Nel territorio del Comune di Modena esistono numerose iniziative per la promozione del benessere in adolescenza.</p> <p>È però necessario un maggior coordinamento tra le differenti progettualità finalizzato alla costruzione di una rete che supporti in modo strutturato l'integrazione delle politiche di promozione, sostegno e cura dei ragazzi adolescenti e delle loro famiglie.</p>
Descrizione	<p>Il Comune di Modena nell'ambito del Progetto Adolescenza (DGR 590/2013) attraverso il lavoro dei diversi Servizi, Uffici e Settori ed in collaborazione con altri soggetti (3° Settore per es.) e Istituzioni (Sanità, Scuola) sta operando per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supportare le famiglie di ragazzi adolescenti accompagnandoli in percorsi di sostegno educativo e di prevenzione - prevenire il bullismo e il cyberbullismo nelle scuole - realizzare progetti speciali contro la dispersione scolastica: Cantiere scuola e diritto al futuro. - realizzare progetti con le scuole di 1° livello e 2° livello per perseguire l'obiettivo del successo scolastico di tutti gli adolescenti fino al 18° anno di età, progettare azioni volte a favorire la cittadinanza attiva in collaborazione con associazioni e servizi di volontariato, sviluppare percorsi di prevenzione ai disturbi alimentari, progetti che evitino il permanere di stereotipi di genere e aumentino la consapevolezza delle discriminazioni - sviluppare ulteriormente e rafforzare i Centri di Aggregazione Giovanile (CAG), luoghi polifunzionali riservati ad adolescenti che offrono un ventaglio di attività ludiche e formative in collaborazione con alcune cooperative sociali - implementare nel contesto scolastico sportelli psicologici di ascolto per gli studenti - mantenere la figura del tutor nelle scuole secondarie di secondo grado con la funzione di facilitare l'inserimento scolastico dei ragazzi portatori di handicap incentivando sia lo studio a casa che l'integrazione extrascolastica con il gruppo dei pari - organizzare, nell'ambito della rete di prevenzione, incontri rivolti alla cittadinanza sui temi dell'adolescenza e sul ruolo genitoriale

	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppare diversi progetti per la prevenzione rispetto agli stili di vita e ai comportamenti a rischio in collaborazione con il Sert dell'AUSL (es : progetto giovani consapevoli, peer education , gioco d'azzardo etc.) - rafforzare i servizi sanitari dedicati ai giovani adolescenti quali: Spazio Giovani e Centro Adolescenza all'interno dei Consultori Familiari che offrono percorsi di sostegno psicologico, di formazione all'affettività e alla sessualità e per la gestione delle relazioni interpersonali - potenziare il servizio di educativa minori a supporto degli adolescenti e delle loro famiglie - dare continuità alle azioni sperimentate nell'ambito del progetto Sistema Integrato Accoglienza Modena (SIAMO) rivolte in particolare a promuovere l'inclusione e la partecipazione dei giovani di origine straniera attraverso la mediazione linguistico culturale nelle scuole secondarie di 2° e nelle fasi dedicate a orientamento e iscrizioni; il progetto Prossimità (mediazione), Gioco (metodologia ludica nei CAG), Sport (promozione della partecipazione di giovani stranieri) - implementare il progetto di prossimità INFORMABUS al fine di contattare i giovani nei loro luoghi abituali di aggregazione e promuovere azioni di prevenzione - rafforzare il progetto "Buonanotte" per la prevenzione dei rischi legati al consumo di alcool o sostanze negli adolescenti nei luoghi notturni in cui i giovani si trovano - rafforzare il "progetto internet sicuro" per prevenire i rischi di un uso non corretto della rete internet e per - - promuovere una maggiore consapevolezza nell'utilizzo di questi strumenti informatici nelle scuole secondarie di primo e secondo grado - promuovere la cittadinanza attiva tra i giovani attraverso lo strumento della youngERcard - offrire, in collaborazione con l'AUSL, una consulenza on line sui temi del consumo di sostanze, sulla sessualità sul gioco d'azzardo attraverso il sito web stradanove.net - promuovere l'inserimento dei ragazzi che aderiscono al servizio civile in ambito sociale, culturale e delle politiche giovanili (circa ogni anno 30 ragazzi dai 18 ai 28 anni) - implementare la seconda edizione del progetto YEP (young entreprising people) per educare i giovani all'imprenditorialità utilizzando il gioco come strumento educativo - completare il progetto M@D academy (millennial development) per aiutare, con il sostegno di senior manager, i giovani a valorizzare le proprie capacità e competenze personali, accrescendo la consapevolezza di sé, facilitando il loro inserimento nel mercato del lavoro e nel fare impresa - rafforzare il progetto "lo sport oltre la crisi" che sostiene e valorizza la pratica sportiva dei ragazzi appartenenti ai nuclei familiari in difficoltà economica - implementare il progetto "Non mollare mai" per contenere l'abbandono sportivo da parte degli adolescenti. <p>All'interno del Consultorio Familiare sono presenti spazi dedicati ai giovani under 20 (spazi giovani) e giovani adulti (20-34 anni) dotati di equipe multiprofessionali costituite da ginecologo, psicologo, ostetrica e andrologo e con accessi facilitati. I servizi si occupano di salute riproduttiva, sessuale e psico-relazionale (vita affettiva, sessualità, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, contraccezione). Per le cittadine/i di età inferiore ai 26 anni è possibile la somministrazione gratuita dei metodi contraccettivi.</p>
Destinatari	Giovani adolescenti di età compresa tra gli 11 e 25
Azioni previste	<p>I servizi socio sanitari in collaborazione con i soggetti del terzo settore lavoreranno per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sviluppare una maggiore integrazione tra Enti ed Istituzioni con il 3° Settore e l'Associazionismo istituendo un tavolo distrettuale che monitori e verifichi le diverse azioni realizzate a favore degli adolescenti convocando incontri periodici dei referenti dei vari punti di aggregazione giovanile del territorio costituendo un gruppo di coordinamento che possa eliminare/favorire la conoscenza e la messa in rete delle diverse esperienze presenti sul territorio - sviluppare azioni di integrazione tra servizio sociale, scuola e famiglie attraverso: - la redazione di documenti per la diffusione delle buone prassi al fine di ampliare la sperimentazione delle stesse <p>l'istituzione di un tavolo di confronto permanente tra i Servizi Sociali, Istruzione , AUSL, Scuola e Forze dell'Ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare azioni di prossimità per lavorare con il territorio circostante attraverso interventi di mediazione sociale nelle zone critiche della Città rivolti a gruppi di adolescenti che manifestano comportamenti oppositivi e provocatori anche mediante esperienze di peer education e tenendo conto della eterogeneità di provenienza culturale presenti nei giovani che vivono sul territorio

	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppare azioni di ascolto e di coinvolgimento dei ragazzi mediante interventi di educativa di strada, modalità di ascolto attivo, interviste, ecc. - investire nel passaggio dei giovani verso l'età adulta (17- 25) mediante l'attivazione di servizi di educativa rivolti a giovani adulti che lavorino sui percorsi abitativi, formativi/lavorativi e di socializzazione con una attenzione particolare ai cosiddetti giovani neet - investire in azioni di "cura del territorio" (architettura educativa) per consentire ai giovani di riappropriarsi degli spazi del territorio in cui vivono, individuando luoghi sani informali in cui si possano trovare per socializzare liberamente allo scopo di stimolare la cittadinanza attiva dei ragazzi, nell'ottica di valorizzare le risorse anche di quei giovani che vivono situazioni di disagio - potenziare le azioni per contrastare la dispersione scolastica collaborando con il Settore Istruzione per: promuovere il raccordo tra scuola ed extrascuola, arricchire le opportunità compensative e integrative utili a contrastare le povertà educative e incentivare la motivazione allo studio rafforzare la cooperazione dei genitori al percorso educativo e scolastico dei figli anche in relazione al loro futuro promuovere il benessere dei ragazzi all'interno del contesto scolastico promuovere l'inclusione scolastica e sociale di minori disabili o stranieri concertando azioni, progetti e risorse necessarie - in collaborazione con l'AUSL potenziare le attività dell'equipe dello Spazio Giovani AUSL, che realizza interventi di promozione della salute in ambito scolastico ed extrascolastico (Comunità, Associazioni, Enti del privato sociale) comprendendo anche gli adulti di riferimento (es. educatori). Gli obiettivi specifici riguardano affettività e sessualità, benessere psicorelazionale e sviluppo di competenze per prevenire comportamenti a rischio. - consolidare le attività di formazione sia nei confronti dei giovani che si impegnano nella peer education che dei genitori e del personale educativo , formativo, sociale coinvolto nelle diverse azioni
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche giovanili, sport e tempo libero , istruzione , sicurezza del territorio , smart city Le risorse finanziarie relative al personale comunale, sono indicate nella scheda relativa al Servizio sociale territoriale n. 36. Le altre risorse comunali sono inserite nella schede n. 16.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Scuola, terzo settore, sanità, associazioni sportive
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri, Barbara Aldrovandi , Chiara Neviani; Daniela Spettoli – Consultorio Familiare AUSL Modena, Anna Franca – DSM/PC AUSL Modena
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 918.544,78

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **28.110,00 €**
- AUSL (AUSL quota parte spesa dipendenze): **890.434,78 €**

Indicatori locali: 0

Promozione della Salute Sessuale e Riproduttiva in Età Fertile e Prevenzione della Sterilità

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Accanto al dato demografico della riduzione della natalità, determinato da molteplici fattori economici, sociali e relazionali, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità quali l'abuso di sostanze, l'obesità e il sovrappeso, la diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, le malattie sessualmente trasmesse e l'HIV.
Descrizione	Il Piano Nazionale Fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla durata e come proteggerla evitando comportamenti che possano metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente. Gli obiettivi prioritari sono la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare. Ulteriori obiettivi sono il potenziamento e la valorizzazione delle attività consultoriali individuate come punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione. I Consultori Familiari rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.
Destinatari	Giovani adulte/i 20-34 anni
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione alla formazione regionale dei professionisti dedicati in ogni distretto agli spazi giovani adulti (tre per distretto) su prevenzione diagnosi e follow-up endometriosi; - programmazione e realizzazione di interventi formativi per i professionisti della rete assistenziale territoriale su "stili di vita e salute riproduttiva", formazione all'utilizzo di strumenti adeguati per favorire scelte di stili di vita consapevoli nei ragazzi quali la consulenza motivazionale breve, health literacy ed altro; - apertura in ogni Distretto di uno Spazio Giovani Adulti con il personale dedicato (medici ginecologi e andrologo ostetriche, psicologhe/i); - promozione e progettazione di interventi multipli di informazione rivolti ai cittadini in questa fascia d'età per dare strumenti per mettere in atto stili di vita - salutari e per accedere ai servizi a loro dedicati; <p>applicazione della delibera regionale sulla contraccezione gratuita per le ragazze ed i ragazzi fino al compimento del 26 anno d'età, e per fasce di popolazione svantaggiata E02 E 99 nel post parto e post IVG</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera Num. 1722 del 06/11/2017 Regione Emilia-Romagna - PSSR: scheda 9 Medicina di genere

	- PSSR: scheda 25. Contrasto alla violenza di genere
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Consultori Familiari, Servizi territoriali (SERT, Salute Mentale, Cure Primarie), Specialisti ospedalieri ginecologi/andrologi, Enti Locali, Associazionismo, ecc.
Referenti dell'intervento	Silvana Borsari – Coordinamento Consultori AUSL e-mai s.borsari@ausl.mo.it tel. 053 435099
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Completato

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	AUSL e Comune
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnata da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovra indebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.
Descrizione	Piano regionale triennale per il contrasto al GAP
Destinatari	Cittadini, Giocatori d'azzardo patologici e famigliari, Esercenti di locali con giochi di azzardo, Studenti e Docenti, Personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni del territorio
Azioni previste	<p>Promuovere presso la cittadinanza la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto delle indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventi pubblici: azioni a carattere culturale per promuovere una sensibilizzazione efficace sul territorio riguardo al fenomeno del gioco d'azzardo rivolti alla cittadinanza. - Responsabilizzazione esercenti di locali con gioco d'azzardo: momenti di sensibilizzazione, non obbligatori e non a pagamento. - Valorizzazione marchio SlotFreER ed eventi collegati: Implementare mappatura locali con e senza slot e altri gap e attività di empowerment dei locali slot - Sostegno e consulenza per sovraindebitamento famiglie: sportelli, convenzioni con centri antiusura, ecc. - Sperimentazione interventi di supporto a familiari di giocatori che non accedono ai servizi di cura: rete territoriale con terzo settore e ente locale. <p>Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e ampliamento con quanto previsto dal PRP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento della prevenzione, conoscenza del fenomeno e rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in ambito scolastico: utilizzo di percorsi laboratoriali rivolti a studenti e docenti.

	<p>Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione specifica con l'obiettivo di creare una rete territoriale competente nell'intercettazione precoce del fenomeno, nella cura di interfacce per la cura e il trattamento, in continuità con la formazione regionale prevista. <p>Definizione di percorsi e linee di indirizzo per facilitare l'accesso ai percorsi di cura AUSL e che permetta di integrare i servizi dipendenze patologiche con altri servizi coinvolti nel percorso di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creazione di un coordinamento o tavolo di lavoro territoriale Ausl, Ente locale, terzo settore, gruppi AMA.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano Regionale della Prevenzione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl, EE.LL, Scuole, Associazioni territoriali, Associazioni di categoria
Referenti dell'intervento	Giorgia Pifferi Responsabile Programma GAP e-mail g.pifferi@ausl.mo.it tel 0536 863111
Risorse non finanziarie	Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono

Totale preventivo 2018: € 310.275,78

- AUSL (AUSL quota parte spesa dipendenze): **310.275,78 €**

Indicatori locali: 0

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

Completato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>La popolazione modenese si caratterizza per una significativa rappresentanza di ultra sessantacinquenni e per lo sviluppo di forti realtà associative che si esprimono nelle diverse aree sociali, sanitarie, culturali e solidaristiche. A sostegno della qualità della vita e di prevenzione di fenomeni di emarginazione sociale e di promozione della salute e del benessere sono promosse ed incentivate diverse attività di socializzazione, aggregazione, tutela della salute. L'obiettivo è migliorare e tutelare la qualità della vita delle persone, prevenendo il più possibile la necessità del ricorso a prestazioni assistenziali.</p> <p>Le attività svolte, nuove o già presenti sul territorio, rispondono al bisogno di promozione, coordinamento e sostegno hanno lo scopo di incentivare la partecipazione della popolazione pensionata attiva e solidale, attraverso processi di informazione e socializzazione delle iniziative in percorsi condivisi. Per dare forza e vigore a queste iniziative e per avere dati locali sullo stato di salute, stili di vita, ricorso ai servizi socio-sanitari e bisogni di salute socio-assistenziali della popolazione ultra 64enne della provincia di Modena è stato effettuato un sovra campionamento per l'edizione 2018-2019 di PASSI d'Argento.</p> <p>La sedentarietà costituisce un problema fondamentale per la popolazione di qualsiasi età, nell'anziano lo stile di vita sedentario è sostenuto e complicato da condizioni patologiche e scarsa motivazione. La prescrizione e la somministrazione di attività motoria adattata e personalizzata possono favorire nella popolazione over 60 la riduzione di fattori di rischio per numerose patologie croniche, la riduzione della prescrizione dei farmaci per condizioni patologiche sensibili all'attività motoria, la socializzazione e l'aggregazione.</p>
Descrizione	<p>PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza nazionale che indaga condizioni di salute, abitudini e stili di vita, ricorso ai servizi socio-sanitari e bisogni di salute socio-assistenziali della popolazione con 65 anni e oltre. La popolazione in studio è costituita dalle persone ultra 64enni non istituzionalizzate che possiedono un telefono e che parlano la lingua italiana. Per la raccolta dei dati viene utilizzato un questionario standardizzato, che rileva molte dimensioni come lo stato di salute, la qualità della vita, le cadute, le attività della vita quotidiana di base (Activities of Daily Living – ADL) e strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - IADL), il bisogno di assistenza socio-sanitaria, l'essere risorsa sociale, la partecipazione ad attività sociali e il rischio di isolamento sociale, gli stili di vita, i fattori fisici e sensoriali. Completano il quadro informazioni sulle condizioni dell'abitazione e sulla percezione della sicurezza nel quartiere e dati socio-demografici. PASSI d'Argento suddivide la popolazione ultra 64enne in quattro sottogruppi a cui sono destinati diverse priorità e modalità di intervento socio sanitario: in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa; in buona salute, ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità; a rischio di disabilità; con disabilità. La somministrazione del questionario può avvenire in due modalità: per intervista telefonica o per intervista faccia a faccia. Le persone con meno di 80 anni sono invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età più avanzata (80 anni e oltre) si propone in prima battuta la modalità a faccia a faccia. Nel caso in cui la persona estratta fosse impossibilitata a sostenere l'intervista per motivi psico-fisici, viene intervistato un familiare o</p>

una persona di fiducia (denominata proxy) a stretto contatto con la persona campionata, ciò consente di raccogliere informazioni anche sugli ultra 64enni non in grado di sostenere un'intervista a causa delle proprie condizioni di salute.

PASSI d'Argento è un'indagine regionale e quindi fornisce informazioni a livello regionale e viene effettuata grazie ad un finanziamento regionale. L'Ausl di Modena effettua un sovracampionamento aziendale con risorse proprie per raggiungere la numerosità sufficiente all'ottenimento di informazioni provinciali. Numerosi progetti sono attivi ed orientati, secondo le indicazioni del Piano Regionale Prevenzione incremento attività formative per personale sanitario, sociale, educativo, alla promozione dell'attività motoria. I programmi di prescrizione e somministrazione di esercizio fisico ed attività fisica adattata sono rivolti a tutta la popolazione, quando però riguardano il soggetto anziano la valutazione e la prescrizione dell'attività motoria adattata in forma autonoma o assistita segue percorsi necessariamente più articolati. I Percorsi per la prescrizione dell'Attività motoria adattata si differenziano in E.F.A. (esercizio fisico adattato) ed A.F.A. (attività fisica adattata). Il percorso EFA prevede la valutazione e la somministrazione di esercizio fisico dedicata a soggetti con patologie croniche stabilizzate (sindrome metabolica, esiti stabilizzati di sindrome coronarica acuta, diabete mellito di tipo 2) finalizzata al miglioramento delle condizioni di salute, alla riduzione della prescrizione di farmaci ed alla prevenzione delle complicanze. Tale percorso prevede la valutazione del caso presso il Servizio di Medicina dello Sport, la somministrazione di esercizio fisico adattato, da parte di un laureato in scienze motorie afferente al Servizio, monitorato presso la palestra convenzionata con la AUSL di Modena fino ad un periodo di 8 settimane, successivamente viene valutato e programmato l'invio dell'utente al circuito delle palestre accreditate per Attività Motoria adattata (palestre che promuovono salute, DGR 2127/2016) sul territorio provinciale con costante monitoraggio e consulenza da parte del personale del Servizio di Medicina dello Sport. L'AFA è un percorso orientato alla riattivazione muscolare dedicato a soggetti affetti da condizioni patologiche che non richiedono un particolare monitoraggio per l'avvio alla pratica dell'attività motoria (lombalgia cronica, esiti stabilizzati di protesi d'anca, morbo di Parkinson). Dopo l'arruolamento in base a criteri di inclusione definiti da protocolli regionali il medico di medicina generale può inviare l'utente direttamente al circuito di palestre accreditate sul territorio oppure, in caso di particolare necessità di approfondimento clinico, al Servizio di Medicina dello sport per le opportune valutazioni. Per i soggetti affetti da patologie non incluse nei protocolli AFA ed EFA sono attive convenzioni per la prescrizione di attività motoria adattata (es.: Sclerosi Multipla, patologie psichiatriche, pazienti in attesa di trapianto di organo o trapiantati) tra Servizio di Medicina dello Sport-AUSL di Modena e Associazioni di pazienti, reparti specialistici. Ulteriori opportunità possono essere esplorate ed attivate allo stesso fine. Ulteriori opportunità di promozione del movimento e di aggregazione/socializzazione sono offerte con il supporto da parte del Servizio a gruppi di cammino organizzati da società sportive, associazioni, enti locali, etc. al fine di sostenere e supervisionare la sicurezza e la correttezza dello svolgimento dell'attività motoria e, ove necessario, fornire su richiesta del MMG dello specialista la consulenza specifica e personalizzata nelle situazioni più complesse.

I Gruppi di cammino per anziani sono una ulteriore opportunità di promozione del movimento e di aggregazione/socializzazione supportata dal Servizio Medicina della Sport e della Geriatria Territoriale (UOC Disturbi Cognitivi e Demenze) e offerta a gruppi di cammino organizzati da Società Sportive, Associazioni, Enti locali, etc. al fine di sostenere e supervisionare la sicurezza e la correttezza dello svolgimento dell'attività motoria e, ove necessario, fornire su richiesta del MMG, la consulenza specifica e personalizzata nelle situazioni più complesse. In particolare i 2 servizi potranno supportare la creazione di gruppi di cammino nella popolazione anziana (c/o centri di aggregazione, palestre, associazioni) attraverso la somministrazione di questionari validati come il PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) che è un questionario preliminare alla partecipazione ad un programma di attività fisica che fornisce alcune informazioni basilari su farmaci, stili di vita e sintomi in modo da intercettare quelle situazioni che richiedono un approfondimento in primis da parte del mmg ed eventualmente dello specialista. Sulle situazioni più complesse, attraverso la valutazione multidimensionale, si potranno identificare: a) eventuali controindicazioni mediche relative o assolute per determinate prestazioni fisiche; b) identificare eventuali fattori di rischio da sottoporre a valutazione specialistica; c) identificare i soggetti che, portatori di particolari patologie croniche, possono trarre beneficio dalla pratica di una adeguata attività fisica.

Fondamentale, prima della creazione dei gruppi di cammino per gli anziani, è intercettare eventuali situazioni di fragilità (che è una condizione, definita dall'OMS, di vulnerabilità a fattori stressanti interni ed esterni che espongono il soggetto ad un più alto rischio di outcome avversi di salute, che può precedere la disabilità se non identificata e curata) attraverso strumenti semplici e validati come il questionario SUNFRIL (che è un progetto

della RER nell'ambito delle azioni europee per l'invecchiamento attivo). Il questionario è molto semplice e può essere somministrato anche da non sanitari in tutti i luoghi/ambienti di aggregazione di anziani. La positività agli item 1-2-3-5 e la negatività al 4 determina una segnalazione al MMG che può richiedere una valutazione c/o la Medicina dello Sport. La positività agli item 6-7 determina un invio ai geriatri dei CDCD (Centri Disturbi Cognitivi e Demenze). La negatività all'item 8 e la positività all'item 9 determina una segnalazione al Servizio Sociale. La positività alla maggior parte degli item connota una situazione di fragilità che può essere indagata dai geriatri territoriali ed ospedalieri su segnalazione di MMG. La geriatria, in collaborazione con la Medicina dello Sport, potrà garantire programmi di esercizio fisico, consigli dietetici, supporti nutrizionali e farmaci là dove necessario.

Progetto In Forma Mentis

Il progetto di allenamento della mente e del corpo è rivolto a persone sane con più di 65 anni, per prevenire il decadimento cognitivo e sviluppare contesti di promozione del benessere, utilizzando "strumenti" importanti quali socializzazione e aggregazione. Accanto alla maggiore incidenza di malattie neuro degenerative, la stragrande maggioranza delle persone anziane manifesta variabilmente una minore efficienza nel funzionamento della memoria, delle altre funzioni cognitive e sul piano motorio conseguente ad un fisiologico processo d'invecchiamento cerebrale, in assenza di una riduzione delle autonomie nella vita quotidiana. Tali disturbi lamentati derivano in realtà da un declino invecchiamento-dipendente della velocità di elaborare delle informazioni, della capacità di concentrarsi e di svolgere simultaneamente più attività mentali e fisiche. Il progetto consiste nella associazione di interventi di stimolazione cognitiva (allenamento della memoria) con ginnastica dolce condotti in gruppi di 15-20 persone per 2 mesi (8 incontri, una volta a settimana, condotti da uno psicologo e/o da un laureato in scienze motorie). I richiedenti il corso verranno selezionati da un geriatra e/o infermiere e/o psicologo dei servizi aderenti al progetto; verrà effettuata una valutazione prima e/o dopo l'intervento. Ogni corso è costituito da un totale di 8 incontri di 2 ore ciascuno che prevedono una parte iniziale (descrizione e spiegazione della componente di memoria su cui si intende lavorare); parte intermedia (lavoro mediante esercizi mirati all'allenamento di quella componente di memoria o abilità cognitiva specifica); parte finale (attività di ginnastica dolce mirata ad allenare anche le funzioni cognitive, potenziamento delle funzioni sensoriali, la consapevolezza del proprio corpo). Inoltre, allenamento a domicilio attraverso la consegna di esercizi da svolgere nei giorni che intercorrono tra un incontro e l'altro. Al termine del percorso viene valutato l'indice di gradimento mediante un'apposita scheda di valutazione.

SOGGIORNI MARINI A PINARELLA DI CERVIA

Lo scopo è quello di offrire l'opportunità, ad anziani ed a disabili, di partecipare a turni di soggiorno marino a costi contenuti, con una organizzazione tutelata ed autogestita tale da favorire processi di conoscenza e di socializzazione, attraverso l'aggregazione e la partecipazione a diversi momenti di vita collettiva, previsti anche a scopo preventivo a tutela della salute e di promozione del benessere. In ogni turno di soggiorno si organizzano diverse attività di animazione: tornei di carte, serate di canto e di ballo. ecc.

La Casa per Ferie, che può ospitare fino a 93 persone per turno, è strutturata su tre piani ed è priva di barriere architettoniche. Dotata di cucina, sala ristorante, sala ricreazione, sala polivalente per feste e spettacoli, bagni in camera, infermeria, ascensore, riscaldamento e rinfrescamento. La struttura si affaccia su un ampio tratto di spiaggia privato, al quale si accede direttamente attraverso la pineta. Nel corso del 2018 si è individuato il soggetto gestore attraverso un avviso pubblico.

ORTI per ANZIANI

Gli orti rappresentano un'opportunità per coinvolgere gli anziani in attività quotidiane incentivanti i momenti di socializzazione ed incontro. L'orto oltre che costituire un modo di avvicinarsi alla natura, di vivere all'aria aperta e di fare attività motoria, è occasione di incontro e relazione. In molte aree ortive si svolgono iniziative organizzate dai Comitati di gestione, quali attività ricreative e feste che coinvolgono non solo gli ortolani ma tutto il quartiere dove gli orti sono collocati. La vicinanza con aggregazioni sociali (Associazioni Comitati Anziani, Scuole, Parrocchie ed altre), favoriscono forme di aggregazione più avanzate, sia per meglio organizzare la vita sociale degli ortolani ma anche per promuovere lavoro volontario verso altre categorie sociali. La loro gestione si realizza attraverso una Convenzione con l'Associazione Nazionale Centri Sociali ed Orti (ANCESCO) provinciale.

PERCORSI BENESSERE

Il Comune di Modena è impegnata da anni nella promozione di corretti stili di vita e, in particolare, dell'attività fisica come strumento di prevenzione del decadimento psicofisico determinato dalla sedentarietà e dall'isolamento sociale, attraverso la promozione di corsi di attività motoria. I "Percorsi Benessere", hanno l'obiettivo di mantenere la forma fisica e lo stato di salute, costituendo contemporaneamente momenti di aggregazione, socializzazione

	<p>e di relazione. Queste attività si realizzano in contesti e strutture presenti in città, sia istituzionali che private, quali piscine, palestre, polisportive, circoli, spazi sociali debitamente attrezzati e conformi alle normative vigenti in materia di igiene e sicurezza; si svolge come attività di gruppo, condotte da personale qualificato e adeguatamente formato.</p> <p>Rientrano nei percorsi benessere anche il progetto Benessere in Menopausa.</p> <p>IL NONNO RACCONTA, IL NONNO SA FARE, I NONNI RACCONTANO GLI ORTI</p> <p>Iniziativa rivolta alle scuole dal nido alle secondarie di secondo grado per promuovere e sviluppare il rapporto tra le diverse generazioni. Il percorso è realizzato in collaborazione con il Servizio Istruzione, Associazioni e volontari singoli</p> <p>FESTA OLTRE GLI ANNI</p> <p>Ha l'obiettivo di far conoscere e valorizzare le diverse Associazioni che operano in città prevalentemente per la terza età.</p> <p>E' un appuntamento importante per tutti i cittadini di Modena, per le Associazioni, che in tale contesto possono conoscersi, scambiarsi esperienze e costruire nuove modalità di collaborazione e relazione, non solo per la popolazione anziana.</p> <p>TERAPIA INIETTORIA</p> <p>In città sono attivi, con la collaborazione di alcune Associazioni, dei Punti di Terapia Iniettorica dove vengono svolte, su prescrizione del MMG, attività quali: piccole medicazioni, iniezioni intramuscolari e sottocute, monitoraggio della pressione arteriosa ecc. Le prestazioni sono rese da infermieri volontari.</p> <p>Servizio di Assistenza Domiciliare</p> <p>Agli anziani vengono proposte/offerte attività di socializzazione che valorizzano gli interessi e le competenze degli anziani per ridurre il rischio di isolamento ed impoverimento psico-fisico.</p>
Destinatari	<p>cittadini residenti a Modena over 55. A livello aziendale: direzione sanitaria, direzione socio-sanitaria- direttori di distretto, dipart. Cure primarie – area anziani, programma fragilità, dipart. Sanità pubblica, CTSS, area sociale dei comuni, associazione del terzo settore.</p>
Azioni previste	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sovra campionamento per la rilevazione del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento con interviste telefoniche/vis a vis a cittadini con 65 anni e oltre o ad una persona che ne sia in stretto contatto e che ne conosca le abitudini, bisogni di salute assistenza (proxi) nel caso di impossibilità nel sostenere un'intervista. 2. Promozione dell'attività motoria per il benessere e la salute dell'anziano attraverso la declinazione negli ambiti specifici di intervento di progetti preesistenti e già attivi sul territorio provinciale condotti dal Servizio di Medicina dello Sport con la collaborazione dei MMG, specialisti, Associazioni, Enti Locali, Società sportive. 3. Supporto alla socializzazione e aggregazione attraverso il movimento per la salute: nel 2018 e nel 2019 si lavorerà con i Quartieri, i Medici di Medicina Generale e gli specialisti della medicina dello sport, per potenziare i gruppi di cammino per anziani ponendo attenzione ai percorsi sicuri. 4. Offerta di momenti di formazione-informazione sui benefici dell'attività motoria per l'anziano: potenziamento delle comunicazioni sui percorsi benessere perché possano essere maggiormente conosciuti e fruiti. 5. Offerta di consulenza, monitoraggio e supervisione per la sicurezza della somministrazione dell'attività motoria adattata nei vari contesti. 6. Sostegno ed implementazione di programmi a fine ricreativo, ludico-motorio (ginnastica dolce, ballo, fitness, ecc.) con forte connotazione aggregativa, che favoriscano il trovare piacere nel praticare insieme l'attività motoria contribuendo così alla salute psico-fisica dell'anziano. 7. Miglioramento delle attività di comunicazione ed informazione: nel 2018-2019 verranno aggiornate la Guida Terza Età, la Guida del Care Giver e curata la distribuzione sul territorio comunale, in rete con le Associazioni. 8. Incentivazione dei percorsi di volontariato per i cittadini richiedenti asilo presso le Associazioni che svolgono attività per terza età, in particolare nella cura e nella valorizzazione degli spazi verdi: nel 2018 verrà continuata l'attività di sensibilizzazione verso una cultura attenta alla promozione di corretti stili di vita, in rete con tutti i servizi socio-sanitari e i settori dell'amministrazione comunale. 9. Valorizzazione del protagonismo delle Associazioni che promuovono, attraverso diverse attività condominiali, la partecipazione delle persone a contrasto della solitudine: nel 2018 si lavorerà per rilevare le iniziative in essere di buon vicinato e potenziare le attività di buon vicinato (socializzazione condominiale) al fine anche di coinvolgere anziani soli che non accedono ai servizi.

	<p>10. Intercettazione delle situazioni di fragilità per intraprendere azioni proattive e di mantenimento dell'autonomia.</p> <p>11. Individuazione degli anziani con decadimento cognitivo iniziale e/o depressione/isolamento che possono trarre beneficio da interventi multimodali che favoriscano l'invecchiamento attivo (stili di vita, esercizio fisico, dieta, allenamento memoria, aggregazione e socializzazione).</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Le informazioni raccolte possono essere utili per mettere in campo politiche e interventi per favorire l'invecchiamento attivo mediante il contrasto dell'isolamento sociale e dei fattori di rischio comportamentali e per riconoscere i bisogni socio-assistenziali e le non autonomie favorendo una migliore assistenza socio-sanitaria da parte di tutte le figure coinvolte, modulata secondo i bisogni dei sottogruppi di popolazione.</p> <p>Collaborazione ed integrazione con servizi Ospedalieri per proposte dedicate a differenti tipologie di soggetti.</p> <p>Le risorse finanziarie relative al personale comunale, agli interventi e alle misure a sostegno della popolazione anziana sono indicate nella scheda n. 21.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL di Modena, Associazioni pazienti, Associazioni Sportive, Enti Locali
Referenti dell'intervento	<p>Annalisa Righi, Giulia Paltrinieri, Giuliano Carrozzi – Resp. Epidemiologie e-mail: g.carrozzi@ausl.mo.it tel. 059 3963189</p> <p>Gustavo Savino, Medicina dello Sport e-mail g.savino@ausl.mo.it tel 059 3963111, Andrea Fabbo, Programma Aziendale Demenze e-mail a.fabbo@ausl.mo.it tel. 059 438754</p>
Risorse non finanziarie	Immobili di proprietà comunale e/o privata.

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

INNOVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI NELL'AMBITO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Completato

Riferimento scheda regionale

21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	<p>L'età potenziale in aumento delle persone in questi anni comporta la necessità di pensare a nuove risposte sempre più complesse legate a varie tipologie di problematiche. La rete delle risorse ha dovuto, nel corso degli ultimi anni, rimodularsi continuamente di fronte alla crescente complessità dei bisogni emergenti sia delle persone che dei loro caregiver. Inoltre per i servizi più strutturati il processo di accreditamento ha introdotto modalità e criteri sui quali in questi anni si è lavorato per allinearsi.</p> <p>In particolare nel corso del 2017 è stato approvato il regolamento comunale per l'accesso alle case residenza e ai centri diurni per anziani e i criteri di contribuzione per concorrere al pagamento dei servizi. Inoltre sono state approvate le linee guida relative alle procedure e modalità di presa in carico finalizzate all'accesso temporaneo dei servizi residenziali rivolte a persone non autosufficienti in dimissione dai presidi ospedalieri. Questi regolamenti hanno introdotto importanti novità sia legate all'introduzione dell'Isee sia per i criteri nuovi dati all'urgenza. Ciò nell'ottica di migliorare l'equità dell'accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini. In riferimento a ciò l'applicazione dei nuovi regolamenti è stata illustrata a tutti i famigliari che sono stati incontrati nelle strutture e nei centri diurni e sono stati fatti sottoscrivere loro i nuovi contratti per la nuova modalità di fatturazione diretta. Per garantire una maggiore omogeneità nell'erogazione dei servizi mensilmente alle case residenza e ai centri diurni viene richiesta da parte della committenza una verifica su alcuni indicatori che riguardano in particolare i servizi alberghieri, i controlli obbligatori sulla sicurezza, la condivisione con i famigliari dei PAI, oltre a specifici indicatori sanitari e relativi alla dotazione di personale socio-sanitario. Inoltre viene organizzata una formazione con alcuni incontri annuali da parte dell'ASL e del comune rivolta a tutte le case residenze per anziani e centri diurni per favorire una cultura comune e prassi operative condivise per tutta la rete dei servizi.</p> <p>Nel territorio di Modena sono presenti 3 spazi anziani. Gli spazi anziani sono servizi, a sostegno della domiciliarità e a supporto dell'attività di cura delle famiglie. In particolare sono luoghi di incontro in un ambiente accogliente, che offrono alle persone anziane parzialmente autosufficienti occasioni di socializzazione e di facilitazione delle relazioni. Questi spazi si sono rivelati in termini di valutazione di efficacia ed efficienza, oltre che di economicità servizi particolarmente idonei per la prevenzione e promozione della salute ed il benessere della popolazione anziana. Il loro forte radicamento nel territorio per gli anziani potenzia sia la rete protettiva di relazioni formali ed informali, e mantiene il più possibile inalterato il loro contesto di vita e le loro abitudini.</p> <p>Come supporto alla domiciliarità e per favorire persone con fragilità e con necessità di sostegno per l'autonomia nelle attività della vita quotidiana è stato aperto uno sportello cittadino "Amodo" che fornisce consulenze legate al tema della domiciliarità. In particolare aiuta le famiglie nel reperimento dell'assistente familiare. Lo sportello ha l'obiettivo di sostenere utenti e famiglie nella definizione del bisogno, nella ricerca e selezione dell'assistente familiare, nonché nella gestione burocratica, attraverso l'intermediazione</p>
------------------	--

	<p>(incontro domanda e offerta) tra famiglie e assistenti familiari, con particolare riguardo alla fase di dimissione ospedaliera. Con questa modalità si favorisce la regolarizzazione delle assistenti familiari, la qualificazione del lavoro attraverso azioni di formazione, tutoraggio e aggiornamento proponendo anche il sostegno e l'aggiornamento dei care-givers.</p> <p>Il Comune con l'Azienda USL, garantisce l'assistenza domiciliare a supporto degli anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti che necessitano di supporto per continuare a vivere presso il proprio domicilio. Nell'anno 2017 si è proceduto ad esternalizzare il servizio di assistenza domiciliare del polo sociale 3, ora gestito in accreditamento da una cooperativa. Il Comune assicura forme di sostegno economico per il mantenimento della propria abitazione agli anziani ; ha attivato azioni di consulenza per l'adeguamento dell'ambiente domestico (CAAD) e eroga l'assegno di cura a sostegno delle attività assistenziali necessarie alla permanenza dell'anziano al proprio domicilio.</p> <p>Anche a Modena si assiste ad un aumento delle persone affette da patologie dementigene, ci si sta interrogando sulla necessità di ampliare la gamma dei servizi a favore delle persone dementi allo stadio iniziale, interessante potrebbe essere sondare la fattibilità di aprire un luogo tipo centro d'incontro (meeting-center).</p> <p>Il centro d'incontro si propone come luogo a bassa intensità assistenziale ed alta valenza supportiva focalizzata sul miglioramento del funzionamento emotivo e sociale e può rappresentare una valida risposta per permettere alle persone di adattarsi e gestire le conseguenze cognitive, sociali ed emotive della demenza e ciò anche al fine di prevenire, per quanto possibile, i disturbi del comportamento e dell'umore, causa di una precoce istituzionalizzazione. In particolare nel centro dovrebbero essere realizzate sia le attività di informazione, di valutazione e di intervento rivolti alle persone con demenza e ai loro familiari. La sede dovrebbe essere già utilizzata e condivisa da altri, ovvero all'interno di un contesto della comunità'. Una tale collocazione risulta strategica sia per garantire un contesto di normalità che per ridurre lo stigma e migliorare la partecipazione e l'inclusione delle persone con demenza e dei loro familiari ciò in accordo e collaborazione con le reti di volontariato o del trasporto locale. L'apertura dovrebbe prevedere o due giornate intere con pranzo oppure 1 giornata intera e altre due mezze giornate. La scelta è dettata dalle risorse disponibili . L'accesso al centro di incontro può essere o su segnalazione di altri servizi , reti informali o diretto. La diagnosi psicosociale ne determinerà in seguito l'idoneità alla frequenza o l'indicazione, l'orientamento o l'eventuale accompagnamento verso altri servizi.</p> <p>Con delibera di consiglio è stato approvato un regolamento per la disciplina delle case famiglia per anziani e disabili adulti. Le Case famiglia, come definite dal D.M. 21.05.2001 n. 308, sono "comunità di tipo familiare con funzioni di accoglienza a bassa intensità assistenziale, che accolgono fino a un massimo di sei (6) persone in difficoltà, per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale". Non sono soggette all'obbligo di autorizzazione al funzionamento, prevedendo la sola "Comunicazione di avvio attività" al Sindaco del Comune del territorio entro 60 giorni dall'avvio dell'attività medesima.</p> <p>Il Regolamento ha così consentito di integrare le indicazioni normative regionali e nazionali vigenti, al fine di tutelare gli anziani, i disabili adulti e le loro famiglie e, nel contempo di disciplinare le modalità di esercizio dell'attività di vigilanza e controllo sull'operato e sulla qualità di tali tipologie di servizi.</p>
Descrizione	<p>Nel contesto cittadino sono presenti 15 Cra con posti accreditati pari a 692 e 7 centri diurni con posti accreditati pari a 130. I gestori sono cooperative sociali o soggetti privati. Solo una Cra e un Centro diurno sono a gestione diretta con operatori pubblici . I centri diurni sono 4 ubicati nello stesso stabile della Cra e tre indipendenti. Nelle Cra sono previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> -accoglienze di lungo periodo o permanente che individua la casa residenza come luogo di vita stabile per l'anziano; -accoglienze temporanea di sollievo che ha la funzione di garantire alla famiglia un periodo di riposo dai compiti di cura; - accoglienze temporanea in situazioni d'emergenza finalizzate a garantire all'anziano tempestivamente la necessaria continuità di cura anche a seguito di dimissioni protette ospedaliere e/o accadimenti imprevisti che possono coinvolgere l'anziano e/o i suoi familiari; - accoglienze di riattivazione che rispondono all'esigenza di garantire il maggior recupero possibile delle funzionalità a seguito di un evento traumatico che ha compromesso le autonomie della persona, attraverso specifici interventi di riattivazione. Questi sono inserimenti, provenienti in gran parte dai percorsi di dimissioni protette dai presidi sanitari e avvengono a seguito della valutazione di un apposita équipe multidimensionale sempre integrata dalla competenza del medico-fisiatra;

	<p>- all'interno di una Cra abbiamo un nucleo per anziani e un Centro Diurno specialistico rivolti a persone affette patologie demetigene; questa tipologia di inserimento è a termine. L'accesso prevede oltre alla presentazione della domanda la valutazione da parte di una equipe definita sulla base delle indicazioni del Comitato di Distretto.</p> <p>Nel 2017 nelle Cra gli utenti serviti sono stati 1358 di cui 58 al Nucleo specialistico per le demenze. Le riattivazioni 120 solo presso le cra di Modena e i sollievi 128.</p> <p>Nel 2017 nei centri diurni a gli utenti serviti sono stati 231 di cui 41 al Centro diurno specialistico per le demenze. Gli utenti che hanno usufruito dei trasporti sono stati 300.</p> <p>In data 27 luglio 2017 si è avviata l'esperienza del 3 Spazio Anziani in città presso un immobile di proprietà comunale che ha consentito così di rispondere ai bisogni di anziani di altri quartieri; Centro storico e San Lazzaro-Crocetta. Sono aperti dal lunedì al sabato dalle 8,30 alle 18,00, con possibilità di frequenza altamente flessibile.</p> <p>Il numero totale dei posti è 58. Nel corso del 2017 sono stati sopitati 141 persone. Il trasporto è stato effettuato per 95 persone.</p>
Destinatari	<p>Sono i cittadini residenti nel Comune di Modena, di età di norma superiore ai 65 anni o con patologie assimilabili all'area anziani, in condizioni di fragilità o di parziale o non autosufficienza</p>
Azioni previste	<p>1) Per le Cra e centri diurni sperimentare e monitorare l'applicazione del nuovo regolamento per l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani. Monitorare il nuovo sistema tariffario e di fatturazione. Azione sviluppata prevalentemente nel 2018 e mantenuta anche per tutto il 2019.</p> <p>2) Integrazione socio-sanitaria: porre l'attenzione sulle dimissioni protette con particolare riferimento ai percorsi di riattivazioni; si è rilevato infatti un aumento delle richieste di riattivazione con inserimenti presso le Cra e di successivi periodi di proroga dopo il tempo attribuito. Da un'analisi delle situazioni emerge la mancanza di percorsi riabilitativi a domicilio (al momento ci sono progetti domiciliari solo di addestramento al caregiver) che limita la possibilità delle persone di tornare a casa, emerge inoltre la difficoltà delle CRA di terminare i percorsi entro i tempi stabiliti, con il conseguente aumento dei tempi delle dimissioni ospedaliere.</p> <p>Nell'anno 2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si lavorerà con i reparti ospedalieri per condividere il target delle persone che necessitano di riabilitazione in cra e contestualmente per definire le caratteristiche delle persone che possono ultimare il percorso riabilitativo in ambito ospedaliero - si lavorerà con le CRA per definire e condividere i criteri delle proroghe per gli inserimenti di riattivazione - si analizzeranno i percorsi domiciliari per verificare la possibilità di potenziare gli interventi riabilitativi al fine di favorire il passaggio ospedale-domicilio. <p>3) mantenere alto sempre il controllo sulla attività socio-sanitaria all'interno delle strutture. Continuare il monitoraggio presso le strutture attraverso l'analisi degli indicatori mensili, l'invio degli strumenti predisposti dalla Regione. E' previsto l'avvio di una nuova indagine della qualità percepita per ospiti e famigliari che avverrà nell'autunno del 2018 con la restituzione dei dati e i piani di miglioramento nel 2019. Obiettivo è quello di lavorare anche per un coordinamento sempre più integrato tra i diversi organismi previsti: Otap, commissione di vigilanza.</p> <p>4) Attenzione sempre maggiore alle tematiche legate alla demenza e ai disturbi del comportamento sia attraverso momenti formativi che individuazione di nuove strategie comportamentali per favorire sempre più un approccio diverso e una "cultura" della demenza. Nel 2018 verrà analizzata la fattibilità di aprire un meeting -center per facilitare l'accesso e la fruizione dei servi della rete per persone con demenza e per i loro familiari.</p> <p>5) Ridefinizione della tipologia d'utenza che può accedere agli spazi anziani, centri territoriali e centri diurni, nel 2018 si sta lavorando per un'analisi approfondita dell'utenza presente nei tre servizi, della definizione della definizione degli specifici targhet in realzione ai bisogni espressi.</p> <p>6) Il Servizio nei prossimi anni sarà impegnato nella stesure del regolamento dell'assegno di cura e per l'accesso e la compartecipazione al Servizio di assistenza domiciliare.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche sociali e sanitarie</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<p>I soggtti coinvolti sono il Comune, l'asl, i gestori, le associazioni, i singoli volontari</p>

Referenti dell'intervento	Righi Annalisa - Paltrinieri Giulia
Risorse non finanziarie	Immobili di proprietà pubblica e privata

Totale preventivo 2018: € 54.877.866,49 (esclusa compartecipazione utenti: € 42.964.055,49)

- Compartecipazione utenti: **11.913.811,00 €**
- FRNA: **18.500.558,00 €**
- FNNA: **1.631.063,49 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **10.518.300,00 €**
- Altri fondi regionali (*Fondo mobilità disabili*): **67.768,00 €**
- Altri soggetti privati (*Bandi Fondazione Cassa di Risparmio di Modena*): **600.000,00 €**
- Unione di comuni (*CAAD*): **60.000,00 €**

Risorse comunali: **11.586.366,00 €** di cui:

- Comune non specificato: **11.586.366,00 €**

Indicatori locali: 0

Misure a contrasto della povertà, sostegno all'inclusione attiva e reddito di solidarietà

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	B;

Razionale	Il Comune di Modena, per fronteggiare il fenomeno della crescente povertà dovuta alla crisi economica dell'ultimo decennio, ha ulteriormente potenziato gli interventi di contrasto alla povertà sviluppando anche collaborazioni con altri enti ed associazioni. Dal 2016 sono attive misure di contrasto alla povertà e all'inclusione attiva promosse a livello nazionale (SIA E REI) a cui si sono aggiunte , in una logica di accesso universalistico, misure regionali (RES) .
Descrizione	Il Comune di Modena nell'ambito del sostegno all'inclusione attiva ha sviluppato in collaborazione con alcuni soggetti del terzo settore e con altre istituzioni (centro per l'impiego, sanità), diversi interventi: - l' erogazione di sussidi economici di assistenza sociale (“Regolamento di solidarietà civica per la concessione di interventi economici di assistenza sociale” approvato dal Consiglio Comunale con atto n. 57 del 20 ottobre 2016) - l'attivazione del servizio di emporio sociale “Portobello” - l'attivazione della family card come forma di agevolazione all'acquisto di beni di consumo - la convenzione con la caritas diocesana / parrocchie per l'attivazione di interventi di sostegno alle famiglie in difficoltà - la collaborazione con gli enti di distribuzione dei generi alimentari(AGEA e Croce Rossa) al fine di individuare le famiglie beneficiarie - l' accoglienza e compilazione delle domande per l'accesso alle misure di inclusione: Sia Res e REI - la redazione dei progetti personalizzati finalizzati all'inclusione sociale (L14/2015) ed esperienze di volontariato e di cure educative - Progetto insieme sulla consulenza del bilancio familiare
Destinatari	Famiglie e cittadini residenti che si trovano in condizione di disagio e fragilità
Azioni previste	Nei prossimi anni il Comune di Modena intende : - mettere a sistema un metodo di lavoro (multidisciplinare) che preveda una sempre più integrata collaborazione tra le amministrazioni competenti in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute , formazione e istruzione e altri soggetti privati; - intensificare le collaborazioni con il terzo settore per attivare percorsi di attivazione sociale nell'ambito dei progetti personalizzati - coinvolgere , anche attraverso l'utilizzo dei progetti finanziati dall'Unione europea, figure di mediatori culturali per migliorare e qualificare l'accoglienza e l' informazione dello sportello sociale rispetto all'accoglienza dei cittadini stranieri per facilitare la comprensione e l'accesso alle misure di inclusione; - ampliare e potenziare gli interventi di orientamento al lavoro, tirocini formativi per i beneficiari delle misure di inclusione nell'ottica della legge 14/2015;

	- promuovere una formazione continua del personale di segretariato sociale e tecnico /professionale (assistenti sociali).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche del lavoro, formazione professionale
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Centro per l'impiego, Inps, Regione Emilia Romagna , Sanità, Terzo settore, , istituti scolastici
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri Annalisa Righi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.822.556,31

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **210.797,33 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **329.330,53 €**
- Quota Fondo povertà nazionale: **502.249,45 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **160.811,58 €**

Risorse comunali: **619.367,42 €** di cui:

- Comune non specificato: **619.367,42 €**

Indicatori locali: 0

AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI LR 14/2015

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>Il mondo del lavoro ha subito una trasformazione importante, in parte a seguito della crisi che a partire dal 2008 si è protratta per quasi un decennio colpendo in particolare alcune tipologie di lavori (es. quelli relativi all'edilizia e relativo indotto) e in parte per la ristrutturazione delle aziende stesse che hanno modificato le proprie organizzazioni puntando molto sulle nuove tecnologie.</p> <p>Di conseguenza è aumentato il numero delle persone che oltre al centro per l'impiego si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Si pensi, in particolare, a quelle persone che per difficoltà varie - sociali, sanitarie, o in possesso di competenze non più richieste dal mercato, o per motivi di età - hanno difficoltà ad inserirsi o sono state espulse dal mercato del lavoro e fanno fatica a rientrare.</p> <p>Si pensi a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali. Per facilitare l'inserimento e il reinserimento nel mondo del lavoro delle persone fragili i servizi socio sanitari lavorano da tempo in sinergia.</p> <p>La regione ha recepito questo nuovo target attraverso l'elaborazione dell'indice di fragilità, quale strumento per l'accesso alle misure del PIANO INTEGRATO.</p> <p>Nel 2016 è stato definito il primo PIT - Programma Integrato Territoriale -per la costruzione delle misure destinate ai progetti delle persone fragili, - il PIT è stato elaborato a livello Distrettuale in maniera integrata da parte dei Servizi sociali, sanitari e del lavoro- ed è stato oggetto di consultazione in CTSS con le parti sociali e con associazioni datoriali.</p> <p>La Regione sulla base della programmazione distrettuale ha individuato il soggetto attuatore. Nel 2017 è iniziata l'attività delle equipe multi professionali la cui costituzione e funzionamento è stato oggetto di un protocollo operativo definito e sottoscritto da parte dei servizi interessati: sociali, sanitari e del lavoro-</p> <p>In sede di Equipe viene definito il progetto individuale che sarà sottoscritto dalla persona e costruito secondo un sistema organico e complesso di azioni formative volte a valorizzare, rinforzare e rendere spendibile le risorse della stessa e mettendo insieme le risorse ed i saperi dei servizi coinvolti.</p> <p>Si è consapevoli che, diverse persone, distanti dal mondo del lavoro necessitano di un percorso personalizzato propedeutico all'inserimento nel mondo produttivo; le persone troppo distanti non possono beneficiare delle misure previste dalla L.R. 14/2015 di conseguenza il Comune e AUSL di Modena DACP.-DSM-DP. finanziano congiuntamente un appalto per l'affidamento della gestione di attività propedeutiche all'inserimento in contesti produttivi rivolte a persone fragili in carico ai servizi socio-sanitari.</p> <p>Il Comune di Modena ha aderito inoltre al progetto regionale per la responsabilità sociale dell'impresa ottenendo un finanziamento Regionale; ci si è candidati per questo progetto di</p>
------------------	---

	<p>WELFARE AZIENDALE in quanto si era notato che gli interventi nei contesti aziendali erano limitati e riguardavano prioritariamente specifici ambiti.</p>
Descrizione	<p>Per quanto riguarda la L.R. 14/2015 si è lavorato alla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. programmazione delle risorse – costruzione del PIT 2016/201714 (le risorse destinate per le misure afferenti all'ambito lavorativo sono state di € 804.512,00 + il 10% come quota Comune) 2. organizzazione e coordinamento delle equipe multiprofessionali territoriali e attività di realizzazione delle progettazioni individuali (l'attività di profilatura è iniziata a partire dall'ottobre del 2017 e l'attività delle equipe dal novembre 2017- ad inizio 2018 sono state complessivamente 636 le persone profilate, hanno superato l'accesso in 272 e accederanno alla valutazione approfondita -sono stati 121 i programmi sottoscritti- le equipe si incontrano in media 2/3 volte al mese) 3. verifica dell'attività attraverso un tavolo tecnico di coordinamento per il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse con relativa richiesta di variazione del PIT in essere. <p>E' stato inoltre definito e sottoscritto un accordo congiunto tra Comune di Modena, Azienda Usl e Agenzia per il lavoro sull'utilizzo delle risorse del FRD (fondo regionale disabili) , per le persone iscritte alla lg 68/'99 in una logica di condivisione progettuale e integrazione dei Servizi per le persone che non rientrano nell'indice di fragilità e sono pronte per una esperienza da svolgersi in ambito lavorativo.</p> <p>Per quanto concerne l'attività dell'appalto rivolte alle persone che necessitano di percorsi propedeutici per l'inserimento al lavoro sono state seguite complessivamente n 1.245 persone, che hanno usufruito negli ultimi due anni di percorsi per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientamento, che prevedono il sostegno alla conoscenza e all'utilizzo delle risorse che il territorio e le istituzioni preposte prevedono per l'integrazione lavorativa di persone in condizione di disabilità e/o svantaggio. - formazione professionale, rivolti a persone disabili e/o svantaggiate per la partecipazione a percorsi di tirocinio formativo e a corsi di formazione organizzati dai Enti della formazione professionale. - tirocinio formativo, che prevedono la sperimentazione di mansioni e attività lavorative in situazione all'interno della rete a- ziende profit e no profit. - inserimento lavorativo, che prevedono attività di mediazione all'interno dei contesti aziendali. La finalità è quella di realizzare interventi che sono alla base di un progetto educativo/ formativo che accompagna la persona in un percorso evolutivo dove si tende a valorizzare e potenziare, attraverso azioni formative, tutti gli aspetti delle abilità e delle autonomie della persona, per favorire l'acquisizione di competenze tecnico professionali e relazionali utili per l'inserimento nel mondo del lavoro. <p>Al fine di costruire percorsi finalizzati all'inserimento lavorativo è necessario sviluppare un progetto personalizzato che abbia al centro il processo di apprendimento per lo sviluppo di competenze trasversali minime atte a favorire i processi di socializzazione e di autonomia della persona interessata. Per facilitare le possibilità di tirocinio è stato firmato un accordo per l'accoglienza di esperienze di tirocinio tra comune di Modena e alcune aziende locali.</p> <p>Il progetto Welfare Az. è nato al fine di incentivare la formazione di reti territoriali per informare, e dialogare con le imprese per lo sviluppo e promozione di una cultura aziendale della responsabilità sociale in un'ottica di Welfare e di benessere sociale; il progetto ha la durata di 3 anni, è iniziato nel 2017 con 5 incontri laboratori, coinvolge aziende profit e no profit e le relative associazioni di categoria-</p>
Destinatari	<p>Persone definite come “fragili e vulnerabili” in relazione ai fattori e al processo di valutazione definito come “indice di fragilità” Delibera di Giunta Regionale n.191/2016. Si tratta di persone che ad una condizione di difficoltà di tipo lavorativo associano almeno una ulteriore problematica di tipo sociale o sanitario.</p> <p>Persone con handicap, fisico, psichico / intellettuale, persone in uscita da percorsi di dipendenza da sostanze, persone con evidenti fragilità sociali quali: mamme sole con impegni di cura di figli minori in tenera età, persone all'interno di percorsi di protezione umanitaria, persone con scarse risorse personali, disoccupati di lungo periodo, persone sottoposte a misure restrittive, etc.</p>
Azioni previste	<p>MONITORAGGIO DELLE MISURE DEL PIT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verifica dell'indice di fragilità, dopo un anno di attività di applicazione dell'indice, per valutarne la reale capacità di lettura dello svantaggio/fragilità; 2. approvazione PIT 2018 (€ 829.641) e monitoraggio dei progetti individuali in corso (PIT 2017);

	<p>3. costituzione di un gruppo di coordinamento inter-servizi che interfacciandosi con il gestore garantisce l'integrazione ed il monitoraggio-valutazione delle attività programmate all'interno delle equipe multiprofessionali;</p> <p>4. analisi dei progetti individuali per verificarne le modalità di raccordo con le misure del REI e del RES.</p> <p>MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' IN APPALTO:</p> <p>1. sviluppo di progettualità altamente personalizzate attraverso il reperimento anche di contesti altamente diversificati in modo da evitare per quanto possibile la standardizzazione dei percorsi;</p> <p>2. sviluppo di maggiori sinergie tra i diversi sistemi in modo che le persone possano man mano che acquisiscono abilità e competenze beneficiare di misure della L 14/2015;</p> <p>3. sviluppo e implementazione di contesti formativi per tipologie di utenze specifici.</p> <p>COSTRUZIONE E POTENZIAMENTO SINERGIE</p> <p>1. potenziamento delle connessioni con gli attori del Patto per il lavoro, in particolare con le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili ai percorsi di inserimento lavorativo con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo;</p> <p>2. progettazione di attività di sensibilizzazione al fine di reperire nuovi contesti aziendali e ampliare così le opportunità per l'attivazione dei tirocinii;</p> <p>3. promozione e rafforzamento di una cultura di buone prassi di responsabilità sociale, attraverso il progetto sul Welfare Aziendale per recuperare il concetto di mondo produttivo quale fattore di benessere sociale.</p> <p>Nel 2018 è stato avviato un sondaggio relativo al clima aziendale e ai bisogni delle aziende e dei lavoratori e nell'arco dei prossimi 4 incontri si andrà ad una restituzione dei risultati e ad una coprogettazione dei progetti futuri.</p> <p>4. attivazione, per le persone che non possono accedere alle misure di cui al presente piano perché ancora troppo distanti dal mondo del lavoro, di interventi propri dell'Ente locale e dell'Azienda USL, valorizzando in questo processo tutti i soggetti che operano a livello territoriale nell'ambito del volontariato e dell'associazionismo.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche sociali, sanitarie e per il lavoro. Politiche scolastiche e formative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune, azienda USL, Agenzie Regionale per il lavoro istituti scolastici e formativi
Referenti dell'intervento	<p>Paganini Patrizia</p> <p>Annalisa Righi Comune di Modena</p> <p>Antonia Morritti Area fragili DACP</p> <p>Donatella Marrama DSM-DP</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 1.268.641,00

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **829.641,00 €**

- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **83.000,00 €**

Risorse comunali: 356.000,00 € di cui:

- Comune non specificato: **356.000,00 €**

Indicatori locali: 0

La casa come fattore di inclusione sociale e benessere sociale

Completato

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	C;

Razionale	<p>L'abitare si connota come aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità. Il tema abitativo, con cui si sta confrontando anche la città di Modena si colloca nel quadro di un generale arretramento dovuto alla crisi economica ancora in atto, con un allargamento delle disuguaglianze collegato al fenomeno del lavoro precario e irregolare.</p> <p>L'aumento della povertà assoluta, certificato dall'ISTAT e dalle indagini del CAPP di UNIMORE, colpisce un numero di nuclei familiari significativamente crescente rispetto al passato, che a causa dell'incapienza del reddito disponibile, si trovano nell'impossibilità di mantenere un regolare contratto di locazione.</p> <p>La fragilità psico sociale di numerosi nuclei si intreccia sempre più spesso a condizioni di disagio abitativo e obiettivo politico di questa Amministrazione è sostenere le situazioni di disagio e fragilità, anche attraverso il reperimento di soluzioni abitative non di emergenza, ad esempio attraverso il recupero del patrimonio esistente.</p> <p>L'Amministrazione Comunale ha individuato nel Patto per la Crescita un programma di azioni volte a mettere a disposizione dell'emergenza abitativa soluzioni nuove e alloggi inutilizzati, ampliando la rete dei servizi, finalizzate a sostenere l'accesso alla casa. Il tema abitativo pertanto per la sua rilevanza sociale deve essere affrontato con molteplici interventi e azioni e non può non chiamare in causa tutti gli attori presenti sul territorio sia istituzionali che del privato sociale. Particolare interesse è stato inoltre rivolto al social housing, l'idea che ispira questa nuova sperimentazione dell'abitare è legata a un concetto di casa intesa non soltanto come spazio fisico (mura), ma soprattutto come luogo di relazioni sociali: si passa così dal concetto di casa a quello di abitare in cui assume un ruolo centrale la persona che occuperà il luogo con i suoi desideri e i suoi bisogni. Il Comune di Modena ha attivato un ampio ventaglio di soluzioni abitative che tengano conto delle differenti fragilità e rispondenti a bisogni diversi con sostegni diversi in relazione al tipo di risposta che si intende offrire per sostenere e supportare questi percorsi di autonomizzazione. Accanto alle formule abitative classiche il Comune di Modena sta sperimentando pertanto nuovi progetti a supporto dell'abitare.</p>
Descrizione	<p>Descrizione</p> <p>Le forme di soluzioni abitative già esistenti sono costituite da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica - Il patrimonio è costituito da oltre 2.500 alloggi di proprietà comunale dati in gestione ad Acer di Modena con un contratto di servizio. L'accesso avviene sulla base di apposito regolamento comunale che ne stabilisce criteri e condizioni. Annualmente accedono a questi alloggi indicativamente 100 nuclei familiari in particolari condizioni economiche o in disagio abitativo o in disagio socio-sanitario. - Alloggi del Servizio Agenzia Casa - Il servizio si configura come luogo di incontro tra domanda e offerta di immobili in locazione a canoni accessibili. Attraverso l'Agenzia Casa, infatti, il Comune funge da intermediario tra i proprietari di alloggi sfitti e i cittadini alla ricerca di una casa, acquisendo in locazione gli immobili da proprietari privati e concedendone l'uso, a prezzi calmierati, a coloro che possiedono determinati requisiti. Il

patrimonio abitativo è attualmente costituito da n.450 alloggi messi disposizione da proprietari privati, a fronte di particolari garanzie offerte dall'amministrazione comunale e successivamente concessi in uso a subconduttori in condizioni di disagio abitativo e non in grado di fornire ai proprietari quelle garanzie che consentono di stipulare autonomamente un contratto di locazione, ma che comunque dispongono di un reddito familiare in grado di sostenere il canone, meglio individuati come appartenenti all'area grigia";

- Alloggi di proprietà comunale esclusi dalle norme di ERP – Si tratta di 85 alloggi destinati alla concessione temporanea di soluzioni abitative a famiglie in particolari condizioni di emergenza socio-abitativa opportunamente individuate da apposito Regolamento Comunale; Le forme di soluzioni abitative di recente attivazione:
- Alloggi per soluzione abitative temporanee proposte dal Residence Sociale – Si tratta di una proposta abitativa costituita da n.8 alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica. Questo particolare progetto di social housing intende soddisfare un bisogno abitativo di natura emergenziale di famiglie prive di abitazione; le assegnazioni rivestono carattere temporaneo e l'accesso avviene sulla base di un progetto del Servizio sociale Territoriale, secondo criteri definiti dal comune;
- Alloggi di Via Forghieri – Questo patrimonio abitativo è costituito da n.33 alloggi di edilizia residenziale pubblica destinati a soluzioni abitative innovative (co-housing sociale) nell'ambito di progetti di welfare; è stato oggetto di un'importante riqualificazione all'interno del comparto ex mercato bestiame ed è destinato a diverse tipologie di nuclei familiari. I nuovi alloggi, tutti in classe A, vengono affittati a canone concordato con abbattimento del 20% rispetto al valore minimo degli accordi territoriali. Le assegnazioni sono state realizzate con apposito avviso pubblico;

Contributi economici a supporto dell'abitare:

Altre azioni strategiche per dare risposte positive al problema abitativo sono costituite dalle forme di sostegno al reddito attraverso erogazioni di contributi economici per il pagamento del canone di locazione corrisposti direttamente al proprietario dell'alloggio, i cui avvisi vengono realizzati in presenza di trasferimenti di fondi Regionali anche se negli ultimi anni il Comune di Modena ha fatto un notevole sforzo per mantenere il Fondo Affitti finanziandolo interamente con risorse proprie.

Attive sono anche le misure relative alle rinegoziazioni dei contratti in essere tramite le organizzazioni sindacali e i contributi per abbattere i canoni dei nuovi alloggi gestiti tramite il servizio agenzia casa

ALLOGGI RIVOLTI A PARTICOLARI TARGHET

- Mini Alloggi. I mini appartamenti sono un servizio residenziale per persone a rischio di non autosufficienza, con la finalità di consentire la loro permanenza al domicilio il più a lungo possibile, anche a fronte di eventi invalidanti che riducano la possibilità di vita autosufficiente, data la presenza di presidi strutturali e l'attivazione di presidi assistenziali a supporto della vita indipendente. Il servizio fornito si articola innanzitutto in un servizio residenziale, mediante la locazione o la concessione amministrativa, in relazione alle caratteristiche realizzative dell'intervento, che attraverso l'attività di portierato sociale, garantisce alle persone residenti un ulteriore supporto per la tutela del domicilio. I mini alloggi sono 63, di cui: 24 in via Vaciglio (ubicati sopra ad uno spazio anziani), 16 in via Belluno (ubicati sopra ad uno spazio anziani), 23 in via Gottardi.
- Condominio solidale, via Gottardi - stabile di proprietà del Comune, composto da 23 appartamenti privi di barriere architettoniche dei quali 3 adattati alla disabilità. Il progetto intende favorire e sostenere forme di solidarietà tra condomini.

Il condominio solidale è un progetto innovativo che risponde all'esigenza di offrire ambienti domestici confortevoli, accessibili, sicuri con riferimenti facilmente attivabili per le necessità più ricorrenti. Quattro dei 23 appartamenti sono stati assegnati a famiglie con bambini, disponibili a garantire servizi utili per persone anziane o adulti fragili che risiedono negli altri alloggi, a fronte di un affitto calmierato. Nel condominio solidale si tende alla valorizzazione di un modo di abitare che privilegia le relazioni, dove vengono messe in condivisione le risorse personali in un'ottica di reciprocità e dove le fragilità, dovute all'isolamento e al senso di solitudine, possono divenire una risorsa grazie al tempo da dedicare agli altri.

STRUTTURE PER L'ACCOGLIENZA TEMPORANEA

Le strutture per l'accoglienza temporanea ad alta autonomia sono destinate a donne singole in condizione di grave disagio abitativo, anche provenienti da percorsi comunitari o accoglienze a maggiore intensità educativa per problematiche socio-familiari, finalizzate all'acquisizione di una completa autonomia gestionale rientrano in questa tipologia le accoglienze di : Tre Re (4 appartamenti per 8 posti letto), I Ciclamini (15 stanze circa 20 posti letto), Semira Adamu (6 posti letto), altre esperienze di coabitazione mamma/bambino in situazioni di fragilità socio economica gestite con il supporto sia di un ente gestore sia di un'associazione (camere di Via Ricci e Via Saliceto Panaro e appartamento del Centro Aiuto

	<p>alla Vita), altri alloggi gestiti da cooperative sociali e/o fondazioni per mamme con fragilità educative importanti ma non così preoccupanti da richiedere l'inserimento in comunità mamma-bambino (via borri, via barbieri, viale verdi, struttura di via alassio gestita da agape di mamma nina).</p> <p>FORME INNOVATIVE DI COABITAZIONE</p> <p>Sono state attivate inoltre diverse forme di coabitazione, quali: "Ca' Nostra", appartamento in cui convivono 5 anziani affetti da patologia dementigena supportati dalle famiglie e da una rete di associazioni; "Casa di Paola", appartamento in cui convivono due adulti con patologie psichiatriche con il supporto dell'associazione "Insieme a noi".</p>
Destinatari	Cittadini residenti a Modena con specificazione che alcune misure sono rivolte a target definiti da Regolamenti Comunali e/o Regionali
Azioni previste	<p>A partire da alcune sperimentazioni già in atto verranno sviluppate e messe a sistema alcune esperienze di co-housing sociale supportato per persone con diverse fragilità, in alternativa a risposte residenziali più istituzionalizzanti e a completamento della filiera delle possibilità abitative per persone particolarmente vulnerabili.</p> <p>Azioni per nuove forme di co-housing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • confronto e condivisione con i vari attori coinvolti in merito alle esperienze esistenti finalizzati alla diffusione e alla sensibilizzazione della cultura di nuovi modelli di abitare • confronto e approfondimento relativamente alle nuove fragilità dei contesti familiari • coinvolgimento dei privati (singoli e imprese) per la sostenibilità e la riproducibilità di questi modelli abitativi • costituire reti tra pubblico e privato nel territorio che circonda il luogo di ubicazione della nuova esperienza abitativa capaci di supportare attivamente le persone rispetto ai loro bisogni <p>Azioni per le soluzioni abitative tradizionali</p> <ul style="list-style-type: none"> • sperimentare i Regolamenti sull'Edilizia Residenziale Pubblica con particolare riguardo alle modificazioni dei canoni; • accompagnare al reperimento di diverse soluzioni abitate i nuclei residenti negli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) che hanno perso il diritto alla permanenza per superamento dei limiti ISEE di reddito • aumentare la proposta di alloggi di agenzia casa • monitorare l'avvio del progetto residence sociale • definire un Regolamento per l'accesso ai mini alloggi per anziani e persone fragili.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Integrazione e collegamento con le politiche abitative e con il lavoro di comunità.</p> <p>Le risorse relative agli alloggi ERP non sono indicate perchè stanziare nel bilancio ACER. Le risorse relative agli alloggi per anziani e/o utenti con disabilità sono incluse nella scheda 21. Le risorse relative agli interventi di accoglienza temporanea in contesti comunitari e a interventi economici per il sostegno all'abitare sono ricomprese nelle schede n. 22 e n. 16 e n. 37.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Il terzo settore, l'associazionismo, il volontariato, servizi sanitari Acer di Modena
Referenti dell'intervento	Annalisa Righi - Giulia Paltrinieri dott.ssa Morritti Antonia
Risorse non finanziarie	Appartamenti di edilizia pubblica o privata

Totale preventivo 2018: € 4.953.216,06 (esclusa compartecipazione utenti: € 2.365.216,06)

- Compartecipazione utenti: **2.588.000,00 €**
- Altri fondi regionali (*Riprogrammazione Fondi 2017 morosità incolpevole e Fondo affitti 2017*): **561.729,29 €**
- Altri fondi statali/pubblci (*Bonus gratitudine 2018*): **550.000,00 €**

Risorse comunali: **1.253.486,77 €** di cui:

- Comune non specificato: **1.253.486,77 €**

Indicatori locali: 0

Contrasto alla violenza di genere

Completato

Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Riferimento scheda distrettuale: Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena e Azienda USL
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	C;

Razionale	La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”, dedica il titolo V “Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere”, alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell’ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l’obiettivo di pre-venire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.
Descrizione	Il Piano Regionale individua quali aree di intervento: 1 la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne; 2 la protezione e il sostegno verso l’autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita dalla violenza; 3 il trattamento per gli uomini autori di violenza; 4 le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.
Destinatari	donne vittime di violenza di genere , uomini che agiscono la violenza di genere , minori vittime di violenza assistita
Azioni previste	1) Istituzione in via sperimentale di una conferenza multi-agenzia di valutazione di elevato rischio nella quale le informazioni vengono condivise sui casi di violenza domestica tra i rappresentanti della Polizia Municipale, della Questura e dei Carabinieri, il Consultorio Familiare, Il Centro LDV per il trattamento uomini autori di violenza, Il Servizio Sociale per la protezione dei minori, il Centro antiviolenza e l’Associazione Donne e Giustizia. L’ obiettivo della Conferenza che dovrà riunirsi con una periodicità bimensile è quello di intervenire precocemente a tutela della donna vittima e degli eventuali minori , nelle situazioni più complesse , definite tali in base alla presenza di indicatori precedentemente individuati e condivisi dai professionisti chiamati a far parte della Conferenza .In questa sede ,saranno condivise tutte le informazioni rilevanti sulle vittime , per individuare gli interventi più opportuni finalizzati ad aumentare la sicurezza e trasformarli in un piano d'azione coordinato. L'obiettivo principale è quello di salvaguardare la donna e i suoi figli. La premessa di tale progetto parte dalla consapevolezza che nessun singolo servizio/associazione o professionista/operatore del settore possa da solo avere il quadro completo della vittima, ma tutti i partecipanti, che già hanno assunto la metodologia professionale del lavoro di rete, possano avere intuizioni cruciali per la sicurezza delle donne e dei bambini e apportare il loro contributo al fine di potenziare il livello di protezione e prevenire eventuali escalation di violenza. La vittima non partecipa alla riunione ma è rappresentata indirettamente dall’ operatore che riferisce sulla situazione.

	<p>2) Programmazione di una formazione periodica e continuativa sull' utilizzo di strumenti di base di valutazione del rischio di maltrattamento e di recidiva da parte di tutti i professionisti della Rete; adesione alla formazione regionale per la parte distrettuale sulle reti e formazione a distanza; formazione integrata con gli operatori del Servizio sociale territoriale e Centro LDV AUSL di Modena su percorsi valutativi dell'appropriatezza di invio degli autori di maltrattamento di genere intrafamiliare;</p> <p>3) Azioni di sensibilizzazione e collaborazioni condivise e coordinate sul tema violenza in accordo con i sindacati maggiormente rappresentativi e i rappresentanti del mondo imprenditoriale con l'obiettivo di prevenire e gestire eventuali casi di molestie e violenze consumate in ambiente lavorativo e fuori dallo stesso in modo da orientare le vittime a ricorrere allo strumento della denuncia e a interagire con i servizi/associazioni della rete territoriale, e di rafforzare le tutele sindacali per le donne;</p> <p>4) Potenziare le risorse già esistenti a livello di comunità territoriale, sviluppando una cultura di sensibilizzazione e disponibilità da parte di nuclei familiari all'accoglienza nell' emergenza di donne vittime di violenza e dei loro eventuali figli . Il progetto prevede una selezione delle famiglie accoglienti, una formazione sia sul piano psicologico , sociale, legale (copertura assicurativa, erogazione contributo, stipula contratto di accoglienza);</p> <p>5) mantenimento e consolidamento dei servizi a supporto delle donne vittime o potenziali vittime di violenza, attraverso l'affidamento a terzi, in particolare:</p> <p>sportello informativo di prima accoglienza, aperto tutti i giorni dal lunedì al venerdì per un totale di 30 ore settimanali, a cui le donne possono rivolgersi di persona o telefonando;</p> <p>gestione di due case rifugio ad indirizzo segreto che dispongono di 9 posti letto da offrire a donne e bambini nelle situazioni di pericolo a causa della violenza subita e utilizzo; si prevede l'utilizzo di altre risorse residenziali già attive sul territorio per far fronte a situazioni in cui è necessaria la collocazione della donna e di eventuali figli fuori dalla casa familiare</p> <p>Reperibilità telefonica e ospitalità in emergenza: durante le ore di chiusura dello sportello e comunque nei giorni festivi anche infrasettimanali, è garantito un servizio di reperibilità per le situazioni di emergenza che può essere attivato da tutti gli attori istituzionali della rete interistituzionale distrettuale per il contrasto alla violenza di genere: Servizi sociali, Servizi sanitari (con particolare riferimento ai Servizi Ospedalieri), Forze dell'Ordine, avvocati o altre istituzioni o servizi del territorio. Viene assicurata la collocazione in emergenza della donna e degli eventuali figli e la dotazione di un kit di emergenza per i giorni immediatamente successivi all'allontanamento dalla casa familiare;</p> <p>6) mantenimento e consolidamento dei servizi, gestiti in forma indiretta, di sostegno giuridico – legale rivolto alle donne in difficoltà familiare attraverso una attività gratuita di consulenza svolta da avvocate professioniste;</p> <p>formazione permanente agli operatori del Servizio sociale per assicurare conoscenza della normativa e degli strumenti giuridici per far fronte al fenomeno della violenza domestica</p> <p>7) potenziamento delle azioni per favorire il raggiungimento, da parte delle donne che sono uscite dal maltrattamento e dalla violenza subita dai loro partner, di una situazione di autonomia, soprattutto dal punto di vista abitativo, attraverso progetti di aiuto, anche economico, e sostegno o accompagnamento nella ricerca del lavoro.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche delle pari opportunità, politiche sanitarie, politiche del lavoro e formazione professionale
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Prefettura, Forze dell'ordine (questura, carabinieri e polizia municipale), Magistratura ordinaria e Magistratura minorile, Associazione Casa delle donne contro la violenza, Associazione Donne e Giustizia, altre associazioni operanti nel campo della tutela delle donne, centri per le famiglie, Consulenti famigliari compreso il centro LDV di Modena , le Cure primarie(MMG, PdLS) , i pronto soccorso generali e ostetrico-ginecologici, Dipartimento salute mentale, avvocati .
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri per il Comune di Modena mail: giulia.paltrinieri@comune.modena.it tel 059 2032300; Monica Dotti- Consultorio Familiare – Distretto AUSL di Modena, mail: m.dotti@ausl.mo.it, tel: 059/434788.
Risorse non finanziarie	Le risorse finanziarie relative al personale comunale, trasversale ai diversi interventi, sono indicate nella scheda relativa al Servizio Sociale Territoriale n. 36. Le risorse inerenti gli

	interventi di inserimento lavorativo, di contributi economici, nonchè relativi al sostegno all'abitare sono indicate nelle relative schede di intervento
--	--

Totale preventivo 2018: € 227.000,00

- Centri Antiviolenza: **68.687,42 €**
- Altri fondi regionali (DGR 2200/2017): **15.300,00 €**

Risorse comunali: **143.012,58 €** di cui:

- Comune non specificato: **143.012,58 €**

Indicatori locali: 0

Capirsi fa bene alla salute

Completato

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

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

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

	all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Rosa Costantino – Area Reputation & Brand e-mail r.costantino@ausl.mo.it tel. 059 435413; Podetti Silvia – Responsabile Customer Experience e-mail s. podetti@ausl.mo.it tel 059 435413
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 0

Modena Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Completato

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	AUSL e Comune
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	Sì
Aree	D;

Razionale	<p>L'AMA (Auto Mutuo Aiuto) è uno degli strumenti di maggiore interesse per ridare ai cittadini responsabilità e protagonismo, per umanizzare l'assistenza socio-sanitaria, per migliorare il benessere della comunità. Il metodo dell'AMA basa il suo successo nel dare l'opportunità di condividere le proprie esperienze con persone che vivono in situazioni simili e, di aiutarsi mostrando l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni. L'intento del gruppo AMA è quello di trasformare persone che chiedono aiuto in risorse per la comunità nel suo complesso.</p> <p>I gruppi di auto mutuo aiuto si basano sull'idea della mutualità, dello scambio reciproco di aiuto, di un sostegno reciproco attivato fra persone che vivono una stessa situazione di vita. I gruppi di auto mutuo aiuto perseguono la filosofia dell'empowerment individuale e sociale, ovvero quel processo attraverso il quale gli individui diventano protagonisti della propria vita sino all'assunzione di responsabilità a favore del proprio processo di cambiamento.</p> <p>Risultati ultimi sono proprio: la valorizzazione di se stessi in quanto soggetti attivi ed il riconoscimento dell'altro in quanto interlocutore degno di fiducia. La fonte di aiuto principale risiede negli sforzi e nelle abilità dei vari membri posti in relazione paritaria. I soggetti vivono al contempo una duplice condizione: ricevono e offrono aiuto valorizzando quel tipo particolare di conoscenza che scaturisce dall'aver vissuto in prima persona la condizione problematica su se stessi. L'esperienza dei gruppi valorizza le risorse e le potenzialità di ogni partecipante e contribuisce a creare relazioni che si realizzano e proseguono anche al di fuori del contesto strutturato del gruppo.</p>
Descrizione	<p>Il 2017 ha visto un grande impegno dei facilitatori dei gruppi AMA della provincia di Modena per mantenere e implementare la presenza dei gruppi sul territorio; in particolare sono stati riavviati gruppi Mirandola che per varie difficoltà si erano spenti. Inoltre è stato avviato un nuovo gruppo AMA sul territorio di Sassuolo che, attraverso una sede molto creativa (si trovano in piazzetta), vede il disagio mentale non più stigmatizzato ma condiviso con la popolazione. Sempre di grande aiuto la collaborazione con gli operatori di Social Point per la promozione, il supporto ed il sostegno ai gruppi già presenti sul territorio e all'implementazione di nuovi gruppi AMA. Senza sosta rimane l'attenzione con cui i familiari di Pavullo accolgono e sostengono familiari di altri territori, in particolare Vignola e Sassuolo permettendo la costituzione di una importante rete di auto-mutuo-aiuto. Nonostante il senso di vergogna e lo stigma che accompagna la patologia psichiatrica soprattutto nei territori della montagna, il lento e costante affiancamento dei familiari di Pavullo permette momenti di incontro, di aggregazione e di condivisione tra familiari che sono di grande sollievo.</p> <p>Il DSMDP di Modena, in coerenza con le evidenze scientifiche e le indicazioni normative ha avviato un'opera di promozione, "metabolizzazione" e consolidamento, all'interno dei CSM, della cultura AMA, volta alla costituzione di gruppi in tutti i contesti distrettuali, nonché attività di formazione volte ad un consolidamento di buone pratiche. Un ruolo importante nella diffusione della cultura AMA, sia all'interno dei servizi di salute mentale sia sul territorio, è stato svolto da "MAT' Settimana della Salute Mentale", che dal 2011 si tiene a Modena e</p>

	<p>provincia nell'ultima settimana di ottobre. Al 31/12/2017, la mappatura dei gruppi per la Salute Mentale Adulti, presenti nella provincia di Modena, evidenzia l'esistenza di 18 gruppi AMA, di gruppi psicoeducativi nei CSM e nell'associazionismo. Si conferma quindi il consolidamento dell'attività dei gruppi in tutti i Distretti della provincia.</p> <p>Vedi tabella allegata n.1</p> <p>Vedi tabella allegata n.2</p> <p>in tutta la provincia, al 31.12. 2017, sono presenti 18 gruppi AMA con/per disturbi psico - educativi del CSM/associazionismo; 42 per problemi di dipendenza alcool, solo 2 su sostanze; 3 gruppi AMA per il GAP ed 1 per disturbi alimentari. Sono presenti anche altri gruppi AMA per diversi problemi: elaborazione del lutto, lutto prenatale, dipendenza affettiva.</p> <p>Da tempo i servizi prestano particolare attenzione a queste forme di sostegno e in particolare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Te per due", ovvero una iniziativa in cui si svolgono in parallelo due attività: l'una rivolta ai familiari di persone con demenza che vogliono condividere la loro esperienza attraverso un vero e proprio gruppo di Auto Mutuo Aiuto; parallelamente per consentire ai familiari la partecipazione gli anziani con demenza svolgono attività in uno spazio attiguo supportati da operatori del SAD e da volontari dell'associazione "GP Vecchi" - Gruppi per familiari gestiti da "Aut Aut" er condividere e confrontarsi sulle reciproche esperienze.
Destinatari	Utenti e familiari che affrontano e vivono particolari problematiche.
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> - Diffondere all'interno dei servizi il significato e il valore dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, come strumento di sostegno e di supporto all'interno di una progettualità più complessiva; - Promuovere e sviluppare, con la presenza di un operatore con compiti di facilitatore, gruppi di Auto Mutuo Aiuto per genitori accomunati da una medesima esperienza che si riuniscono per rompere l'isolamento; confrontarsi ed approfondire tematiche relazionali ed educative, sostenersi nelle situazioni problematiche, puntare ad un cambiamento personale e sociale; - favorire opportunità di dialogo anche con gli operatori dei servizi per promuovere nuovi progetti ed iniziative con la consapevolezza di giocare un ruolo attivo nel sostegno e promozione del benessere non solo personale ma della collettività; - Sviluppare alcune progettualità col metodo Comm. Lab. In integrazione con le schede 5 e 6.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Sanità, associazioni e Terzo settore
Referenti dell'intervento	Giulia Paltrinieri -Comune di Modena, mail: giulia.paltrinieri@comune.modena.it - tel 059 2032729 , Andrea Fabbo – Programma Aziendale Demenze, mail: a.fabbo@ausl e tel: 059/438754; Fabrizio Starace - Dipartimento Salute Mentale/DP, mail: f.starace@ausl.mo.it e tel: 059435970
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 100.000,00

- AUSL (AUSL quota parte spesa dipendenze): 100.000,00 €

Indicatori locali: 0

Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed enti del terzo settore

Completato

Riferimento scheda regionale

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

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

Razionale	<p>Nell'ultimo decennio la crisi dei canali tradizionali dell'intermediazione politica ha aperto la strada a sperimentazioni di pratiche di partecipazione che di fatto ridefiniscono i confini dell'attivismo civico.</p> <p>In questo contesto la cura dei beni comuni si traduce in pratiche che fungono da potenti attivatori della partecipazione civica, ridefinendo le modalità del rapporto tra cittadini e l'amministrazione pubblica. Gli spazi urbani in particolare costituiscono il contesto all'interno del quale sperimentare soluzioni innovative che reinterpretino le dicotomie pubblico/privato, individuale/collettivo.</p>
Descrizione	<p>Il Comune di Modena, in applicazione al principio di sussidiarietà, assume il dovere di sostenere e valorizzare l'autonomia dei cittadini, singoli o associati, volta al perseguimento dell'interesse generale.</p> <p>In questa logica l'Amministrazione comunale sta lavorando su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - progetti integrati territoriali (di comunità). Si tratta di progetti che, nell'ambito delle politiche di sicurezza urbana, solitamente accompagnano interventi di riqualificazione urbana spesso in aree precise e delimitate della città, a volte aree più vaste (es: programma periferie). Questi progetti prevedono il coinvolgimento, in rete, dei diversi soggetti che insistono su un'area/quartiere (associazioni di volontari, polisportive, istituzioni scolastiche, cittadini ecc.) che progettano dal basso e realizzano in maniera condivisa e coordinata interventi di prevenzione sociale (iniziative di animazione e presidio sociale del territorio, azioni di prevenzione del disagio giovanile, ecc.), interventi di presa in carico della cura e manutenzione di spazi urbani, attivando un presidio informale della zona. In quest'ambito si stanno sviluppando modelli gestionali di carattere partecipativo in grado di garantire sostenibilità nel tempo dei risultati raggiunti. Ad oggi i progetti territoriali attivi sono: polivalente IV Novembre, Parco IXX aprile, Condominio Windsor Park, zona Albareto, Piazza Guido Rossa, zona parchetto S.G. Bosco, viale Gramsci, RNORD, zona Tempio; - un portierato sociale di quartiere nella zona nord della città interessato dal complesso progetto denominato Bando Periferie. Il portierato di quartiere PASS- MO (evoluzione del portierato RNORD) ha l'obiettivo di attivare le risorse della comunità in attività di presidio e prossimità sociale in un'ottica di sviluppo di comunità, attraverso interventi socio-educativi, culturali e formativi, di mediazione dei conflitti, animazione e presidio del territorio, di sostegno alle fasce deboli della popolazione, di accoglienza dei nuovi residenti, di integrazione nel tessuto sociale del quartiere e di promozione della legalità e delle regole di convivenza civile; - forme di controllo di vicinato per il presidio del territorio: si tratta di uno strumento di prevenzione dei reati basato sulla partecipazione attiva dei cittadini attraverso un controllo informale della zona di residenza e la cooperazione con le forze di polizia al fine di ridurre il verificarsi di reati. Le attività si sviluppano nell'ambito di un "Protocollo d'intesa" sottoscritto tra Comune, Questura, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza. Ad oggi a Modena sono stati attivati n° 37 gruppi a giugno 2018 (19 a fine 2017).

	<p>Questo tipo di attività ha come immediato esito anche quello del rafforzamento del senso e dei legami di comunità e attivazione di meccanismi di solidarietà;</p> <ul style="list-style-type: none"> - percorsi di avvicinamento all' utilizzo corretto dei luoghi pubblici - quali piazze, strade, parchi – che coinvolgono anche i giovani del servizio civile; - percorsi di mantenimento della rete di collegamento con le comunità straniere per promuoverne la partecipazione ed il protagonismo. <p>In particolare il servizio sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supporta enti ed associazioni del terzo settore che operano per il contrasto all'esclusione e alla povertà attraverso le misure di inclusione attiva quali il res ed il rei : patto sociale, contratti di cittadinanza, etc; - attiva protocolli operativi con enti/ associazione del terzo settore per l'inclusione sociale dei cittadini in condizioni di fragilità: ed esempio protocollo Caritas; - implementa servizi di mediazione all'interno delle scuole , in ambito scolastico, e promuove interventi di prossimità sul territorio riguardo a giovani adolescenti prevalentemente stranieri che presentano problematiche di integrazione sociale; - nel nostro ente sono 83 i cittadini che, nel quadro della normativa vigente, svolgono attività gratuita di volontariato nei diversi servizi presenti delle Politiche sociali, servizi culturali , dell'Istruzione, e presso la Polizia Municipale. La loro collaborazione è regolata da specifici accordi sottoscritti tra le parti che ne definiscono la progettualità, l'ambito di riferimento e le coperture assicurative, attività gestite dall'Assessorato alla Coesione Sociale, Sanità, Welfare, Integrazione e Cittadinanza; - per far conoscere e valorizzare le diverse associazioni che operano in città in ambito prevalentemente per attività rivolte alla terza età viene organizzata la Festa Oltre gli Anni .E' un appuntamento importante non solo per la popolazione anziana di Modena, ma per l'intera città, oltre che per le associazioni, che in tale contesto hanno la possibilità di approfondire la conoscenza reciproca e costruire nuove modalità di collaborazione e relazione.
Destinatari	Enti ed associazioni del terzo settore e cittadini europei e stranieri
Azioni previste	<ul style="list-style-type: none"> -Promuovere altri protocolli e accordi con gli enti del terzo settore nell'ambito dell'applicazione delle misure di inclusione attiva; - sviluppare e consolidare le attività di sviluppo di comunità.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 70.320,00

Risorse comunali: **70.320,00 €** di cui:

- Comune non specificato: **70.320,00 €**

Indicatori locali: 0

Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Completato

Riferimento scheda regionale

31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

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

	<p>- garantire l'assistenza a tutte le donne in gravidanza secondo il principio della completa presa in carico per tutte le fasi del percorso nascita, sia nelle situazioni fisiologiche che in quelle con fattori di rischio, comprese le diverse forme di disagio/difficoltà;</p> <p>- garantire l'offerta attiva di tutti i servizi del percorso nascita alle donne del territorio montano, con particolare attenzione al puerperio ed all'allattamento (home visiting). L'offerta attiva deve essere un obiettivo da estendere progressivamente anche all'Area Nord ed a tutto il territorio provinciale.</p>
Descrizione	<p>Aumentare il livello di sicurezza per le utenti e per i neonati nel rispetto dell'appropriatezza, potenziando la rete assistenziale del percorso nascita, sia nelle articolazioni territoriali che ospedaliere, ponendo particolare attenzione all'interazione sinergica di tutte le strutture della rete.</p> <p>Necessità di percorsi definiti, conosciuti e fruibili territorio-ospedale-territorio, rimarcando che, dopo l'ospedale, c'è il ritorno a casa, momento di importanza non certo minore per la salute...</p> <p>Nella logica del contrasto alle disuguaglianze, dare garanzia dell'accompagnamento con mediazione delle donne straniere in tutto il percorso per mettere a disposizione percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.</p>
Destinatari	<p>Tutte le donne in gravidanza ed i neonati e le loro famiglie, residenti nel territorio della Provincia di Modena.</p>
Azioni previste	<p>Interventi sul territorio provinciale, con alcune specifiche relative al territorio montano (Distretti di Pavullo, Vignola, Sassuolo), ed a quello di Area Nord (indicazioni del protocollo metodologico).</p> <p>Descrittivo</p> <p>Rete integrata di sostegno supporto alla gravidanza secondo i bisogni della donna.</p> <p>A) Riorganizzazione della rete dei PN (Punti Nascita). Adeguamento ai criteri del Protocollo Metodologico allegato al DM 11.11.2015)</p> <p>-Mirandola: guardia attiva H24 di ginecologo, anestesista, pediatra, I.P. di sala operatoria, doppio turno ostetrico.</p> <p>-Carpi: anestesista dedicato H24-</p> <p>Estensione dell'offerta di parto-analgesia h 24 a Carpi ed attivazione a Mirandola</p> <p>B) Riordino dell'assistenza integrata alla gravidanza.</p> <p>Bisogni sanitari: percorsi integrati consultorio ospedale consultorio, con continuità assistenziale basata sulla omogeneità dei percorsi e dei protocolli utilizzati e fondata sulla completa presa in carico della donna in tutto lo sviluppo di gravidanza parto puerperio in tutte le articolazioni utili. I profili assistenziali sono pre-definiti oggi in base:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ai fattori di rischio; 2) alle competenze professionali. <p>Dovranno essere integrati con percorsi ri-definiti in base ai bisogni di salute delle donne (e loro fam...), sia sui contenuti scientifici che nei percorsi materialmente strutturati ed usufruiti, garantiti a tutte (presa in carico con programmazione di tutti i controlli clinico strumentali previsti). Ad oggi molti percorsi sono strutturati (presa in carico in gravidanza e per il parto, dgn prenatale, test combinato, assistenza alle donne con patologie, sostegno allattamento...), molti necessitano di ampliamento o di strutturazione (corsi accompagnamento alla nascita, dimissione dall'H con link sul consultorio, assistenza a diverse situazioni patologiche, sostegno all'allattamento in H e post dimissione, individuazione e sostegno alla fragilità psicologica...).</p> <p>Nota: l'assistenza alle patologie della gravidanza non è l'invio ad un ambulatorio X di un presidio Y (inviare e demandare), ma la costruzione di un sistema professionale che si fa carico del problema e della gravida in toto.</p> <p>Bisogni sanitari delle donne straniere: garanzia dell'accompagnamento con mediazione; garanzia di percorsi certi di cui la donna/famiglia usufruisce senza doversi attivare personalmente.</p> <p>Tutte queste situazioni si affrontano in sinergia consultori (e territorio nelle sue molteplici articolazioni) ed ospedali, ma spesso anche con un lavoro comune con i servizi sociali e del volontariato. Le fragilità sono sempre più numerose e solo una rete integrata, strutturata con sinergie efficaci, è in grado di limitare gli effetti negativi di tante "povertà" diverse.</p> <p>C) Monitorare le reti STAM e STEN. Occorre continuare a monitorare, per cogliere eventuali problemi nella qualità e tempestività dell'assistenza, che possano essere rapidamente corretti.</p>

	<p>D) Promuovere campagne informative alla popolazione. Supportare l'attività della RER e della Commissione Nascita nello sviluppo di strumenti informativi per l'utenza che attraverso l'illustrazione delle caratteristiche del Percorso Nascita e dei differenti Punti Nascita possa garantire una scelta informata e consapevole da parte delle donne.</p> <p>E) Coinvolgere i/le cittadini/e le loro associazioni nella valutazione e ridefinizione dei percorsi assistenziali proposti...</p> <p>F) ... monitorando e promuovendo la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare. Attraverso l'Health Equity: audit elaborare strategie di contrasto alle disuguaglianze.</p> <p>Particolare impegno richiede il recupero del Punto Nascita di Mirandola della propria attività per il parto fisiologico, attraverso molteplici iniziative sviluppate in integrazione con il Punto Nascita di Carpi, in favore della informazione relativa alla specializzazione del punto nascita di Mirandola per il parto fisiologico con tecniche analgesiche farmacologiche e non, e con una attività professionalizzante delle ostetriche che gestiscono sia sul territorio che in ospedale la maggior parte delle gravidanze in autonomia. Grande attenzione va dedicata inoltre al rapporto con il territorio: MMG, PLS e ostetriche libero-professionisti. Come indicato dalla deroga concessa dalla Commissione Nascita Nazionale la valutazione dei risultati ottenuti andrà condotta semestralmente.</p> <p>Elementi di trasversalità/integrazione.</p> <p>La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio dei percorsi assistenziali previsti e programmati per le diverse necessità della donna in gravidanza e della sua famiglia. - Nella logica dei percorsi, valutare l'appropriatezza degli strumenti diagnostici ed assistenziali utilizzati (dal monitoraggio della gravidanza alla modalità di parto, al percorso puerperale, agli esiti di salute materni e neonatali) compresa l'appropriatezza della tipologia di professionista che prende in carico. - Valutazione sistematica del funzionamento dei nodi della rete assistenziale, per focalizzare le sinergie, sia quelle efficaci che quelle che necessitano di interventi correttivi e/o migliorativi. - Percorso "home visiting" in puerperio: in affiancamento all'intervento delle ostetriche (e dei servizi sociali ove necessario) valutare il coinvolgimento del volontariato. - Introduzione della offerta dei test di valutazione della depressione e della violenza domestica nel percorso nascita a tutte le gravide residenti - Favorire la libera scelta delle donne sui percorsi della gravidanza attraverso una ampia e completa informazione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL, Unione dei Comuni, 3° Settore
Referenti dell'intervento	Paolo Accorsi, Direttore Dipartimento Ostetricia Ginecologia e Pediatria – e-mail p.accorsi@ausl.mo.it tel. 059 659301
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.

Completato

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	Aziendale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>La garanzia dell'effettiva accessibilità alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano uno degli esempi del tema in oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione.</p> <p>Proprio per questo alto valore al contempo simbolico e sostanziale, il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.</p> <p>L'applicazione della Legge Regionale 2/2016 art 23, della DGR. 377 del 22/03/2015 e successive circolari operative, costituisce una delle azioni prioritarie con le quali la Regione Emilia Romagna intende garantire il rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sanzionando i comportamenti contrari al corretto utilizzo delle risorse destinate a garantire l'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione.</p> <p>Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla diagnostica pesante, rappresenta un obiettivo prioritario per la Regione Emilia-Romagna. A tale proposito la DGR 704/2013 ha definito le condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM e la DGR 1056/2015 ha posto l'appropriatezza tra gli obiettivi da conseguire per il contenimento dei tempi di attesa. Anche l'intesa sottoscritta il 2 luglio 2015 fra Governo e Regioni sulle misure di razionalizzazione ed efficientamento del Servizio Sanitario Nazionale ha posto particolare enfasi sulle condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di inappropriately.</p> <p>La presa in carico dei cittadini con patologie croniche o che necessitano di visite/esami di secondo livello o di percorsi di follow-up è stato individuato tra gli obiettivi prioritari della Regione Emilia-Romagna, così come ribadito nella DGR 1056/2015, nell'ottica di garantire continuità delle cure e dell'assistenza, nonché facilitazione dell'accesso alle prestazioni.</p>
Descrizione	<p>Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - applicazione delle disposizioni previste dalla Regione Emilia Romagna per garantire l'obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali- Il presente intervento prevede una serie di azioni coordinate e strutturate finalizzate alla corretta applicazione delle sanzioni per ritardate o mancate disdette di prenotazioni di specialistica ambulatoriale, nel rispetto delle condizioni operative dettate dalla Regione nella Circolare 4 bis del 4 dicembre 2016; - miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - Il presente intervento prevede una serie di azioni che coinvolgono medici di medicina generale, specialisti e direzioni sanitarie al fine di condividere appropriati percorsi clinico-organizzativi di accesso alle prestazioni

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

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

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in Emergenza Urgenza

Completato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

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

Destinatari	Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato.
Azioni previste	<p>1. Aggiornamento del Piano provinciale di gestione dei percorsi in emergenza ed urgenza</p> <ul style="list-style-type: none"> · Politrauma e Trauma service; · STEMI; · TROMBOLISI nell'ICTUS ,incluso il Progetto Telestroke area Sud; · aggiornamento del trattamento in urgenza delle emorragie digestive; · STAM e STEN. <p>2. Implementazione dei Protocolli avanzati di trattamento infermieristico in emergenza territoriale (DGR 508/2016) .</p> <p>3. Implementazione attività di elisoccorso provinciale ed attivazione di aree provinciali per attività di elisoccorso notturno.</p> <p>4. Piani di gestione del sovraffollamento dei PS per Presidio Ospedaliero e per Area (Nord, Centro, Sud). istituzione Patients flow facility group con rilevazione Posti letto disponibili per PS 2 vv /die; previsti interventi a risposta rapida , intermedia e lunga nei singoli Presidi Ospedalieri .</p> <p>5. Attivazione dei percorsi fast track nei PS provinciali e di percorsi di affido specialistico: Carpi, Mirandola, Vignola,Pavullo.</p> <p>6. Implementazione di aree di degenza a rapido turno over (medicina d'urgenza e medicina): Baggiovara, Policlinico, Carpi, Vignola, Mirandola.</p> <p>7. Pianificazione dipartimento emergenza urgenza delle dotazioni e competenze del personale medico e delle professioni sanitarie in relazione agli standard di prodotto (emergenza territoriale, PS, OBI,medicina d'urgenza, medicina delle catastrofi) ; piani per la gestione delle carenze di personale medico ed infermieristico , job rotation (personale medico ed infermieristico per l'emergenza territoriale).</p> <p>8. Piani per la Gestione delle cronicità e delle fragilità nei PS : es percorso CRAPSOS, scompenso cardiaco, BPCO. Azioni Distrettuali con i servizi territoriali, le case della salute, le CRA, i MMG.</p> <p>9. Ruolo socio sanitario dei PS: implementazione del progetto attivato nel 2012-14 per la gestione delle difficoltà socio economiche, della violenza di genere, sui minori, delle fragilità psichiche degli adulti e degli adolescenti, del gioco d'azzardo e delle dipendenze in genere, della salute dei migranti e degli homeless, della salute sessuale. Ricerca delle sinergie con i servizi sociali, il volontariato, enti ed associazioni provinciali.</p> <p>10. Osservatorio permanente con il Volontariato per la gestione dei servizi di emergenza urgenza e per i servizi intraospedalieri.</p> <p>11. Attivazione centrale trasporti intraospedalieri (2018).</p> <p>12. Applicativo unico informatico provinciale di Pronto Soccorso per ottimizzare strategie e performance (Patient's input).</p> <p>13. Gestione Dati e monitoraggio e sinergia con Data & Business Intelligence Chief Manager :</p> <ul style="list-style-type: none"> · on line PS AUSL sul sistema BI aziendale Pagoda, tabelle e grafici dinamici con aggiornamento ogni 3' su Pazienti in attesa , Pazienti in carico divisi codice colore, Pazienti in OBI, N Pazienti valutati in PS ultime 24 ore; · Rilevazione NEDOCS indice dinamico di sovraffollamento dei PS <p>Rilevazione settimanale per la sorveglianza virologica influenza dati nazionali, regionali, dati epidemiologici provinciali di Modena.</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AUSL Modena con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena, il Nuovo Ospedale di Sassuolo e le Unioni dei Comuni presenti sul territorio della Provincia.
Referenti dell'intervento	Toscani Stefano Responsabile Emergenza Urgenza e-mail : s.toscani@ausl.mo.it Tel. 0535 602244- 0592134914
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Titolo intervento L'ICT – Tecnologie dell'informazione e della comunicazione – come strumento per nuovo modello di e-welfare

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

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

	<p>Regionali, con hosting nei Data Centres e nei Servers Regionali del Sistema Sanitario Regionale. In esso confluiranno dati di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori.</p> <p>La struttura sopra definita dovrà essere funzionale, nel suo complesso a realizzare i due flussi di informazione seguenti:</p> <p>SHORT LOOP: questo flusso corrisponde al monitoraggio autonomo del paziente, attraverso il quale l'utente può tenere sotto controllo continuamente il proprio stato di salute all'esterno dell'ospedale e verificare, se del caso, il proprio livello di adesione alle indicazioni ricevute.</p> <p>LONG LOOP: questo flusso permette il monitoraggio ospedale-territorio, attraverso il quale è garantita l'interazione medico-paziente in maniera semplice, immediata e sicura. Attraverso questo flusso il personale medico può comunicare con il paziente, personalizzare il processo di cura e tenere sotto controllo i suoi parametri.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Garagnani Massimo Responsabile Servizio Unico Ingegneria Clinica e-mail: m.garagnani@ausl.mo.it tel. 059 435790
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € **0,00**

Indicatori locali: 0

Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali

Completato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Il contesto entro cui si colloca il lavoro dei servizi e l'agire degli operatori sociali oggi è attraversato da mutamenti consistenti: le trasformazioni socio- economiche e culturali che scuotono la società e che condizionano gli stessi ambiti della vita quotidiana dei singoli e delle famiglie stanno producendo una dilagante fragilità sociale che sta influenzando profondamente il lavoro sociale.</p> <p>Gli operatori del servizio sociale territoriale hanno la sensazione di avere a che fare con problemi complessi e sfuggenti difficili da definire univocamente avvertiti in vari modi dai diversi attori .</p> <p>Il dato che emerge chiaramente a chi lavora nei servizi è l'esistenza di una costante diminuzione di risorse (economiche , servizi) a fronte delle domande sempre più numerose e complesse dei singoli cittadini o gruppi sociali che aumentano.</p> <p>Agli operatori dei servizi è richiesto di costruire nuove mappe conoscitive e sviluppare capacità di ascolto e comprensione delle attese e dei problemi portati dalle persone ai servizi. Per affrontare le nuove forme di disagio sociale è richiesto di trasgredire i tradizionali confini disciplinari e le divisioni del lavoro basate soltanto su qualifiche formali.</p>
Descrizione	<p>In questo quadro il Servizio Sociale del Comune di Modena nel 2015 ha avviato una riorganizzazione all'interno di un processo più diffuso in tutto l'ente con l'obiettivo di garantire adeguate risposte in un contesto sociale in continuo cambiamento .</p> <p>Il processo interno è stato supportato dall'Ufficio organizzazione , qualità e ricerche del Comune che ha coinvolto singoli e gruppi attraverso interviste e focus group per ricostruire i processi di lavoro , approfondire le principali criticità organizzative e individuare punti di forza e ipotesi di miglioramento .</p> <p>In questa logica il Servizio ha promosso e consolidato i seguenti orientamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -centralità del polo sociale come dispositivo organizzativo che assume in toto il processo di ascolto e dialogo con i cittadini e i territori, di valutazione e di progettazione di azioni congruenti con i cambiamenti sociali non frammentando il processo in altri luoghi organizzativi; - costituzione di due unità interdipendenti , una che valuta e progetta -polo sociale - e una che gestisce le risorse – servizio gestione , con una funzione di service ai poli e di presidio di qualità e omogeneità; - ricollocazione della funzione amministrativa rispetto ad alcuni interventi all'interno dei poli sociali decentrando il personale amministrativo .
Destinatari	<p>Persone singole, famiglie , gruppi comunità che possono beneficiare del servizio sociale</p>
Azioni previste	<p>Nell'arco dei prossimi anni , il servizio sociale lavorerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> -per rivisitare ed arricchire gli orientamenti professionali e culturali utilizzati dagli operatori per la valutazione delle situazioni e la rappresentazione dei problemi degli utenti - per valorizzare l'interazione con famiglie e comunità locale dentro a logiche di corresponsabilità (patto sociale , progetto personalizzato, etc);

	<p>- per acquisire una maggiore trasversalità dei processi di lavoro: le aree infatti non sono più il perimetro di analisi delle situazioni e il riferimento gerarchico per la progettualità ;</p> <p>-per riconoscere e mobilitare le risorse dei soggetti della comunità al fine di costruire una rete sociale inclusiva;</p> <p>-per co-costruire dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti , le famiglie e i diretti destinatari degli interventi(budget di salute, uvm, progetto personalizzato, progetto quadro PAI, etc) .</p>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<p>Politiche abitative, politiche dell'infanzia e adolescenza, politiche sanitarie, servizi giuridici e del lavoro.</p> <p>Nella presente scheda sono riportate le risorse finanziarie relative al personale comunale trasversale ai diversi ambiti. Le risorse relative agli ambiti di intervento specifici (famiglia e minori, anziani, disabili, ecc) sono nelle relative schede di intervento.</p>
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Istituti scolastici, servizi sanitari, servizi per il lavoro, enti e associazioni del terzo settore, servizi educativi
Referenti dell'intervento	<p>Giulia Paltrinieri - mail giulia.paltrinieri@comune.modena.it tel 059 2032300 , Chiara Neviani mail: chiara.neviani@comune.modena.it , Barbara Aldrovandi mail: barbara.aldrovandi@comune.modena.it , Luigi d'Apice mail:luigi.dapice@comune.modena.it , Maria Elena Marini mail:maria.elena.marini@comune.modena.it , Annamaria Dazzi mail:annamaria.dazzi@comune.modena.it</p> <p>Comune di Modena</p>
Risorse non finanziarie	Immobili sedi dei servizi.

Totale preventivo 2018: € 1.921.886,65

Risorse comunali: 1.921.886,65 € di cui:

- Comune non specificato: **1.921.886,65 €**

Indicatori locali: 0

Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini . Adolescenti e neo-maggioresnni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e della tutela

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	Comune
Specifica soggetto capofila	Comune di Modena
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	E;

Razionale	<p>Negli ultimi anni ci si è interrogati a lungo sui percorsi di sostegno a minori che abbiano subito forme di abbandono, abuso, maltrattamento, sviluppando forme di disagio psichico per i traumi subiti.</p> <p>Emerge la necessità di rinforzare le capacità di sostegno delle comunità così come individuare forme di aiuto per le situazioni in affidamento familiare.</p> <p>Il servizio sta sperimentando con successo il modello PIPPI per la prevenzione della istituzionalizzazione dei minori. A tal fine si è valutato di sperimentare un percorso di valutazione integrata, che parte dalla analisi del bisogno (UVM), definizione del Progetto Quadro, fino alla individuazione della tipologia di comunità maggiormente adeguata e rispondente ai bisogni individuali attraverso un equipe specializzata per l'abbinamento, l'accompagnamento all'inserimento. Un equipe specializzata in grado, inoltre, di garantire il monitoraggio degli standard di qualità, di personalizzazione dell'intervento e monitoraggio degli esiti complessivi. Per un corretto abbinamento minorenni/comunità è necessario disporre non tanto di un semplice elenco delle comunità, bensì di un'anagrafe ragionata delle comunità, cioè di una banca dati corredata di informazioni dettagliate e aggiornate, conoscenze date dalle cooprogettazioni e dagli esiti dei percorsi, sia sulla tipologia della comunità e del servizio svolto, che sulle caratteristiche e gli assetti specifici di ciascuna comunità.</p>
Descrizione	<p>In linea con le direttive regionali, rispetto alla presa in carico di queste situazioni, il comune lavora in equipe integrate psico-sociali ed educative, in stretta collaborazione con la scuola e la neuropsichiatria, utilizzando lo strumento dell'unità di valutazione multidisciplinare.</p> <p>Si evidenzia che per la complessità delle situazioni vissute questi ragazzi al raggiungimento della maggiore età non hanno ancora maturato sufficienti capacità adulte per una reale vita in autonomia.</p> <p>La conclusione del percorso di sostegno all'interno delle comunità che si conclude con i 18/21 anni non è sufficiente per un reale svincolo dei ragazzi.</p> <p>Le risorse che ha a disposizione l'equipe per la progettazione individuale sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rete delle famiglie affidatarie e famiglie di emergenza; - comunità educative ed integrate; - comunità mamma bambino; - attività di educativa minori; - comunità familiari; - servizi semiresidenziali; - protocollo maltrattamento abuso con le scuole e gli altri attori istituzionali coinvolti; - protocollo con la psicologia clinica e la neuropsichiatria infantile per l'applicazione della 1102;

	<ul style="list-style-type: none"> - protocollo per il passaggio dei minori disabili o con problematiche di tipo psicopatologico dall'area minori e NPI all'area adulti del servizio sociale e centro salute mentale; - sviluppo di percorsi di tipo abitativo/abitativo di sostegno alla fascia 18-25 anni fino al raggiungimento della autonomia adulti.
Destinatari	Bambini e ragazzi che vivono in contesti familiari multiproblematici
Azioni previste	<p>Nei prossimi anni il Servizio, in collaborazione con i servizi scolastici e sanitari, lavorerà per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementare il lavoro integrato tra i diversi professionisti / attori istituzionali e il terzo settore per assumere un metodo di lavoro più condiviso e orientato maggiormente alla prevenzione; - aumentare le diverse competenze specifiche professionali; - diffondere in coerenza con le linee sperimentali del metodo PIPPI come metodo di lavoro; - interventi per la protezione/tutela dei minori con disabilità accertata, con diagnosi di natura psico-patologica, vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita definiscono, attraverso équipe territoriale e UVM socio-sanitaria integrata, progettazione educativa individualizzata, valutazione e attivazione di servizi socio-educativi integrati e/o riabilitativi; - sostenere l'offerta progettuale, in integrazione con l'NPIA, rivolta a per-adolescenti-adolescenti in situazione di forte sofferenza, fragilità e privazione, interventi intensivi ed altamente individualizzati; - aggiornamento e monitoraggio dell'Elenco dei Soggetti qualificati alla gestione di servizi residenziali o semi-residenziali per minori adolescenti con bisogni socio-sanitari complessi in integrazione con l'NPIA.; - rafforzare la qualità delle strutture residenziali e semi-residenziali ai fini educativi, tutelari per bambini ed adolescenti con bisogni complessi potenziando le capacità di integrazione tra la comunità e la rete territoriale e l'integrazione con i servizi socio-sanitari anche attraverso l'individuazione di risorse e progettualità innovative.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	<p>Giulia Paltrinieri mail: giulia.paltrinieri@comune.modena.it tel 0592032300</p> <p>Annalisa Righi mail :annalisa.righi@comune.modena.it tel 059 2032887 - Comune di Modena.</p>
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 7.249.643,60

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **392.018,80 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **158.776,35 €**
- Altri fondi regionali (*Riprogrammazione risorse aggiuntive FSL 2017*): **116.895,41 €**
- Altri fondi statali/pubblici (*Fondi MSNA (incluso SPRAR MSNA)*): **1.676.000,00 €**

Risorse comunali: 4.905.953,04 € di cui:

- Comune non specificato: **4.905.953,04 €**

Indicatori locali: 0

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

Completato

Riferimento scheda regionale

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

Ambito territoriale	Distrettuale
Soggetto capofila	AUSL
Specifica soggetto capofila	Articolazioni nei diversi Dipartimenti e figure professionali (PdC, Igiene Pubblica, Cure Primarie, MMG e PLS) che le articolazioni territoriali
In continuità con la programmazione precedente	Sì
Inserito nel percorso Community Lab	No
Aree	A;

Razionale	<p>Il ricorso alla prassi vaccinale costituisce un efficace strumento non solo di tutela della salute della cittadinanza (minori e adulti), ma anche un importante strumento di tutela della qualità della vita per categorie di persone fragili: persone che per condizioni individuali non possono usufruire di questo strumento di protezione nei confronti di alcune patologie infettive (beneficio derivante dal cosiddetto “effetto gregge”) e portatori di patologie croniche (di qualsiasi età, ma prevalentemente anziani) per i quali il sopravvenire di malattie infettive costituirebbe un aggravarsi delle patologie di base, limitazione alla piena fruizione delle capacità residue, necessità di cure, anche di lunga durata, presso strutture di degenza o socio-sanitarie o assistenziali.</p> <p>La normativa e la programmazione sanitaria nazionale e regionale, sulla base di tali motivazioni, danno ampio risalto al tema della vaccinazione come strumento di tutela della salute e come fattore di equità e si caratterizzano per obiettivi di copertura vaccinale di alto livello.</p> <p>Tali obiettivi non si esauriscono unicamente in indici di copertura vaccinale riferiti a fasce d'età, ma si indirizzano anche verso categorie di persone “fragili” che necessitano come tali di attenzione specifica: l'attuazione di iniziative mirate (di informazione, di proposta, di spazi dedicati) possono rientrare nell'alveo della cosiddetta “medicina di iniziativa” e di “care giving” che caratterizzano la mission dell'Az. Usl di Modena.</p> <p>Fra i riferimenti normativi, si richiamano i più recenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione E-R; 2) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 del 19 gennaio 2017; 3) aggiornamento dei LEA (G.U. 18-03-2017); 4) Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale approvato con DGR n. 427 del 05/04/2017.
Descrizione	<p>Obiettivo della Regione è, in generale, adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire, per tutte le fasce d'età, l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza.</p> <p>Dovrà inoltre essere garantita la corretta applicazione del Decreto-legge, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per razionalizzazione l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e alla organizzazione dei recuperi dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati nei tempi previsti dal Decreto 77/2017.</p>
Destinatari	<p>Vaccinazioni Adulti.</p> <p>Soggetti di età pari o superiore ai 18 anni, con particolare riguardo alla popolazione anziana, ai portatori di patologie croniche, ai portatori di patologie specifiche ad elevato rischio per malattie infettive, alle donne in età fertile rubeotest negative, alle donne in stato di gravidanza, ai portatori di HIV, alle situazioni di trapianto di organo solido effettuato o in programma e in generale in risposta ai diritti esigibili previsti dai LEA Vaccinazioni minori.</p>

	Tutti i minori di età compresa tra 0 e 18 anni, residenti o domiciliati in uno dei comuni della provincia di Modena.
Azioni previste	<p>Vaccinazioni Adulti: offerta attiva ai destinatari, in collaborazione con MMG, Consultorio Familiare, Ospedali Aziendali , Policlinico-Baggiovara, Sassuolo, Servizi Sociali, delle vaccinazioni riportate nella tabella sottostante per il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti.</p> <p>Vedi tabella allegata n.1</p> <p>Vaccinazioni Adulti: attività vaccinale a favore di categorie specifiche (fragili)</p> <p>a) Istituti penitenziari: antidiftotetica, antiepatite B, antipneumococcica, antinfluenzale (anno 2017 somministrate 195 dosi di vaccino in collaborazione con i medici delle strutture)</p> <p>Obiettivi: mantenimento;</p> <p>b) Percorsi dedicati a soggetti a rischio definiti da protocolli interaziendali AOU e AUS: trapiantati di cellule staminali, trapiantati o in attesa di trapianto di organo solido, persone positive al virus dell'immunodeficienza umana. Obiettivo: mantenimento.</p> <p>Vedi tabella allegata n.2</p> <p>c) Percorsi dedicati a soggetti con patologie croniche con elevato a rischio per malattie invasive batteriche: in accordo col PRP 2015 – 2018 e in collaborazione con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, previsto inserimento nella lettera di dimissioni indicazione all'esecuzione presso ambulatori specifici del Sip di programma personalizzato di vaccinazioni. Obiettivo: incremento degli accessi.</p> <p>Vedi tabella allegata n.3</p> <p>Il dato comprende sia soggetti con fattori di rischio per malattie invasive batteriche sia soggetti sani che hanno richiesto la vaccinazione contro meningococco</p> <p>d) Persone richiedenti asilo e assistite nell'ambito dei programmi Mare Nostrum e Triton: in attuazione della normativa nazionale e delle disposizioni regionali in materia, vengono garantite le medesime prestazioni vaccinali che si applicano alla popolazione residente. Attività gennaio 2014 – febbraio 2018 Obiettivo: mantenimento.</p> <p>Vedi tabella allegata n.4</p> <p>Vaccinazioni Minori: offerta attiva ai destinatari, in collaborazione con PLS, MMG, Consultorio Familiare, Ospedali Aziendali , Policlinico-Baggiovara, Sassuolo, Servizio Sociale , delle vaccinazioni riportate nella tabella sottostante per il raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti</p> <p>Vedi tabella allegata n. 5</p> <p>A integrazione di quanto previsto in termini di offerta vaccinale alla popolazione , il Servizio Igiene Pubblica (SIP) e la Pediatria di Comunità (PdC), intendono definire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel corso del 2018 , il Protocollo per le vaccinazioni in ambiente protetto, in integrazione con le strutture ospedaliere del territorio; - nel corso del 2019 , l'attivazione sul sito WEB aziendale di un'unica pagina di accesso a tutte le prestazioni vaccinali erogate dalla Ausl di Modena; - nel corso del 2020 , sviluppare la possibilità per il cittadino di accedere a una piattaforma WEB per la gestione diretta degli spostamenti degli appuntamenti vaccinali, relativi ad alcune tipologie.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Programmare interventi di formazione per gli operatori sanitari dei servizi territoriali ed ospedalieri e per gli operatori delle scuole (nidi e materne).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Ausl di Modena, Aziende ospedaliere, Enti comunali e gestori privati di scuole.
Referenti dell'intervento	Sighinolfi Giulio Responsabile Pediatria di Comunità e-mail: g.sighinolfi@ausl.mo.it tel. 059 2134325
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018: € 0,00

Indicatori locali: 3

1°: n. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il dopo di noi

Descrizione: n. persone

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 20 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 35

- Obiettivo 2020: 0

2°: n. persone in percorsi di affido familiare (progetto iesa)

Descrizione: n. persone

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 14 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0

3°: n. persone inserite in percorsi di sollievo

Descrizione: n. persone

Tipo: Numerico

Situazione di partenza: 20 - Riferita al: 31/12/2017

- Obiettivo 2018: 0

- Obiettivo 2019: 0

- Obiettivo 2020: 0